

European Journal of Geriatrics

■ EDITORIAL / CO-EDITORIAL

G. KOLB, F. BÖHMER

The European Journal of Geriatrics is also
the organ of the Austrian Society of Geriatrics
and Gerontology now

K. PILS, T. FRÜHWALD

Why do we want to organise geriatrics
in German speaking countries together?

■ ÜBERSICHT / REVIEW

J.C. ENNEN, J. WILTFANG, G. BRABANT,
D.E. DIETRICH, K. WEISSENBORN

Type 2 diabetes and Alzheimer's disease:
Is there a link?

■ CLINICAL INVESTIGATIONS

P. WEBER, H. MELUZÍNOVÁ, V. POLCAROVÁ,
H. KUBECOVÁ

Diabetes mellitus in old age – relation to obesity

B.J. MARTIN, E. OOMMEN, B. YIP

Use of the Modified Early Warning Score
(MEWS) in assessment of older patients

■ CONGRESS ABSTRACTS

8th International and 45th Austrian congress
of geriatrics: 50th anniversary of the Austrian
Society of Geriatrics and Gerontology

■ BOOK REVIEW

■ COMMUNICATIONS OF THE DGG

Minutes of the members' meeting
Promotional award

■ INDEX 2004

■ CONGRESS CALENDAR

1/05

EURO J GER VOL. 7 (2005) No. 1, 1-92

Organ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Österreichischen Gesellschaft
für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) – gerikomm Media GmbH Hannover

THIS JOURNAL IS REGULARLY LISTED IN EXCERPTA MEDICA (EMBASE)

European Journal of Geriatrics

Organ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der
Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)

Herausgeber: E. Lang, Erlangen
G. Kolb, Lingen-Ems

Koordination: I. Füsgen, Velbert

INHALT

EURO J GER. VOL. 7 (2005) No. 1

■ EDITORIAL / CO-EDITORIAL

G. KOLB, F. BÖHMER
Das European Journal of Geriatrics jetzt auch
Organ der Österreichischen Gesellschaft für
Geriatrie und Gerontologie
*The European Journal of Geriatrics is also
the organ of the Austrian Society of Geriatrics
and Gerontology now* 5

K. PILS, T. FRÜHWALD
Warum wollen wir gemeinsam Geriatrie im
deutschsprachigen Raum gestalten?
*Why do we want to organise geriatrics in
German speaking countries together?* 6

■ ÜBERSICHT / REVIEW

J.C. ENNEN, J. WILTFANG, G. BRABANT,
D.E. DIETRICH, K. WEISSENBORN
Diabetes mellitus Typ II und M. Alzheimer:
Gibt es einen Zusammenhang?
*Type 2 diabetes and Alzheimer's disease:
Is there a link?* 7

■ ORIGINALIA /
CLINICAL INVESTIGATIONS

P. WEBER, H. MELUZÍNOVÁ, V. POLCAROVÁ,
H. KUBECOVÁ
Diabetes mellitus im höheren Alter –
Beziehung zur Obesität
Diabetes mellitus in old age – relation to obesity 11

B.J. MARTIN, E. OOMMEN, B. YIP
Anwendung eines modifizierten Frühwarnscores
(MEWS) im Assessment für ältere Patienten
*Use of the Modified Early Warning Score (MEWS)
in assessment of older patients* 17

■ CONGRESS ABSTRACTS

8. Wiener Internationaler und 45. Österreichischer
Geriatriekongress: 50 Jahre Österr. Gesellschaft für
Geriatrie und Gerontologie
*8th International and 45th Austrian congress of
geriatrics: 50th anniversary of the Austrian
Society of Geriatrics and Gerontology* 21

■ BUCHBESPRECHUNG /
BOOK REVIEW

Ergotherapie bei Demenzerkrankungen:
ein Förderprogramm 78

■ MITTEILUNGEN DER DGG /
COMMUNICATIONS OF THE DGG

Protokoll der Mitgliederversammlung
Minutes of the members' meeting
Förderpreis Griatrie
Promotional award 79

■ REGISTER 2004 /
INDEX 2004

83

■ KONGRESSKALENDER /
CONGRESS CALENDER

89

Erratum

In Ausgabe 4/2004 fehlte unter der Rubrik „Forum geriatricum“ auf
Seite 206 der Verweis auf den Autor des Beitrags "Konventionell
dosierte Antikoagulation zur Sekundärprophylaxe von Thrombosen
besser als reduzierte Dosierungen". Wir bitten diesen Fehler zu ent-
schuldigen. Korrespondenz zu diesem Beitrag bitte an den Verfasser:
Prof. Dr. Dr. Gerald F. Kolb,
Fachbereich Geriatrie, St. Bonifatius-Hospital,
Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen
Hochschule Hannover, Wilhelmstr. 13, 49808 Lingen (Ems)

AUTHORS GUIDELINES

Please address manuscripts of original papers, review articles, case reports and letters in the field of geriatrics in German or English to:

Prof. Dr. med. Erich Lang
Editor-in-Chief
EUROPEAN JOURNAL OF GERIATRICS
Carl-Korth-Institut, Rathsbergerstr. 10
D-91054 Erlangen

The papers must comply with the requirements on the publication of modern scientific information, and must not have been published or submitted for publication elsewhere.

Original papers should be no longer than 8 to 10 manuscript pages, review articles about current scientific understanding in a particular field of geriatrics should not be longer than 10 to 12 manuscript pages, including illustrations and bibliography.

Letters as interim scientific communications (2 to 3 manuscript pages, 2 tables or figures) will be given priority.

Unless the author has a command of English as his/her mother tongue, all texts submitted in English must be checked by an English native speaker. All costs incurred by the publishers due to revision or correction of the manuscript will be charged to the author.

Manuscripts

Manuscripts should be submitted on pages written on one side only (3 cm left margin, 30 lines per page). For texts in German the new German orthography is binding. Use „Duden: Medizinische Fachausdrücke“ for spelling.

The title and key words in German and English must follow the summary.

All manuscripts must be submitted on disk or by e-mail (ELang@t-online.de). Exceptions will only be made in justifiable cases. 3.5“ disks (MS-Dos or Mac) will be accepted; please state the operating system, format and name of the word-processing program on the disk. Please enclose a valid print-out with the disk. The following word processors are accepted:

- *Macintosh*: Mac Write, Microsoft Word, RTF
- *PC*: MS-Word for Windows, Windows-Write, RTF

Manuscripts written with other programs must be saved in ASCII format.

Enclose illustrations and tables separately with the manuscript. They must be of reproducible quality, numbered, and marked with the name of the author. Please keep the number to a necessary minimum (the upper limit is 6). Avoid repeating data in figures and tables. Summarise the legends with the numbers of the figures on a separate page.

The complete postal address of the author and co-authors (with name written in full and complete titles) must be given at the end of the manuscript. If the co-authors are subordinate to the author, the responsible head of the institution / institute / department must be given in parentheses.

The publisher will ultimately decide upon acceptance after evaluation by reviewers. Upon acceptance, the publisher shall acquire the exclusive rights of publication, translation into foreign languages and reproduction for the statutory copyright period.

In the case of books the bibliography must state; name and initials of the forenames of all authors or of the publisher(s), title, publisher, where published, and year of publication.

Where journals are quoted, the bibliography must state the name and initials of the forenames of all authors, name of the journal (abbreviated according to World Medical Periodicals), year of publication, journal name, volume, issue (in parentheses), and page numbers, including the first and last pages.

All references have to be innumerated in alphabetical order (according to the name of the first author).

Examples:

1. Dromerick A, Reding M: Medical and neurological complications during inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*, 1994; 25(2): 358-61.
2. Turell R (Ed): *Diseases of the Colon and Rectum*. WB Saunders Co., Philadelphia, 1959.

Corrections

The papers will be composed in real-time paging. Major corrections such as deletions or additions that alter the volume are no longer possible during composition.

Editorial

Das European Journal of Geriatrics jetzt auch Organ der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

G. KOLB, F. BÖHMER

Mit der ersten Ausgabe 2005 ist das Euro J Ger auch wissenschaftliches Organ der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. Sie werden eine Mitteilungsseite dieser Gesellschaft in jeder zukünftigen Ausgabe finden. Diesem Schritt, der nun endlich vollzogen werden konnte, sind lange Überlegungen und Gespräche voraus gegangen. Gemeinsam sind beide Gesellschaften zu der Auffassung gelangt, dass eine noch engere Kooperation als bisher nur Vorteile und keinerlei Nachteile hat.

Dazu beigetragen hat sicher auch die fruchtbare Zusammenarbeit auf Kongressen und in gemeinsamen europäischen Gremien. Die Entscheidung für ein gemeinsames wissenschaftliches Organ war insofern eine logische Konsequenz. Die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie folgen damit dem Beispiel einer Reihe von anderen Fachgesellschaften, die diesen Schritt der engen und engsten Kooperation bereits in der Vergangenheit vollzogen haben.

Ob gemeinsame Kongresse wechselnd jeweils in Österreich und in Deutschland in Zukunft auch unser gemeinsames Ziel sein können, mag zur Zeit noch dahin gestellt sein. Gute Dinge müssen auch wachsen. Sehr wohl sind deutsche Beiträge auf dem 45. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, der zusammen mit dem 8. Wiener Internationalen Geriatriekongress vom 20. bis 23. April 2005 veranstaltet wird, ausdrücklich erwünscht, ebenso wie Beiträge der österreichischen Kollegen auf unseren Jahreskongressen. Dabei werden wir von der Idee geschlossener nationaler Veranstaltungen auf den jeweiligen Partnerkongressen abgehen, zu Gunsten eines Konzeptes der Vermischung unter thematischen Gesichtspunkten.

Bleibt mir, an dieser Stelle herzlichen Dank für die bisherige vertrauensvolle Zusammenarbeit an unsere österreichischen Kollegen zu sagen und – so gebietet es Tradition und Höflichkeit – an dieser Stelle den österreichischen Präsidenten das Wort an Sie richten zu lassen:

Die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie ist sehr glücklich, in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie das European Journal of Geriatrics ihr wissenschaftlichen Organ nennen zu dürfen.

Nach intensiven Vorgesprächen und konstruktiven Beratungen ist es gelungen, dieses bereits länger angedachte Projekt zu realisieren. Ich darf mich bei allen, die an dieser Entscheidung beteiligt waren, sehr herzlich bedanken, weil dadurch der Geriatrie ein großer Dienst erwiesen wurde.

Letztlich überwiegt das Gemeinsame. Die demographische Entwicklung wird uns vor große Aufgaben stellen, die ebenfalls nur gemeinsam und grenzüberschreitend gelöst werden können. Geriatriisches Wissen und Kompetenz kennt keine Landesgrenzen, innovative Projekte und neueste Erkenntnisse sollen so rasch als möglich alle Interessenten erreichen. Der Wille zur und die Freude an der Publikation unserer Erkenntnisse muss gefördert und unterstützt werden. Vielleicht gelingt es, durch dieses attraktive wissenschaftliche Organ die Lust der österreichischen Kolleginnen und Kollegen am Publizieren zu steigern und eine Hemmschwelle zu überwinden, die bisher deutlich merkbar ist.

Natürlich werden weiterhin länderspezifische Besonderheiten bestehen bleiben, und nicht alles, was die Geriatrie betrifft, lässt sich vereinheitlichen und da und dort auf gleiche Weise lösen. Dies gilt auch für die Inhalte der Publikationen. Der notwendige Gedankenaustausch, der Vergleich mit ähnlichen Projekten und die Auseinandersetzung mit dem Nachbarn lassen sicher manche Projekte entstehen, die sonst nie zu Stande kommen würden. Das gemeinsame wissenschaftliche Organ „European Journal of Geriatrics“ ist ein bereits realisiertes Projekt, es werden, so hoffe ich, noch viele weitere folgen, die der Geriatrie neuen Schwung und Elan geben und die Weiterentwicklung der Wissenschaft vorantreiben.

In Österreich scheint die Geriatrie derzeit im Aufwind zu sein, nützen wir diese günstige Situation, um auch die wissenschaftliche Dimension dieses Faches zu dokumentieren.

Eine gute und erfolgreiche gemeinsame wissenschaftliche Zukunft wünschen Ihnen

*Prof. Dr. Dr. Gerald Kolb,
Lingen
Prim. Prof. Dr. Franz Böhrer;
Wien*

Koeditorial / Co-Editorial

Warum wollen wir gemeinsam Geriatrie im deutschsprachigen Raum gestalten?

K. PILS, T. FRÜHWALD

Das European Journal of Geriatrics wird nun das gemeinsame wissenschaftliche Journal der deutschen und österreichischen geriatrischen Fachgesellschaften sein. Es wird nicht nur der gemeinsamen Information dienen, sondern auch den gesundheitspolitischen Entwicklungen Rechnung tragen.

Warum wollen wir ein überwiegend deutschsprachiges Journal als Basis der länderübergreifenden Dokumentation gestalten, obwohl die Wissenschaft von englischsprachigen Medien dominiert wird?

Geriatrie ist mehr als medizinische Diagnostik und Therapie für ältere Menschen. Deutschland und Österreich haben eine ähnliche demographische Entwicklung, ein vergleichbares Sozialsystem und eine eng verknüpfte Geschichte und Kultur. Vor allem Forschungsergebnisse, die sich mit soziodemographischen Veränderungen, der Entwicklung von Betreuungssystemen, oder der Gesundheitsförderung für ältere Menschen befassen, werden im angloamerikanischen Raum weniger akzeptiert oder verstanden. Trotz aller Einschränkungen der letzten Jahre ist das mitteleuropäische Gesundheitssystem noch von Solidarität und Wertschätzung zwischen den Generationen getragen.

Der Wiener Internationale Geriatriekongress wird erstmals gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie im April 2005 unter dem Motto „Frailty“ veranstaltet. Die Abstracts werden in unserem gemeinsamen wissenschaftlichen Medium, dem European Journal of Geriatrics, gedruckt werden. Der Wiener Geriatriekongress ist bereits seit vielen Jahren Podium für einen regen Gedankenaustausch der deutsch-

sprachigen Geriatrie. Der dabei zum ersten Mal bei einer geriatrischen Tagung angebotene „Science Market Place“ soll unter anderem beweisen, dass geriatrische und gerontologische Themen auf hohem wissenschaftlichen Niveau aufgearbeitet und präsentiert werden können – unser Fach braucht eine fundierte wissenschaftliche Basis. Gleichzeitig soll die internationale Vernetzung wissenschaftlicher geriatrischer und gerontologischer Projekte gefördert werden.

In den nächsten Jahren wollen wir uns besser abstimmen und Tagungen gemeinsam gestalten und ihre Themen akkordieren. Wiener Walzer, Preussentag, und Eidgenossentag werden zur deutschsprachigen Geriatrie verschmelzen. Wir werden uns an unterschiedlichen Orten treffen, ähnlich der langjährigen Tradition der frankophonen, oder auch der skandinavischen Geriatrie.

Vielleicht gelingt es uns auch, ein einheitliches deutschsprachiges Geriatrie-Fortbildungscurriculum zu entwerfen, welches in ergänzenden Modulen bei den verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen unserer Gesellschaften angeboten werden kann.

Das Motto der 14. Jahrestagung der DGG „Einheit in der Vielfalt“ wird das Motto unseres weiteren gemeinsamen Handelns und Planens sein. Individuelle Aspekte und Projekte werden weiter bestehen, dennoch wird der länderübergreifende Dialog als Bereicherung spürbar sein.

*Primaria Dr. med. Katharina Pils,
OA Dr. med. Thomas Frühwald,
Wien*

Übersicht / Review

Type 2 diabetes and Alzheimer's disease: Is there a link?J. C. ENNEN¹, J. WILTFANG², G. BRABANT³, T. SÜSS⁴, D. E. DIETRICH¹, K. WEISSENBORN⁴¹Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover²Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Erlangen-Nürnberg³Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische Hochschule Hannover⁴Neurologie, Medizinische Hochschule Hannover**Zusammenfassung***Diabetes mellitus Typ II und M. Alzheimer: Gibt es einen Zusammenhang?*

Aufgrund der abzusehenden Verschiebung der Alterspyramide hin zu einem steigenden Anteil älterer Menschen und dem sich daraus entwickelnden sozioökonomischen und gesundheitspolitischen Konsequenzen werden weltweit größte Anstrengungen unternommen, ätiopathophysiologische Zusammenhänge in der Entwicklung eines Morbus Alzheimers aufzuschlüsseln, sowie Risikofaktoren zu definieren.

Neue Erkenntnisse epidemiologischer Untersuchungen und In-vitro Studien legen eine Koinzidenz des Morbus Alzheimers und des Diabetes mellitus nahe. Der vorliegende Übersichtsartikel referiert die aktuelle Datenlage zur Epidemiologie sowie Pathophysiologie zwischen diesen beiden Erkrankungen und stellt mögliche Zusammenhänge dar.

Schlüsselworte

M. Alzheimer – Diabetes mellitus – Demenz – Insulin – Kognition

Summary

Due to the expected shift in the age structure towards a higher percentage of elderly people and due to the resulting consequences in socioeconomic and health politics, great efforts are being made worldwide to define pathophysiological correlations as well as risk factors for the development of Alzheimer's disease.

Recently published epidemiologic data and results of in-vitro studies suggest a coincidence between Alzheimer's disease and diabetes mellitus. The present review article reports on the current knowledge of epidemiology and pathophysiology between these two diseases and discusses the possibility of links.

Key words

Alzheimer's disease – diabetes mellitus – dementia – insulin – cognition

Dementia of the Alzheimer type is a chronic neurodegenerative disease of the brain, which will increase continually due to the increased life expectancy [6]. Alzheimer disease is by far the most frequent form of dementia and the most common neurodegenerative disease. Today, the estimated number of people with Alzheimer's disease in Germany is about 650,000 [6]. In addition to the familiar form which is associated with an autosomal-dominant heredity (about

1–5 % of all cases), there is the far more common multifactorial sporadic form [9, 21], for which no etio-pathogenesis has been proved thus far.

EPIDEMIOLOGIC STUDIES

Several epidemiologic studies suggest a link between the development of Alzheimer's dementia and existing diabetes mellitus. In the so-called Rotterdam Study, the risk

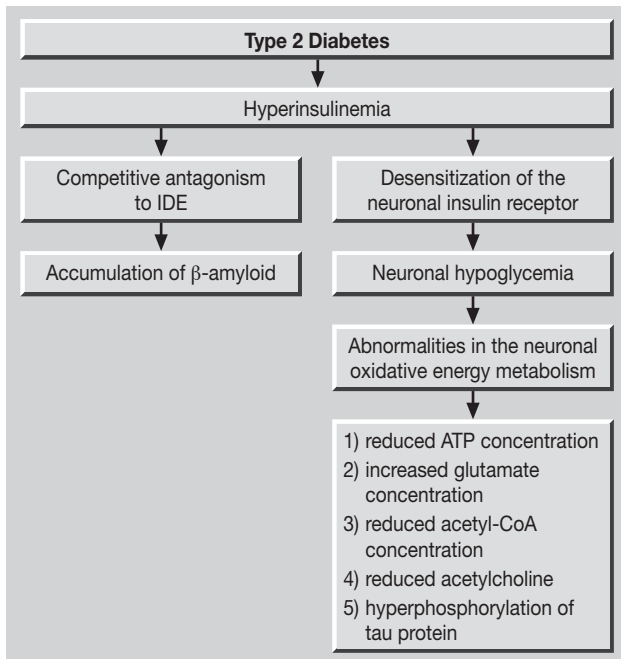


Fig. 1: Pathophysiological link between type 2 diabetes and Alzheimer's disease.

of developing Alzheimer's disease in diabetics with insulin-dependent type 2 diabetes was increased by a factor of 2.6, even under statistical consideration of the co-variables smoking, alcohol, body mass index, blood pressure, antihypertensive therapy, education and arteriosclerosis, variables, which also could cause a vascular dementia. This prospective investigation included 6330 adults aged between 55 and 99 years of Rotterdam's suburb Ommoord [17]. A study from the Mayo clinic in Rochester involving about 1500 patients with type 2 diabetes over an average time course of 7 years came to similar results [14]. In this study, the risk for diabetics to develop Alzheimer's disease was increased by a factor of 1.6 compared to an age-matched control group, independent of vascular dementia. The recently published longitudinal cohort study by *Arvanitakis et al.* [3] on 824 elderly people showed that diabetics had a 65 % increase in the risk of developing Alzheimer's disease compared to those without diabetes mellitus (hazard ratio 1.65, 95 % confidence interval, 1.10–2.47).

The so-called Honolulu-Asia Aging Study [18] was even able to prove that the relative risk for type 2 diabetics, who carry the APOE $\epsilon 4$ -allele, increases to 5.5 (RR 5.5 95 % CI 2.2–13.7). In the February edition of *Diabetes* 2004, *Janson et al.* report that 81 % of the Alzheimer's patients in this cohort study had a type 2 diabetes or an impaired fasting plasma glucose [11]. Furthermore, the autopsy reports of this cohort showed a

correlation between the duration of type 2 diabetes and the density of diffuse and neuritic plaques. Interestingly, pancreatic islet amyloid in the autopsied Alzheimer's patients was more frequent extensive than in control subjects without dementia. Furthermore, amyloid precursor protein and islet amyloid polypeptide have a structural similarity of about 90 % [11].

PATHOPHYSIOLOGIC THEORIES

These epidemiologic data raise the question, whether the increased prevalence in diabetics in developing Alzheimer's disease is associated with the amount of insulin, respectively, the impaired insulin receptor sensitivity. In this context, the data by *Meneilly and Hill* already published in the year 1993 are of special interest, which show that Alzheimer's patients had increased fasting plasma insulin levels compared to healthy, age-matched controls, although they did not suffer from diabetes mellitus [16]. *Kalmijn et al.* confirmed these data [12]. They also found significantly increased insulin levels in patients suffering from dementia.

From a pathophysiologic point of view, there seem to be two different pathomechanisms which may have a potentiating effect on each other (*Fig. 1*). On the one hand, hyperinsulinemia causes sensitivity abnormalities in the neuronal oxidative energy metabolism via an impaired neuronal insulin receptor [10]. On the other hand, in-vitro studies have led to the conclusion that cerebral hyperinsulinemia leads to a disturbed degradation of β -amyloid [4, 7]. Furthermore, the amyloid hypothesis of Alzheimer's disease states that β -amyloid initiates a process that results in Alzheimer's disease. β -Amyloid, indeed, is a peptide consisting of 37 to 42 aminoacids, respectively, and is cleaved by proteolysis from the amyloid precursor protein (APP), a neuronal transmembrane protein (*Fig. 2*). Thus, it accumulates in the extracellular matrix and forms the characteristic Alzheimer plaques.

A key-role in the degradation of β -amyloid is ascribed to the insulin-degrading enzyme (IDE), a thiol-metalloendopeptidase. This enzyme is expressed in the brain by glial as well as by neuronal cells [20, 22] and is present in a lower concentration in Alzheimer's patients [4, 8, 19]. In several studies, IDE has degraded β -amyloid in vitro and therefore fulfills an important clearance function for this major component of the Alzheimer plaques [5, 15, 20, 22]. Like β -amyloid, insulin is a substrate of the insulin-degrading enzyme and can influence β -amyloid degradation competitively in recurring hyperinsulinemia and thus the clearance of β -amyloid [20, 22]. Consequently, the reduced degradation of β -amyloid leads to an increased extracellular accumulation of β -amyloid and may be responsible for the increased amount of senile plaques [19].

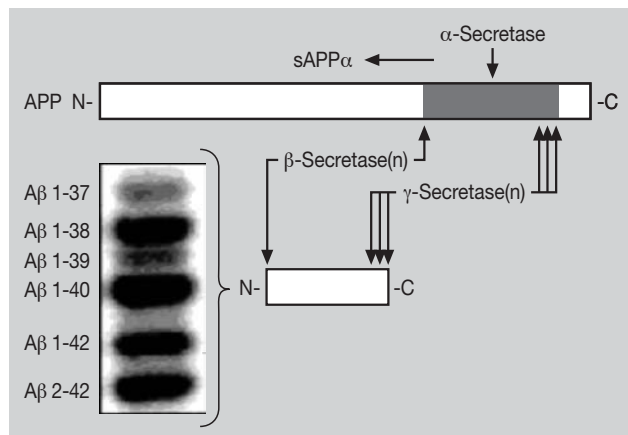


Fig. 2: Schematic representation of enzymatic processing of amyloid precursor protein (APP).

Cleavage by β - and γ -secretase yields several $A\beta$ peptide species aminoterminally (N) starting with aspartate (position 1) and carboxyterminally (C) ending predominantly with various hydrophobic amino acids (position 37-42). This $A\beta$ peptide quintet ($A\beta$ 1-37/38/39/40/42) is regularly observed in human biological fluids, like cerebrospinal fluid (CSF) and blood plasma. Moreover, in AD increasing evidence indicates elevated generation of N-truncated $A\beta$ peptides species, e. g. $A\beta$ 2-42, which are early constituents of intracerebral β -amyloid plaques ([23] modified).

Insulin induced changes of the neuronal glucose metabolism lead to further disturbances of this complex system. An important factor seems to be the desensitization of the neuronal insulin receptor, which results in a decrease of the cellular concentration of glucose and finally, ATP [10]. Additionally, a decrease in the ATP production initiates in cultured human neurons a cascade of events including hyperphosphorylation of tau protein resulting in neurofibrillary tangles, the other hallmark of Alzheimer's disease [13, 10]. Moreover, as a result of animal experiments it has long been known that recurring hypoglycemia causes a selective damage of the 2nd to the 4th layer of the neocortex, the Nucleus dentatus and the medial part of the CA1-pyramidal layer of the hippocampus [1, 2]. These neurons not only display an increased vulnerability to hypoglycemia, but are also in charge of memory processing from a neurobiologic view. Interestingly, these cerebral structures are the same that are involved in Alzheimer's disease.

CONCLUSION

Other studies will have to establish whether the knowledge at this point is sufficient to influence guidelines for diabetes management of geriatric patients. Prevention of hypoglycemias in elderly diabetics not only diminishes the

risk of falls and the resulting consequences, but also seems to lead to an increased quality of life from a neurocognitive view. It is known that acute hypoglycemias can lead to acute cognitive deficits such as concentration deficits or amnesic aphasia. However, to which degree chronic recurring hypoglycemias or hyperinsulinemias, respectively, are a risk factor for the development of Alzheimer's disease, has (thus far) not been adequately investigated, although there are epidemiological and pathophysiological links.

References

1. Auer RN: Progress Review: Hypoglycemic Brain Damage. *Stroke*, 1986; 17: 699-708.
2. Auer RN, Siesjö BK: Biological Differences between Ischemia, Hypoglycemia and Epilepsy. *Ann Neurol*, 1988; 24: 699-707.
3. Arvanitakis Z, Wilson S, Bienias J, Evans DA, Bennett DA: Diabetes Mellitus and Risk of Alzheimer's Disease and Decline in Cognitive Function. *Arch Neurol*, 2004; 61: 661-666.
4. Bernstein HG, Ansorge S, Riederer P, Reiser M, Fröhlich L, Bogerts B: Insulin-degrading enzyme in the Alzheimer's disease brain: prominent localisation in neurons and senile plaques. *Neuroscience Letters*, 1999; 263: 161-164.
5. Bertram L, Blacker D, Mullin K, Keeney D, Jones J, Basu S, Yhu S, McInnis MG, Go RCP, Vekrellis K, Selkoe DJ, Saunders AJ, Tanzi RE: Evidence for Genetic Linkage of Alzheimer's disease to Chromosome 10q. *Science*, 2000; 290:2302-2303.
6. Bickel H: Dementia syndrome and Alzheimer disease: an assessment of morbidity and annual incidence in Germany. *Das Gesundheitswesen*, 2000; 62: 211-218.
7. Boyt AA, Taddei K, Hallmayer J, Helmerhorst E, Gandy SE, Craft S, Martins RN: The effect of insulin and glucose on the plasma concentration of Alzheimer's amyloid precursor protein. *Neuroscience*, 2000; 95: 727-734.
8. Cook DG, Leverenz JB, McMillan PJ, Kulstad JJ, Ericksen S, Roth RA, Schellenberg GD, Jin LW, Kovacina KS, Craft S: Reduced Hippocampal Insulin-Degrading Enzyme in Late-Onset Alzheimer's Disease Is Associated with the Apolipoprotein E- ϵ 4 Allele. *Am J Pathol*, 2003; 162: 313-319.
9. Hoyer S: Risk factors for Alzheimer's disease during aging. Impacts of glucose/energy metabolism. *J Neural Transm Suppl*, 1998; 54: 187-194.
10. Hoyer S, Riederer P: Pathomechanismen und hypothesengeleitete Therapieoptionen bei der Spätform der Alzheimer-Erkrankung. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2003; 71: S16-S26.
11. Janson J, Laedtke T, Parisi JE, O'Brien P, Peterson RC, Butler PC: Increased Risk of Type 2 Diabetes in Alzheimer Disease. *Diabetes*, 2004; 53: 474-481.
12. Kalmijn S, Feskens EJM, Launer LJ, Stijnen T, Kromhout D: Glucose intolerance, hyperinsulinaemia and cognitive function in a general population of elderly men. *Diabetologia*, 1995; 38: 1096-1102.
13. Lackey BR, Gray SL, Henricks DM: Actions and interactions of the IGF system in Alzheimer's disease: review and hypotheses. *Growth Hormone & IGF Research*, 2000; 10: 1-13.
14. Leibson CL, Rocca WA, Hanson VA, Cha R, Kokmen E, O'Brien PC, Palumbo PJ: Risk of Dementia among persons with diabetes mellitus: a population-based cohort study. *Am J Epidemiol*, 1997; 145: 301-308.
15. McDermott JR, Gibson AM: Degradation of Alzheimer's beta-amyloid protein by human and rat brain peptidases: involvement of insulin-degrading enzyme. *Neurochem Res*, 1997; 22: 49-56.

16. Meneilly GS, Hill A: Alterations in glucose metabolism in patients with Alzheimer's diseases. *J Am Geriatr Soc*, 1993; 41: 710-714.
17. Ott A, Stolk RP, Hofmann A, von Harskamp F, Grobee DE, Breteler MMB: Association of diabetes mellitus and dementia: The Rotterdam Study. *Diabetologia*, 1996; 39: 1392 – 1397.
18. Peila R, Rodriguez BL, Launer LJ: Type 2 Diabetes, APOE Gene, and the Risk for Dementia and Related Pathologies. The Honolulu-Asia Aging Study. *Diabetes*, 2002; 51: 1256-1262.
19. Perez A, Morelli L, Cresto JC, Castano EM: Degradation of soluble amyloid β -peptides 1-40, 1-42, and the dutch variant 1-40Q by insulin degrading enzyme from Alzheimer disease and control brains. *Neurochem Res*, 1999; 25: 247-255.
20. Qiu WQ, Walsh DM, Ye Z, Vekrellis K, Zhang J, Podlisny MB, Rosner MR, Safavi A, Hersh LB, Selkoe DJ: Insulin-degrading enzyme regulates extracellular levels of amyloid beta-protein by degradation. *J Biol Chem*, 1998; 273: 32730-8.
21. Sandbrink R, Beyreuther K: Unraveling the molecular pathway of Alzheimer's disease: research about presenilins gather momentum. *Mol Psychiatry*, 1996; 1: 438-444.
22. Vekrellis K, Ye Z, Qiu WQ, Walsh D, Harley D, Chesneau V, Rosner MR, Selkoe DJ: Neurons regulate extracellular levels of amyloid beta protein via proteolysis by insulin- degrading enzyme. *J Neuroscience*, 2000; 20: 1657-65.
23. Wiltfang J, Esselmann H, Bibl M, Smirnov A, Otto M, Paul S, Schmidt B, Klafki H-W, Maler M, Dyrks T, Bienert M, Beyermann M, R  ther E, Kornhuber J: Highly conserved and disease-specific patterns of carboxyterminally truncated Ab peptides 1-37/38/39 in addition to 1-40/42 in Alzheimer's disease and in patients with chronic neuroinflammation. *Neurochem*. 2002; 81: 481-496.

CORRESPONDANCE TO:

DR. MED. JOCHEN CHRISTIAN ENNEN
 MEDIZINISCHE HOCHSCHULE HANNOVER
 ABTEILUNG KLINISCHE PSYCHIATRIE UND
 PSYCHOTHERAPIE
 CARL-NEUBERG-STR. 1
 30625 HANNOVER
 GERMANY
 E-MAIL: JOCHENENNEN@WEB.DE

received/eingegangen: 01.10.2004
 accepted/angenommen 15.12.2004

Originalie / Clinical investigation

Diabetes mellitus in old age – relation to obesity

P. WEBER, H. MELUZÍNOVÁ, V. POLCAROVÁ, H. KUBECOVÁ

Department of Geriatrics, Nursing and Practical Medicine, University Hospital, Brno, Czech Republic

Zusammenfassung

Diabetes mellitus im höheren Alter – Beziehung zur Obesität:

Voraussetzungen und Ziele: Der Diabetes mellitus Typ 2 ist die häufigste Form des Diabetes im Alter. Ziel der vorliegenden Studie war eine Analyse des Obesitätsniveaus differenziert nach Geschlecht und Vorliegen eines Diabetes mellitus, sowie die Klärung der Frage, ob diese Faktoren in unserem Patientengut mit dem C-Peptid-Level auf nüchternen Magen korrelieren.

Material und Methoden: Im Verlauf von sechs Jahren haben wir in der Klinik für Geriatrie 4374 ältere Patienten untersucht. Das Durchschnittsalter dieser Patientengruppe lag bei $78 \pm 9,1$ Jahren, 1688 Personen (ca. 39 %) litten an Diabetes mellitus. Die Obesität wurde mit Hilfe des Body Mass Index (BMI) nach Quetelet quantifiziert. In ähnlicher Weise wurde der Taille-Hüft-Quotient (Waist-to-hip-ratio, WHR) als Maß für die „zentrale Adipositas“ ausgewertet. Die C-Peptid-Werte auf nüchternen Magen wurde bei allen Diabetikern bestimmt.

Ergebnisse: In der Gruppe der Diabetiker war der Anteil adipöser Patienten mit Grad I, II oder III (BMI-Werte > 30 , > 35 oder > 40) sowohl bei Männern wie Frauen 3- bis 4-mal so hoch wie in der Gruppe der Nichtdiabetiker. Diabetiker wiesen doppelt so häufig eine erhöhte Waist-to-hip-Ratio (Frauen $> 0,9$; Männer $> 1,0$) auf wie Nichtdiabetiker. Die C-Peptid-Werte auf nüchternen Magen zeigten eine steigende Tendenz von 975 pmol/l bei den nicht-adipösen Diabetikern bis zu 2048 pmol/l bei den stark adipösen Diabetikern.

Fazit: Auch im fortgeschrittenen Alter leiden Diabetiker deutlich häufiger unter einer Adipositas (einschließlich der zentralen Form) als Nichtdiabetiker. Dieser Faktor ist unabhängig von der Geschlechtszugehörigkeit der Patienten. Außerdem wurde eine signifikante Korrelation zwischen der Hyper-C-Peptidämie (respektive Hyperinsulinämie) und den BMI/WHR-Werten nachgewiesen.

Schlüsselwörter

Diabetes mellitus type 2 – Obesität – zentrale Adipositas – Body Mass Index – Taille-Hüft-Quotient – Waist-to-hip-Ratio – C-Peptid-Spiegel

Summary

Background and aims: Diabetes mellitus Type 2 is the predominant type of diabetes which is found in old age. The present study is aimed at conducting an analysis of obesity levels with regard to sex and the presence of diabetes mellitus, and at finding out whether it is possible to correlate the values of the said features in our patients and whether is any correlation with fasting C-peptide levels.

Material and Methods: Over a 6-year period we examined 4,374 elderly patients hospitalised at the geriatric department; their average age was $78 \pm 9,1$ years. Of these, 1688 were diabetics (approx. 39 %). Obesity was measured using Quetelet's Body Mass Index (BMI). Similarly, the waist-to-hip ratio (WHR) which determines central obesity was assessed. The fasting C-peptide level was examined in all the diabetic patients.

Results: Both in male and female patients, numbers of the degree I, II and III obese (i.e. BMI > 30 ; > 35 ; > 40) outweighed three to four times the non-diabetic patients of the same BMI level. Central obesity occurrence (WHR > 0.9 in women and > 1.0 in men) was found to be up to two times higher with the diabetic patients in compa-

risson to the non-diabetics. The fasting C-peptide values tended to increase from 975 pmol/l in non-obese diabetic patients to up to 2048 pmol/l in heavily obese diabetics.

Conclusions: Even in advanced age the occurrence of obesity (including the central type) is significantly higher in diabetic patients. Both with non-diabetics and diabetic patients gender does not seem to have any significant influence. A significant correlation between hyper-C-peptidemy (in fact hyperinsulinemy) and BMI/WHR values was established.

Key words

Old age – diabetes mellitus type 2 – obesity – central obesity – body mass index – waist-to-hip ratio – C-peptide levels

Obesity is an excessive body mass with an increased share of adipose tissue. The incidence of overweight and obesity is nowadays tending to increase all over the world and it is becoming a serious health and social problem [26, 28]. The share of the obese people in the developed European countries is about one fifth of the population [6]. In the Czech Republic (C.R.) we have in the population 16 % obese men and 20 % women. Half of the Czech population suffer from overweight. A similar situation can be found in other industrial countries of the E.U. The occurrence of obesity peaks in the age range of 50–60 years when it reaches the extent of 30–40 % of that age-group. It shortens human life and therefore the incidence decreases with increasing age. In the seventh decade it is 25–20 % and in the eighth 10–15 % in both men and women (NHANES III) [6, 16].

The incidence and prevalence of diabetes mellitus type 2 significantly increases with age [30, 31]. Among the 65+ patients 18–20 % suffer from diabetes mellitus, another 20 % have impaired glucose tolerance while the percentage of diabetes mellitus incidence in the whole of population is 5–6 % [32]. The relationship between obesity and diabetes mellitus is a very close one [4, 11, 25]. They are both separate conditions, but ones which may well have a common etiopathogenetical basis. This concept of common etiopathogenesis forms the Reaven’s metabolic syndrome. According to *Wolf* [43] the relation of obesity to diabetes mellitus type 2 incidence takes place in 61 % while in the case of hypertension and coronary heart disease it is only 17 %.

The present study aimed at conducting an analysis of obesity levels and common features of central obesity in 4,374 patients hospitalised over a 6 year period at the geriatric department with regard to sex and diabetes mellitus presence and to

finding out whether the relation between BMI, waist-to-hip ratio (WHR) and fasting C-peptide with these patients exists.

PATIENTS AND METHODS

Set parameters: Over 6 years we hospitalised 4,374 elderly patients of average age 78 ± 9.1 years. 1,605 of them were men (75.1 ± 9.2 years.) and 2,769 women (79 ± 8.4 years); 2,686 non-diabetics and 1,688 diabetics (39 % approximately). 24 cases were diabetes mellitus type 1; 43 “LADA” diabetes mellitus, and 1,621 (96 %) diabetes mellitus type 2. The treatment of diabetes mellitus type 2 was:

- diet only (43 %)
- oral antidiabetic drugs (38 %)
 - sulphonylurea (23 %)
 - metformin (5 %)
 - combination of sulphonylurea and metformin (10 %)
- insulin (16.7 %)
- bed insulin daily tablets (2.3 %)

Fasting C-peptide was assessed in all the diabetics.

All the patients admitted at the geriatric department underwent complete intern examination. X-ray of lungs,

Body mass category in %	nondiabetics		diabetics	
	women	men	women	men
Underweight	10.6	16.6	4.4	4.9
Standard weight	52.8	50.1	34.5	30.2
Overweight	30.6	28.6	36.5	44.7
Obesity of 1 st degree	4.3	4.2	18.8	16.6
Obesity of 2 nd degree	1.1	0.4	4.3	3.2
Obesity of 3 rd degree	0.5	0.1	1.4	0.4
Total (n)	1,720	966	1,049	639
Sum overweight + obesity	36.5	33.3	61.0	64.8

Table 1: Body mass categories in percentages according to sex and diabetes mellitus presence.

ECG, basic biochemical and haematological analyses and additional examinations (ophthalmological, neurological etc.) were performed on the basis of individual indication. For the diabetics we added assessments of

- glycosylated haemoglobin,
- fructosamine,
- fasting C-peptide (occasionally also after stimulation),
- renal functions, incl. microalbuminuria.

Obesity was assessed according to Quetelet's body mass index (BMI). Similarly we calculated the waist-to-hip ratio (WHR) to evaluate central obesity.

RESULTS

For the statistical evaluation of the results we used Wilcoxon's nonparametric test, Chi²-test and Spearman's correlation coefficient.

Table 1 shows individual BMI zones. Following the BMI parameters it divides the patients of the set according to the sex and diabetes mellitus presence (in percentages).

Table 2 shows BMI and WHR values separately for diabetic and non-diabetic patients both in total and separately for both sexes. In all subgroups diabetic patients have higher values both of BMI and WHR ($p < 0.001$).

The WHR determines the so called central obesity (women > 0.9 ; men > 1.0). Central obesity occurrence was found in 42.3 % of male diabetics and 57.2 % of female diabetics, which is 2–3 times more than in non-diabetic patients. Even in late old-age (> 75 years) the values of BMI and WHR were significantly higher ($p < 0.01$) in diabetic patients of both sexes.

In Table 3, the fasting C-peptide is related to the body mass categories. It increases with increasing weight. 1,158 diabetics (BMI 25.0 ± 4.35) had their C-peptide under 1,324 pmol/l. 530 patients (BMI 28.3 ± 5.0) had their C-peptide level measured at over 1,324 pmol/l. When comparing both values using Wilcoxon's test we find highly significant differences both for men and women ($p < 0.001$).

	BMI	C-peptide
Standard	18.5 – 25	975.2 ± 659.4
Overweight	25 – 30	1,216 ± 670
Obesity of 1 st degree	30 – 35	1,460 ± 835
Obesity of 2 nd degree	35 – 40	1,618 ± 411
Obesity of 3 rd degree	> 40	2,048 ± 921

Table 3: Fasting C-peptide and BMI zones.

	BMI			WHR		
	total	men	women	total	men	women
Non-diab.	23.1 ± 4.1	23.3 ± 4.1	22.6 ± 4.1	0.93 ± 0.14	0.92 ± 0.14	0.97 ± 0.13
Diabetics	26.1 ± 4.8	26.2 ± 5.0	26 ± 4.5	1.02 ± 0.14	1 ± 0.16	1.05 ± 0.12

Table 2: BMI and WHR according to sex and diabetes mellitus presence.

Table 4 presents an analysis of central obesity according to the relation of WHR and fasting C-peptide. The differences in fasting C-peptide levels between the two subgroups are statistically highly significant ($p < 0.001$) when comparing using the Wilcoxon's non-parametric test both for men and women.

In the diabetics of type 2, especially those treated by diet and sulphonylurea, we observed an increase of the C-peptide levels after stimulation of up to double the previous value (Table 5). Such an increase, however, does not take place in the diabetics treated by metformin and/or sulphonylurea + metformin or insulin and insulin + oral antidiabetic drugs. In this subgroup the increase mentioned is only half. Higher fasting C-peptide levels in patients treated by metformin and sulphonylurea + metformin can be related to a higher percentage of obesity occurrence in this subgroup.

DISCUSSION

Our six years study was designed to provide an analysis of data obtained from the group of elderly patients and was focused on proving the validity of facts and relationships currently existing in middle age (45–60 years) or early old-age (60–75 years.).

The overall incidence of overweight and obesity [1, 24] is increasing dramatically nowadays and thus they contribute to the burden represented by chronic diseases. Eliasson [10] presents the increase of the BMI in the adult population of northern Sweden over the period 1956–1999 from 25.3 to 26.2 and the prevalence of obesity (BMI ≥ 30) from 11 % to 15 %. Overweight (BMI > 27 –28) [22], and especially obesity [44] is connected with the growing occurrence of cardiovascular diseases, diabetes mellitus type 2, hypertension [34], stroke [9], dislipidemy [35], arthritis, and some other diseases.

Obesity is obviously a result of genetic, psychological and environmental influence interaction. Alisson [5], Rössner [28] and some others [4] assign up to 70 % influence to the genetic determination of obesity. Stunkard [36] documents the significance of the genetic origin of obesity in a Danish study dealing with BMI correlation of parents and step-children (where the correlation was absent). According Kuchler [17] among external environmental factors, excessive intake of energy-rich food and beverages plays an especially important role, together with decreased motor

C-peptide and WH	women		men	
	≤ 0.9	> 0.9	≤ 1.0	> 1.0
Count	356	475	292	214
C-peptide	970 ± 711	1,308 ± 706	964 ± 583	1,287 ± 754

Table 4: Fasting C-peptide and waist-to-hip ratio (WHR) according to sex.

activity. Both obesity development and diabetes mellitus type 2 incidence can be prevented by effective lifestyle changes in the period of active adult age [15, 37]. Diabetes mellitus occurrence increases rapidly with increasing BMI and its incidence probability is almost 100 % at BMI > 35 [8].

In common with literary findings [29] we also found lower obesity occurrence with elderly non-diabetics (women Ø 79 years – 5.9 % and men Ø 75 years – 4.7 %) while the diabetic women were obese in 24.5 % and diabetic men in 20.1 % of cases. Standard weight was observed in half of the non-diabetics but only in one third of diabetes mellitus patients. Differences between sexes proved to be irrelevant in our group of elderly patients. Obesity of 3rd degree (BMI > 40) occurred in 1.5 % of diabetes mellitus women while in all other subgroups it was found in 0.5 % only. It is so serious [3] that patients affected usually die before the age of 60. Reduction of overweight and obesity in younger diabetics through increased motor activity [13, 33] or hypocaloric diet and anorectical drugs [40] will be hardly applicable in the late old-age group, being, as they are, affected by multimorbidity and polypharmacotherapy. *Haddock* [12] provides the first comprehensive meta-analysis of randomized clinical trials of medication for obesity (108 studies). Four drugs produce significant effects; amphetamine, benzphetamine, fenfluramine and sibutramine. A sur-

gical solution for severe obesity is reserved for younger persons [14].

Central obesity with surplus of abdominal adipocytes, assessed by WHR or by waist circumference is one of the principal keys to insulin resistance (IR) and a significant source of additional risks [7, 27]. Its occurrence was 2–3 times higher

with the diabetics than non-diabetics in our set.

Sulphonylurea and insulin treatment (in our set sulphonylurea 24 %; insulin 16.7 %) may contribute to weight increase [4, 20]. Weight reduction with diabetes mellitus type 2 is more difficult than for obese non-diabetics. Weight reduction can lead to total mortality decrease of 20 % and with a mortality of up to 30 % [38, 42] tightly connected to diabetes. Life expectancy of the obese diabetics increases with achieved weight reduction [27]. *Mokdad* [21] and *Tuomilehto* [37] identically emphasise the significance of timely change of life style for people endangered by diabetes mellitus type 2 and obesity.

Metformin appears to be very useful for the treatment of obese diabetics, providing there are no contraindications [21, 39]. According to *Zimmet* [45] also just adding metformin to insulin therapy led to better diabetes mellitus compensation. In our set of elderly diabetics we applied metformin alone in 5 % and in combination with sulphonylurea in 10 % of obese diabetics.

Insulin level is an important predictor of diabetes [23, 41]. Insulinemia (also C-peptidemia) correlates with BMI in the obese patients. Genetically-determined diabetics of the 2nd type are accompanied by insulin resistance through his/her life. This is closely connected with Reaven's metabolic syndrome X which occurs in up to 30 % of our population. Plasmatic C-peptide is considered to be a semi-

quantitative criterion of insulin secretion [4, 23]. Therefore we decided to apply this procedure in our group, too. Low increase of C-peptide level after stimulation takes place especially when the obese patients treated by metformin (*Table 5*). Our results presented in *Table 3* and *4* confirm close correlation of C-peptide level and BMI/WHR (Spearman's correlation coefficient).

Obesity is obviously an independent risk factor which affects negatively pathogenesis of cardiovascular diseases, diabetes mellitus type 2, hypertension, dyslipidemia and haemocoagulation [2]. It shortens life expectancy, causes deterioration in quality of life, contributes to economic costs, and last but not least brings a lot of

	Fasting C-peptide	C-peptide after stimulation
Diabetes mellitus type 1	90.5 ± 57	87.1 ± 78.6
LADA	132 ± 69.1	130 ± 121.5
Diabetes mellitus type 2 – DIET	1.104 ± 676	2.278 ± 1,179
Sulphonylurea	1.212 ± 706	2.293 ± 1,135
Metformin	1.769.6 ± 786	2.807 ± 1,596
Sulphonylurea + Metformin	1.264 ± 714.3	1.895 ± 1,050
Insulin	1.055 ± 606.5	1.516 ± 805.6
Insulin + oral antidiabetic drugs	1.035 ± 607.7	1.544 ± 846.3

Table 5: Fasting C-peptide (pmol/l) before and after stimulation, according to diabetes mellitus type and method of treatment.

complications to the affected people, throughout their lives. Modest weight reduction can reduce the risk of developing diabetes and its comorbidities. Weight reduction is also a cornerstone of diabetes management, improving glycaemic control and reducing other risk factors associated with this disease.

References

- Abrams WB, Beers MH, Berkow R (eds.): The Merck Manual of Geriatrics- second edition. New York: Merck & Co. Inc. 1995.
- Adler A: Obesity and target organ damage: diabetes. *Int J Obes* 2002; 26 Suppl 4: S11-S14.
- Alberti KG, Zimmet PZ; Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. *Diabet Med* 1998; 15: 539-553.
- Alberti KGMM, Zimmet P, de Fronzo RA (eds.): International Textbook of Diabetes Mellitus. 2 Volumes. NY: John Wiley & Sons Ltd, 1997
- Allison DB, Kaprio J, Korkeila M, Koskenvuo M, Neale MC, Hayakawa K: The Heritability of body mass index among an international sample of monozygotic twins reared apart. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996; 20: 501-506.
- Björntrop P (ed.): International Textbook of Obesity. NY: John Wiley & Sons Ltd, 2001
- Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. *Obes Res.* 1998; 6 (suppl): S1S-209S.
- Colditz GA et al.: Weight gain as a risk factor for clinical diabetes in women. *Ann Intern. Med.* 1995, 122: 481-6.
- Davis TM, Millns H, Stratton IM, Holman RR, Turner RC. Risk factors for stroke in type 2 diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) 29. *Arch Intern Med* 1999; 159 (10): 1097-1093.
- Eliasson M, Lindahl B, Lundberg V, Stegmayr B: No increase in the prevalence of known diabetes between 1999 in subjects 25-64 years of age in northern Sweden. *Diabet Med* 2002; 19(10): 874-880.
- Ford ES, Williamson DF, Liu S: Weight change and diabetes incidence: findings from a national cohort of US adults. *Am J Epidemiol.* 1997, 146: 214-222.
- Haddock C K, Poston W S C, Dill P L, Foreyt J P and Ericsson M: Pharmacotherapy for obesity: a quantitative analysis of four decades of published randomized clinical trials. *Int J Obes* 2002, 26: 262-273.
- Hill JO: Physical activity, body weight and body fat distribution. In: Leon A (ed.): Physical Activity and Cardiovascular Health: A National Consensus. Champaign, III: Human Kinetics; 1997: 272.
- Kala Z, Jurecka T, Hanke I, Hep A, Dolina J: Surgery for morbid obesity. *Prakt Lék* 79; 1999: 620-623.
- Knowler WC, Barret-Connor EE, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New Engl J Med* 2002, 346: 393- 403.
- Kopelman PG, Stock M (eds.): Clinical Obesity. NY. Blackwell Science, 1998.
- Kuchler F, Lin BH: The influence of individual choices and attitudes on adiposity. *Int J Obes* 2002; 26: 1017-1022.
- Kuczmarski RJ, Flegel KM, Campbell SM, Johnson CL: Increasing prevalence of overweight among US adults. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. *J Amer Med Ass* 1994, 272: 205-211.
- Lean ME, Powrie JK, Anderson AS, Garthwaite PH: Obesity, weight loss and prognosis in type 2 diabetes. *Diabetic Med* 1990; 7: 228-233.
- Lean ME: Pathophysiology of obesity. *Proc Nutr Soc* 2000; 59 (3): 331-336.
- Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor F, Bales VS, Marks JS: Prevalence of Obesity, Diabetes, and Obesity-Related Health Risk Factors. 2001. *JAMA* 2003, 289: 76-79.
- Must A, Spadano J, Coakley EH et al.: The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA* 1999; 282: 1523-1529.
- Mykkänen L et al.: The relation of proinsulin and insulin to insulin sensitivity and acute response in subjects with newly diagnosed diabetes. The insulin resistance. Atherosclerosis Study. *Diabetologia* 1999; 42: 1060-1066.
- Pickup JC, Williams G, Bridge JS (eds.): Textbook of Diabetes. Oxford-London. Blackwell Science Ltd, 2002.
- Ramachandran A, Snehalatha C, Latha E, Vijay V, Viswahattan M: Rising prevalence of NIDDM in an urban population in India. *Diabetologia* 1997; 40: 232-237.
- Reaven GM, Laws A (eds.): Insulin Resistance: The Metabolic Syndrome X. NY. Humana Press. 1999.
- Resnick HE, Valsania P, Halter JB, Lin X: Relation of weight gain and weight loss on subsequent diabetes risk in overweight adults. *J Epidemiol Community Health.* 2000, 54: 596-602.
- Rössner S: Obesity: the disease of the twenty-first century. *Int J Obes* 2002; 26 Suppl 4: S2-S4.
- Seidell JC et al.: Body weight and weight change and their health implications for the elderly. *Europ J Clin Nutr* 2000; 3: 33-39.
- Serrano Rios M: Relationship between obesity and the increased risk of major complications in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Eur J Clin Invest* 1998; 28 Suppl 2: 14-17 discussion 17-18.
- Sinclair AJ: Diabetes Mellitus. In: Pathy MSJ (ed.): Principles and Practice of Geriatric Medicine, Vol. 2, Third edition, NY, John Wiley, 1998: 1321-1340
- Sinclair AJ, Finucane P (eds.): Diabetes in Old Age. second edition. NY. John Wiley & Sons, 2001.
- Sobngwi E, Mbanya JCN, Unwin NC, Kengne AP, Fezeu L, Minkoulou EM, Aspray TJ and Alberti KGMM: Physical activity and its relationship with obesity, hypertension and diabetes in urban and rural Cameroon. *Int J Obes* 2002; 26: 1009-16.
- Soucek M., Kára T. et al.: Clinical pathophysiology of hypertension. Praha, Grada Publishing (Czech), 2002.
- Soska V: Disturbances of lipid metabolism. Diagnostic and therapy. Praha, Grada Publishing (Czech), 2001.
- Stunkard JAJ, Sorensen TI, Hanis C, Teasdale TW, Chakreorty R, Schull WJ, Schulsinger F: An adoption study of human obesity. *New Engl J Med* 1986; 23: 193-198.
- Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al.: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343-1350.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837-853.
- UK Prospective Diabetes Study Group: United Kingdom prospective diabetes study (UKPDS 13): Relative efficacy of randomly allocated diet, sulphonylurea, insulin, or metformin in patients with newly diagnosed non-insulin dependent diabetes followed for three years. *Br Med J* 1995, 310: 83-88.
- Van Gaal LF and Peiffer FW: The importance of obesity in diabetes and its treatment with sibutramine. *Int J Obes* 2001; 25, Suppl. 4: S24-S28.

41. Widjaja A, Stratton IM, Horn R, Holman RR, Turner R, Brabant G: UKPDS 20: plasma leptin, obesity, and plasma insulin in type 2 diabetic subjects. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82: 654-657.
42. Williamson DG, Pamuk E, Thun M, Flanders D, Byers T, Heath C: Prospective study of intentional weight loss and mortality in never-smoking overweight US white women aged 40-64 y. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 1128-1141.
43. Wolf AM: What is the economic case for treating obesity? *Obes res.* 1998, 6 (Suppl 1): 2S-7S.
44. Yanovski JA, Yanovski SZ: Recent advances in basic obesity in basic obesity research. *JAMA* 1999; 282: 1504-1506.
45. Zimmet P, Collier G: Clinical efficacy of metformin against insulin resistance parameters: sinking the iceberg. *Drugs* 1999; 58 Suppl 1: 21-28.

CORRESPONDENCE TO:

ASS. PROF. PAVEL WEBER, M.D., PHD.
DEPARTMENT OF GERIATRICS,
NURSING AND PRACTICAL MEDICINE,
UNIVERSITY HOSPITAL
JIHLAVSKÁ 20,
625 00 BRNO.
CZECH REPUBLIC
E-MAIL: P.WEBER@FNBRNO.CZ

received/eingegangen: 19.04.2004

accepted/angenommen 15.10.2004

Originalie / Clinical investigation

Use of the Modified Early Warning Score (MEWS) in assessment of older patients

B.J. MARTIN, E. OOMMEN, B. YIP

Department of Medicine for the Elderly, Hairmyres Hospital, East Kilbride, UK

Summary

Background: The Modified Early Warning System (MEWS) is based on 5 physiological parameters; systolic blood pressure, pulse rate, respiratory rate, temperature and AVPU score (Alert; reacts to Voice; reacts to Pain; Unresponsive). MEWS has proved useful in identifying medical and surgical patients developing critical illness.

Objective: To evaluate MEWS in older patients.

Methods: MEWS parameters were recorded twice daily on 901 consecutive patients aged 65 years and over, data were analysed for the first five days following admission and compared with outcomes at 30 days.

Results: The mean age of the patients (63 %female) was 82 (SD 7.8) years. At 30 days post admission, 566 (63 %) patients had been discharged having recorded a mean maximum MEWS of 1.98 (SD 1.18) during the first five days; 238 (26 %) were still inpatients having had a mean maximum MEWS of 2.16 (SD 1.27); and 97 (11 %) patients that subsequently died recorded a mean maximum MEWS of 3.72 (SD 2.12) ($p < 0.0005$). A mean interval of 5.4 days (median 2) elapsed between recording of maximum MEWS and death. There were no significant sex differences in the three outcomes. Within the predefined ranges, respiratory rate deviations were most likely to contribute to MEWS scores and temperature deviations were least likely to contribute.

Conclusion: MEWS can help to identify older patients developing critical illness. It makes use of standard clinical observations and can easily be incorporated into routine ward practice. However, for MEWS to be more useful in older patients the physiological variables need to be refined.

Key words

Modified Early Warning Score (MEWS) – older patients – clinical outcome – mortality

Zusammenfassung

Anwendung eines modifizierten Frühwarnscores (MEWS) im Assessment für ältere Patienten:

Hintergrund: Das modifizierte Frühwarnsystem (MEWS) beruht auf fünf physiologischen Messgrößen: systolischer Blutdruck, Pulsfrequenz, Atemfrequenz, Temperatur und im AVPU-Score (steht für Alert, Voice, Pain und Unresponsive). Das modifizierte Frühwarnsystem hat sich bei der Identifizierung internistischer und chirurgischer Patienten, die eine kritische Erkrankungssituation entwickeln, als nützlich erwiesen.

Untersuchungsziel: Die Evaluierung von MEWS bei älteren Patienten.

Methoden: Die Messgrößen des Scores wurden täglich zweimal bei insgesamt 901 nacheinander folgender Patienten im Alter von 65 und darüber aufgezeichnet. Es wurden die Daten der ersten fünf Tage nach Aufnahme mit den Ergebnissen nach 30 Tagen verglichen.

Ergebnisse: Das mittlere Alter der Patienten (63 % weiblich) lag bei 82 (SD7.8) Jahren. Am 30. Tag nach der Aufnahme konnten 566 (63 %) der Patienten entlassen werden, die ein mittleres Maximum des MEWS von 1,98 (SD 1.18) während der ersten fünf Tage aufwiesen; 238 (26 %) befanden sich noch stationär und hatten ein mittleres Maximum des MEWS von 2,16 (SD 1.27); schließlich waren 97 (11 %) in der Folgezeit gestorben, die ein mittleres Maximum des MEWS von 3.72 (SD 2.12) ($p < 0,0005$) aufwiesen. Im Durchschnitt vergingen 5,4 Ta-

ge (Median 2) zwischen der Aufzeichnung des Maximums des MEWS und dem Tod. Ein Geschlechtsunterschied in den drei verschiedenen Ergebnissen fand sich nicht. Innerhalb der vorher definierten Streubreite trugen die Atemfrequenzabweichungen mit der größten Wahrscheinlichkeit zum Frühwarnscore bei, während die Temperaturabweichungen den geringsten Beitrag lieferten.

Schlussfolgerung: MEWS trägt dazu bei, ältere Patienten, die eine kritische Erkrankungssituation entwickeln, zu identifizieren. Das Frühwarnsystem basiert auf routinemäßige klinische Beobachtungen und kann leicht in den praktischen Routinebetrieb auf Station einbezogen werden. Es ist jedoch erforderlich, die physiologischen Variablen zu verfeinern, um das MEWS auch bei älteren Patienten noch sinnvoller einzusetzen.

Schlüsselworte

Modifiziertes Frühwarnscore (MEWS) – ältere Patienten – klinische Ergebnisse – Mortalität

The early warning scoring system (EWS) was devised as a tool for bedside evaluation to help junior doctors and nursing staff identify patients developing critical illness [2]. The original warning system was based on 5 physiological parameters: systolic blood pressure, pulse rate, respiratory rate, temperature and AVPU score (Alert; reacts to Voice; reacts to Pain; Unresponsive). Since its first published description in 1997, several modified versions (MEWS) have proved useful in identifying both medical and surgical patients who require increased levels of care and would potentially benefit from high dependency or intensive care [3, 4, 5]. The aim of this study was to evaluate MEWS in patients admitted to an assessment ward for older patients using the version that has been usefully applied to younger patients, mean age 63 years, in an acute medical admissions unit [4, 5].

SETTING

A 24 bed assessment ward for older patients in a 525 bedded District General Hospital serving a population of approximately 200,000.

METHODS

Blood pressure, pulse rate and respiratory rate were measured electronically (Philips Agilent M3 Monitors) and temperature was recorded using tympanic thermometers

(First Temp Genius M3000A). The MEWS score is the sum of the scores for the individual parameters reflecting relative deviations of each parameter from normality (Table 1). Nursing staff recorded these physiological parameters twice daily at 6 am and 6 pm on dedicated bedside observation sheets. Irregular pulses were measured manually. Taking account of previous studies, a MEWS of 4 or more was pre-determined as a “trigger” for medical review in this older patient group. On leaving the ward (discharge, transfer to another ward or death), each patient’s MEWS recordings were entered onto a Microsoft Access database. Patients transferred to another ward were “tracked” within the hospital for up to 30 days following the first MEWS recording to determine outcomes in terms of deaths, discharges, and “still in hospital”. The highest MEWS recorded during the first five days post admission to the elderly care assessment ward was defined as the Maximum MEWS. Cardiac arrest calls and transfers from the Assessment ward to Intensive Care (ITU) and Coronary Care (CCU) were also recorded

STATISTICS

Results are expressed as mean (SD) or as proportions for categorical variables. Between groups mean values were compared using Student’s unpaired t-test. Proportions were compared by the classical Chi-squared test. One-way ANOVA was performed to determine if there were statistically significant differences in maximum MEWS during the first five days for the three patient outcome groups at thirty days. Results were

Score	3	2	1	0	1	2	3
Systolic BP	< 71	71 – 80	81 – 100	101 – 199		> 199	
Heart rate		< 41	41 – 50	51 – 100	101 – 110	111 – 129	> 129
Respiratory rate		< 9		9 – 14	15 – 20	21 – 29	> 29
Temperature		< 35		35 – 38.5		> 38.5	
AVPU				Alert	Reacts to Voice	Reacts to Pain	Unresponsive

Table 1: MEWS.

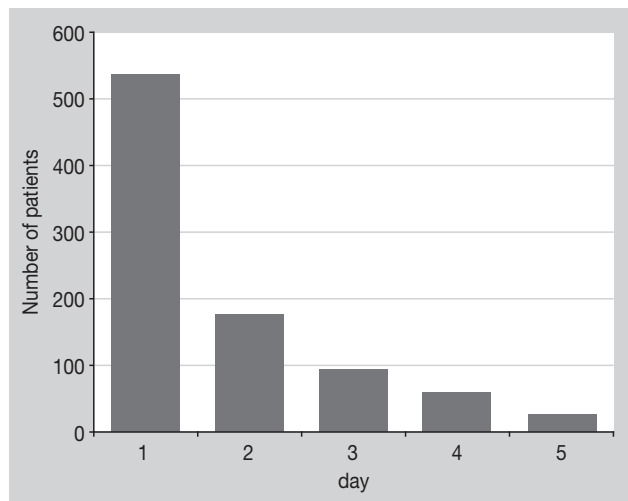


Fig. 1: Day of Maximum Mews.

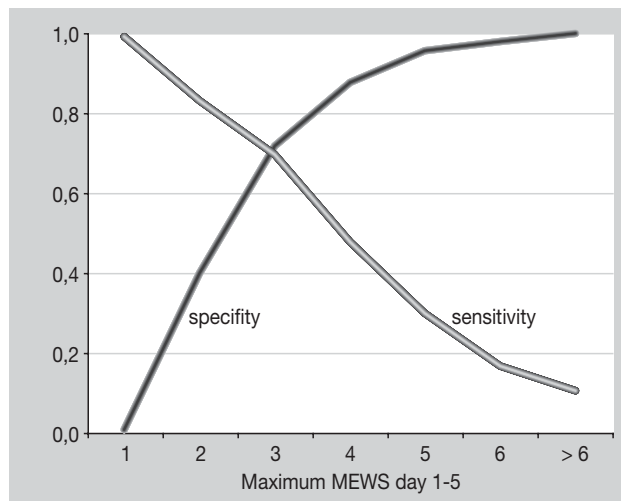


Fig. 2: MEWS as a predictor of death.

considered to be significant at the 5 % critical level ($p < 0.05$)

RESULTS

MEWS data for the first five days following admission and outcomes at thirty days were analysed on 901 consecutive patients aged 65 years and over. There were 566 (63 %) females with a mean age of 82 (SD 7.8) years: male patients had a mean age of 80 (SD 7.8) years. The mean MEWS on admission was 1.46 (SD 1.13) (median 1). One hundred and thirty-eight patients (15.3 %) recorded a maximum MEWS of 4 or more (trigger score for medical review) on at least one occasion during the first five days following admission to the assessment ward. The mean maximum MEWS (day 1–5) was 2.2 (SD 1.44) (median 2, range 0–10). MEWS recordings tended to be highest on day 1 and fall thereafter (Figure 1).

At 30 days post admission a total of 566 (63 %) patients had been discharged from hospital having recorded a mean maximum MEWS of 1.98 (SD 1.18) within the first 5 days of admission. The 238 (26 %) who were still inpatients had recorded a mean maximum MEWS of 2.16 (SD 1.27) and 97 (11 %) who died had recorded a significantly higher mean maximum MEWS of 3.72 (SD 2.12) ($p < 0.0005$). Patients recording a MEWS (day 1–5) of 3 or more had a significantly increased risk of dying within 30 days ($p < 0.001$). Patients that died had a mean age of 83.4 (SD 7.9) years compared to survivors whose mean age was 80.7 (SD 7.8) years ($p < 0.001$). There were no significant differences between the sexes in the three out-

comes measured. The mean interval between maximum MEWS (day 1–5) and death was 5.4 days (median 2). As maximum MEWS (day 1–5) increased, it became a more specific but less sensitive predictor of death as an outcome at 30 days (Figure 2).

There were three cardiac arrest calls during the first 5 days post admission in the 901 patients; all 3 patients died within 30 days of admission. No patient was transferred from the assessment ward to ITU or CCU.

Within the predefined ranges, respiratory rate was the parameter most likely to contribute to an abnormal MEWS score and temperature deviation was least likely to contribute. In 67 % of patients, a MEWS of 1 was due to a deviation in respiratory rate, usually an increased respiratory rate. The distribution of individual parameter scores contributing to maximum MEWS in 901 patients is shown in Table 2.

DISCUSSION

In summarizing abnormal findings, MEWS provides a practical method of using routinely collected physiological measurements to alert nurses and doctors to those patients who require further medical assessment. As junior doctors hours fall across Europe, the continuity of clinical care on

Band	Systolic blood pressure	Heart rate	Respiratory rate	Temperature	AVPU
0	650 (72%)	697 (77%)	41 (4.5%)	874 (97%)	845 (94%)
1	141 (16%)	110 (12%)	600 (67%)		37 (4%)
2	85 (9%)	75 (8%)	226 (25%)	27 (3%)	5 (0.5%)
3	25 (3%)	19 (2%)	34 (3.5%)		14 (1.5%)

Table 2: The distribution of individual parameter scores contributing to maximum MEWS

general wards is likely to become more fragmented [1, 6]. In this context, despite its apparent simplicity, MEWS provides the basis of an inexpensive means of targeting care at appropriate patients. In our experience, MEWS was easily assimilated into routine recording practice by ward nursing staff, and junior medical staff quickly accepted the concept of a "trigger" MEWS as a good justification for medical review.

This study was not designed to assess whether interventions "triggered" by MEWS made a difference to outcome but more patients may have died, received less timeous and appropriate treatment and/or remained in hospital longer if MEWS had not been in use. Ninety-three patients (66 %) recorded a trigger MEWS of 4 or more within the first five days and survived to thirty days; some may have fared less well without the medical review triggered by MEWS. The mean interval of 5.4 (median 2) days between maximum MEWS (day 1–5) and death suggests that there was time for appropriate intervention whether that was active remedial treatment or palliation.

Clearly more work would be required to improve the sensitivity of the individual physiological parameter ranges in older patients and to determine how they might be weighted to give a more useful overall "trigger" combination score. The addition of other measurements such as urine volumes could improve sensitivity but would risk making measurements and recordings more complicated. Future studies should examine other clinical outcomes in more detail and the effects of interventions triggered by MEWS should also be evaluated.

CONCLUSION

In our experience MEWS is a simple scoring tool that can help to identify older patients at risk of significant clin-

ical deterioration. It makes use of standard clinical observations and can easily be incorporated into routine ward practice. However, for MEWS to become more useful in older patients the values of the physiological variables need to be refined.

References

1. McDonald R. NHS is not ready for a 48 hour working week. *Br Med J* 2002; 324: 1235
2. Morgan RJM, Williams F, Wright MM. An Early Warning Scoring System for detecting developing critical illness. *Clinical Intensive Care* 1997; 8: 100.
3. Stenhouse C, Coates S, Tivey M, Allsop P, Parker T. Prospective evaluation of a Modified Early Warning Score to aid earlier detection of patients developing critical illness on a general surgical ward. *British Journal of Anaesthesia* 2000; 84: 663.
4. Subbe CP, Davies RG, Williams E, Rutherford P, Gemmell L. Effect of introducing the Modified Early Warning Score on clinical outcomes, cardiopulmonary arrests and intensive care utilisation in acute medical admissions. *Anaesthesia* 2003; 58: 797-802
5. Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmell L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *Quarterly Journal of Medicine* 2001; 94:521-526.
6. Weber W. European Court rules on doctors working hours. *Lancet* 2002; 356: 1337

CORRESPONDANCE TO:

DR. BRENDAN J. MARTIN,
DEPARTMENT OF MEDICINE FOR THE ELDERLY,
HAIRMYRES HOSPITAL,
EAST KILBRIDE G75 8RG,
SCOTLAND,
UK
E-MAIL: BRENDAN.MARTIN@LANARKSHIRE.SCOT.NHS.UK

received/eingegangen: 13.09.2004

accepted/angenommen 15.12.2004

Paul Flora „Größtes Pöppel“, Linienradierung auf der Handpresse gedruckt von Kurt Zain, 2003



8. WIENER INTERNATIONALER
45. ÖSTERREICHISCHER
GERIATRIEKONGRESS
50 JAHRE ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR GERIATRIE UND GERONTOLOGIE

PRÄSIDIUM
Prim. Dr. Katharina Pils
Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer

KONGRESSBÜRO
Ludwig-Boltzmann-Institut für Interdisziplinäre
Rehabilitation in der Geriatrie
Ilse Howanietz
Apollogasse 19, A-1070 Wien
Tel.: +43/1/52 103-5770
Fax: +43/1/52 103-5779
E-Mail: ilse.howanietz@wienkav.at

FRAILTY
20.–23. APRIL 2005
KURSALON HÜBNER WIEN

Mobilität und Verkehrssicherheit | Ethische Aspekte | Würde, Motivation, Kommunikation | Hypertonie und Diabetes-Risikomanagement im Alter | Perioperatives Management | Osteoporose, Gehstörungen, Stürze | Frailty | Ulcus cruris – Wundtherapiekonzepte | Am Anfang steht die Kommunikation | Häusliche Pflege geriatrischer Patienten | Schmerztherapie | Wohnen, neue Betreuungsstrukturen | Die integrierte Versorgung | Arzneimittel | M. Parkinson | Harninkontinenz | Malnutrition | Thromboembolie-Risiko und Thromboseprophylaxe | Rheumatologie | Management des geriatrischen Notfallpatienten | Wechselwirkungspotenzial von Psychopharmaka | Demenzkrankheiten | Entscheidungsfindung am Lebensende | Gesundheitsförderung, Sturzprävention



Abstracts

INHALT – ABSTRACTS

Abstracts alphabetisch nach Referenten aufgeführt

ABDULRAHMAN

Demenz darf sein 28

AELLIG/LEDERMANN/ILLENSEER

Kommunikation in der palliativen Medizin 28

ANDERS/VON RENTELN-KRUSE/MEIER-BAUMGARTNER/
SWIFT/GILLMANN/STUCK

Medikation im Alter: Erste Ergebnisse einer Untersuchung bei selbständig lebenden älteren Menschen in Deutschland, Großbritannien und der Schweiz 28

ATTEMS/KÖNIG/BÖHMER/LINTNER/JELLINGER/KURT

Cause of death and comorbidity in demented and non-demented geriatric patients 29

BAUBIN

Notfallmedizin beim Geriatrischen Patienten 29

BAYER

Telling older disabled people and their carers what they want to know – Results from the Infopark project 29

BLOZIK/LUBBEN/GILLMANN/WAGNER/EGGER/BECK/STUCK

Social integration and its sub-concepts among older adults in Solothurn/Switzerland 29

BREITENBACH/LAUN/HEEREN/JAROLIM/RINNERHALER/
PALLE/PERJU/MADEO/WISSING/BURHANS

The role of mitochondria in yeast aging and apoptosis 30

BROSCH

Einwilligung, Einwilligungsfähigkeit und mutmaßlicher Patientenwille: Theorie und Praxis 30

CHAPPUIS

Fünf Minuten pro Patient – kann man da überhaupt adäquat kommunizieren? 30

DAPP/ANDERS

Geriatrische Zentren als Multiplikatoren für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter durch Fortbildung von Hausärzten, Praxispersonal und geriatrischen Teams zu Gesundheitsberater-Experten ... 30

DVORAK

Harninkontinenz – Rehabilitationsmöglichkeiten in der Geriatrie 31

EBENBICHLER

Bewegungssicherheit, Physiologie und Pathophysiologie der Sensomotorik 31

EISELE

Trauma, Bewegungsumfang als zentrale Bedingung für das individuelle Thrombose-Risiko 31

ERHART/SCHINAGL/ERHART

Im Alter mobil sein und dabei sein. Ein Auftrag an alle Generationen. Dargestellt anhand des primärpräventiven geragogischen Generationenprojekts „Ein Schritt ins Alter“ 32

FASCHING

Specific guidelines for old patients with diabetes and hypertension 32

FASTENBAUER

Konzepte und Überlegungen zur Betreuung sterbender dementer Patienten unter Einbeziehung der Angehörigen (als Alternative zur Sterbehilfe) 33

FISCHER

Das postoperative Delir 33

FREIBERGER

Ein multi-faktorielles Interventionsprogramm zur Reduzierung von Stürzen im Alter 33

GATTERER

Computerunterstütztes kognitives Training im Alter 34

GEORGE

Angehörigen-Assessment (MIA) 34

GÖRTZ/ALEMANY

Der Blick in die Gefäße – oder gibt es eine chirurgische Option bei der Therapie der tiefen Beinvenenthrombose? 35

GOSCH

Evaluieren – Stabilisieren – Evaluieren – Transferieren ... 35

GOSCH

A systematic screening for malnutrition in hospitalized elderly patients 36

INHALT – ABSTRACTS

GRILL Ergotherapie und Validation bei an Demenz erkrankten Personen – Praktische Anwendung in einem geriatrischen Tageszentrum 36	KANZIAN/MERZEDER Senior-Care-Technologien für Österreich 40
GRÖSCHEL Beratung und Schulung pflegender Angehöriger 36	KERSCHAN-SCHINDL Auswirkungen von körperlichem Training auf Bewegungssicherheit und Verletzungsrisiko 40
GRUBER Brückenteam als Anker im gebrechlichen System? Psychosoziale Betreuung von Sterbenden und deren Angehörigen..... 37	KING Lebensräume für Jung und Alt – eine neue Wohn- und Lebensform mit präventivem Ansatz! 40
GUTSCHMIDT Auswirkung der demographischen Entwicklung auf die Arzneimittelnachfrage 37	KITTL Humor in Palliative Care – Spannungsfeld oder Lebensqualität 41
HAGER Physiologie und Pathophysiologie des Gerinnungssystems im Alter..... 37	KLIE, THOMAS Die Würde als Leitprinzip der Geriatrie 41
HALLWIRTH-SPÖRK Mäeutik – Der verletzliche Mensch im Mittelpunkt..... 37	KLIE Die Integrierte Versorgung oder was kommt nach den DRGs 41
HEIDINGER/SOMMER Individuelle Voraussetzungen verkehrssicheren Verhaltens im Alter..... 38	KLUG Geht Geronto-Psychiatrie Moderne Wege? GGPM – Grazer Geronto-Psychiatrisches Modell. Struktur und Konzept für ein Geronto-psychiatrisches Home Treatment 42
HEPPNER Medizinische Versorgung und Management an einer geriatrischen Intensivstation am Beispiel ausgewählter Fälle..... 38	KOLB „Frailty“ des Knochenmarks..... 42
HUBBARD/MAHONY/WOODHOUSE Characterising the frailty phenotype 38	KOLB/BODAMER/GALSTER/GRAMBACH/SEIDLMEYER/SPANNAGEL/BROM/WEIDINGER Ist eine individualisierte Risikostratifikation möglich – wer benötigt Heparin, wie lange? 43
HÜRNY/RUSSENBERGER Was macht alte Patienten zu schwierigen alten Patienten? 39	KOLLAR Stationäre Hausgemeinschaften „Neue Wohnformen für ältere Menschen“ 44
JENULL-SCHIEFER Bedürfnisorientierte Aktivierung im Pflegeheim – eine quantitativ-qualitative Studie 39	KRENN Die Würde des alten Menschen 44
KAISER/KRAUS Die Mobilität Älterer als Problem von Sozialverhalten und Lebenswelt 39	KRESSIG Lied ohne Worte – averbale Kommunikation mit Demenzen 44
	LAGGNER/PRIGLINGER Der geriatrische Patient aus der Sicht des Intensivmediziners 45

INHALT – ABSTRACTS

LEPPERDINGER		ODER	
Aging and stem cells	45	Führerschein und Erkrankungen des Nervensystems im fortgeschrittenen Lebensalter	49
LESKY		PETROVIC/SPATHARAKIS/CONROY/VAN MAELE/MOULIAS	
Der ältere Kraftfahrer aus psychologischer Sicht	45	Prevalence of hypnotic drug use in geriatric inpatients – A multicentre European study	50
LÜTTJE		PIENTKA	
Abbildbarkeit von „Frailty“ im deutschen Abrechnungssystem g-DRG	45	Evidence Based Medicine und „Frailty“	50
MAIER/WESTENDORP/VAN HEEMST		REINISCH	
Frailty on cellular level	46	Der Einsatz von Pflegediagnosen in der häuslichen Pflege	50
MAIR/GAERTNER/HALDER		REINPRECHT	
Sturzprophylaxe im Altersheim mit einem Trainingsparcour	46	Soziale und ökologische Determinanten von „Frailty“	50
MEYER		RESCH	
In wie weit können ambulante Betreuungsstrukturen die stationäre Langzeitpflege ersetzen?	46	Medikamentöse Therapie der Osteoporose bei älteren Menschen	51
MRAK/RAKOVAC/GHARIBEH/SUTTER/MAUSER/YÖRÜK/ SCHEIN/WINKLER/GABERC/SADILEK/MORITZ/JORDIS/ PIEBER/GFRERER/BAUER		RIZK/HASSAN/SHAFIULLAH/CHANDRANATH/AL-KEDRAH/ RAMADAN/AL-MARZOUQI/FAHIM	
Gefahren der Unterversorgung älterer multimorbider Patienten am Beispiel Hypertonie und Möglichkeiten der Intervention durch Dokumentationssysteme	47	Estrogen and Ghrelin Decrease Pelvic Floor Muscle P27kip1 and Increase Peri-Urethral and Perianal Vessel Number in Rats	51
MÜLLER		RUCKENBAUER	
Kommunikation zwischen David und Goliath – Die Entwicklung der Geriatrie im Schatten der Akutmedizin am Beispiel eines kleinen Schweizer Kantons	47	Ethik der Mutmaßungen Entscheidungsfindung beim eingeschränkt einwilligungsfähigen Patienten	52
MÜLLER-FINGER		SATTLER/GERBER	
Betreuung von Menschen mit dementiellen Erkrankungen mit ausgeprägtem Bewegungsdrang	48	Verkehrsteilnahme mit Rollator – „Kann ich mir das zutrauen?“	52
NEUMARK		SCHERNTHANER	
Anästhesie beim älteren Menschen	48	Risk factor diabetes in elderly	52
NEYENS/DIJCKS/VAN HAASTREGT/VAN DEN HEUVEL/ DE WITTE/SCHOLS		SCHMIDL/FASCHING	
Evaluation of a multifactorial intervention for the prevention of falls and fall-related injuries in psychogeriatric nursing home patients in The Netherlands	48	Lebensqualität bei pflegebedürftigen PatientInnen in der geriatrischen Langzeitbetreuung: Verlauf und beeinflussende Faktoren	53
NUSSBAUMER		SCHOBER	
Unfallgefährdung älterer Fußgänger	49	Auf den ersten Blick sind alle zufrieden! Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit als Mittel zur Qualitätssicherung?	53

INHALT – ABSTRACTS

SCHOLS	TRAGL
Nursing home care and nursing home medicine – the Dutch experience. 53	Die Beurteilung des Operationsrisikos bei älteren Patienten 57
SCHÖN	TRUTTMANN/BUCHER
Wie halte ich meine Blase gesund 54	Elektronische Kommunikation, Internet und Resilienz: Das Projekt Internet-Corner an der Klinik für Akutgeriatrie des Stadtspitals Waid in Zürich 58
SCHRENK	ULLMANN/SCHMIDT/SCHULZ/MEISNER-PÖTHIG
Das Lebensrisiko Sturz aus der Sicht des Pflegesachverständigen 54	Vitalität und Altern – Gibt es eine Anti-Aging-Medizin speziell für Frauen? 58
SCHULZ/ULLMANN/MARKOFF	VAN DER CAMMEN
Neue differenzialdiagnostische Verfahren in der Demenzdiagnostik 55	The interface of frailty: where medical disciplines meet ... – the Dutch experience 59
SCHULZ/MÜLLER	WAGNER/GILLMANN/BLOZIK/DAPP/HARARI/EGGER/STUCK
Therapie der Osteoporose im Alter: Renaissance der Fluoride 55	Risk screening in the elderly. First validation of the Pra' score in a European setting. 59
SILBERBAUER	WALTER/ANDITSCH/FASCHING/PSOTA/RAINER
Risikofaktor Hypertonie im Alter 55	Wechselwirkungspotential von Psychopharmaka in der Praxis 59
STÄHL/BERNTMAN	WEBER
Traffic safety and mobility – How to use empirical data for design of the traffic environment 56	Primäre Behinderung: „Frailty“ und Vulnerabilität bei älteren Menschen mit intellektueller Behinderung 60
STAUDER/SCHWEIBNER/LANGE/ROCCO/SPIZZO	WILD
Die Altersanämie: Literaturübersicht und Entwicklung eines diagnostischen und therapeutischen Algorithmus 56	Qualitätssicherung und Qualitätsmerkmale häuslicher Pflege 60
STIPPLER/KOTZIAN/KOTTHOFF	ZAKOWSKA
AlterStark. Auswirkungen eines standardisierten medizinischen Trainingsprogramms bei Senioren auf biopsychosoziale Faktoren 57	Infrastructural changes that increase the quality of life and safety of senior road users 60
TADD	ZANGERL/HALDER
Dignity for the frailest old: What ethics and justice demand 57	Augentropfenselbstapplikation bei älteren und alten Menschen – Praktische Konsequenzen aus statistischen Daten 61
THÜR	
Pflege verbessern – der nächste Schritt voran – Interaktion in der Demenzpflege 57	
TITTLBACH/HENKEN/LAUTERSACK/BÖS	
Auswirkungen eines psychomotorischen Trainingsprogramms mit Bewohnern eines Altenpflegeheims 57	

INHALT – POSTER

Poster alphabetisch nach Referenten aufgeführt

ALEKSIC
The effects of regular physical activity on postmenopausal woman 62

BAROVIC/TURK/FISCHER
Doppelblindstudie an älteren Gonarthrospatienten mit schwachen Magnetfeldern (QRS-System) 62

BERZLANOVICH/KEIL/VEITL/FASCHING/FAZENY-DÖRNER
Kardiovaskuläre Todesursachen bei Typ-2-Diabetikern (≥ 85 Jahre) 62

BÖHMDORFER/SCHROLLER/MUSTER/FRÜHWALD/SOMMEREGER
Medikamenten-assoziierte Hyponatriämie bei sehr alten Patienten 63

BÖHMDORFER/MUSTER, /FRÜHWALD/SOMMEREGER
Wechselwirkungen von Medikamenten: der „Kampf“ um den Rezeptor 63

EQUILUZ-BRUCK/ALBRECHT/RADL/FASCHING/BERNECKER
Multiresistente Keime in einer geriatrischen Einrichtung – Epidemiologische Daten der Infektionserfassung von MRSA 63

FUCHSHUBER/FUCHS/KÜHNE-PONESCH/MITTMANNSTRUBER/PRUCKNER/SCHIERL/HALMERBAUER
Erstellung eines Instruments zur Bewertung von Einrichtungen zur Altenbetreuung 64

GOSCH
Ist eine Abteilung für Akut-Geriatrie in Österreich finanzierbar? 64

GUMPINGER
„Gesund 2020“ – Gesundes und nachhaltiges Bauen im (denkmalgeschützten) Bestand 65

GUMPINGER
Seniorenwohnen „Light“ 65

Haid/BONATTI/KOFLER/SALTUARI
Normwerte von 352 Hirngesunden für ein einfaches Verfahren zur klinischen Erfassung der graphomotorischen Geschwindigkeit und zeitbezogenen Wiederholgenauigkeit: Haid-Bonatti 1-20 Test 66

Haid/BONATTI/KATHREIN/KOFLER/SALTUARI
Zur Beziehung automatisierter und kontrollierter feinmotorischer Bewegungen Hirngesunder am Beispiel verschiedener handschriftlicher Proben und eines Visuomotoriktests 66

Haid/BONATTI/KATHREIN/KOFLER/SALTUARI
Normwerte von 291 Hirngesunden für einen Linienhalbierungstest: Haid-Bonatti-Halbe 66

Haid/BONATTI/KATHREIN/KOFLER/SALTUARI
Normwerte von 228 Hirngesunden ab 50 für eine besser standardisierte Version des 9 Hole Peg Test: „9 Hole Peg Test 50+“ 67

Haid/BONATTI/KOFLER/SALTUARI
Zur Frage der Vergleichbarkeit des Schreibens von Ziffern und Schreib- und Blockschriftbuchstaben zur Erfassung feinmotorisch-automatisierter Bewegungen 67

HASKE/HEDWIG
Psychiatrische Ersterkrankungen im höheren Erwachsenenalter – Eine Studie über die psychosozialen Hintergründe von Ersterkrankungen bei Frauen im Alter 67

JAGSCH/PILS
Patient-reported Outcomes – ja, aber welche? 68

JANIG/PIPAM/PENZ/LIKAR
Gesundheitszustand und Lebensqualität im höheren Lebensalter 68

KALTEIS/STANDHARDT/KRYSPIN-EXNER/ALESCH
Auswirkungen der tiefen Hirnstimulation auf Befindlichkeit und Lebensqualität bei Patienten mit Morbus Parkinson 68

KLUG
Multiprofessionelles interdisziplinäres Entlassungsmanagement in der Geriatrischen Neuro-Rehabilitation 69

KOSTMANN
Gesundheitsförderung in der Altenpflege: Qualitätsmanagement und Überprüfung der Nachhaltigkeit am Beispiel „Schnittstellenmanagement“ 69

INHALT – POSTER

KOUNTOURIS/KOUTSOBELIS The diagnostic value of sleep electroencephalography (EEG) in mild cognitive impairment (MCI) 69	STEINBACH/KLIMES/LEINER/RESCH/SONNLEITNER/WEISZ Auf dem Weg zu „Evidence Based Nursing“ bei der Betreuung von WachkomapatientInnen 71
PEICHL/TUMA/MOSER/QUITTAN/ENDLER Prozessorientierte interdisziplinäre Betreuung im Geriatriezentrum Favoriten 70	STERBA Demenz aus internistischer Sicht – Internistische Memory-Clinic-Begutachtung im Geriatriezentrum am Wienerwald 71
RAFFEINER/KEMMLER/KURZTHALER/HALDER „Ich komm’ nicht dran!“ Eine wenig bedachte Ursache gestörter Compliance bei Osteoporosetherapeutika im höheren Lebensalter 70	VERDES/HALDER Ein 30-Sekunden-Test zur Abschätzung der Fähigkeit geriatrischer Patienten zur selbständigen Medikamentenvorbereitung 72
SCHOENENBERGER/STUCKI/PERRIG/ERNE/BÜRGI/STUCK Ordnung und Unordnung im Blutdruckverhalten sind nicht altersabhängig 70	WEISSBACHER/SCHLÖGL/HALDER „Sturzvermeidung in den eigenen vier Wänden“ – Ein neues Angebot in Tirol 72
SCHULZ/GULBIN/GULBIN/IVKOVIC/BENDZKO Neue Möglichkeiten bei der Behandlung der Psoriasis vulgaris mittels neuartiger Antioxidanzien 71	WIEDNER/BACH/LUDWIG/GISINGER Warum Herrn M. die Zeitung wichtiger ist als seine Zahnbürste 72
SPATHARAKIS/ALOKRIOS/RIZOU/APOSTOLOPOULOU/THEODOROPOULOS Functional abilities of rural community-dwelling elderly in Greece 71	ZAK Results of the Get up & go test versus potential risk of incidental falls in the frail elderly – a randomised study 73

ABSTRACTS

ABDULRAHMAN R.
WIEN, ÖSTERREICH

Demenz darf sein

Das 4-Pfeilerkonzept wurde im GZW kreiert, um für Menschen mit Demenzerkrankung das Maximum an Freiheit, Sicherheit und Lebensqualität zu erreichen.

I. Grundphilosophie der Betreuungspersonen

- „Der Mensch zuerst – bei Demenz erst recht!“
- wertschätzende Einstellung der Betreuer gegenüber Demenzerkrankten

II. Medizinische/Pflegerische Betreuung

- Spezielle Schulungen, Memory-Clinic, Bezugspflege

III. Gestaltung der Umgebung

- Erdgeschossstation und ein angeschlossener Garten mit Rundwegen
 - Die Trennung von Aktivitäts- und Ruhezone, Patientenküche
 - Räumlich-optische und zeitlich-akustische Orientierungshilfen
- IV. Psychosoziale Maßnahmen
- Aktivitäten Programm und Standards, Biografie, Angehörigenbetreuung

Das Konzept zeigte nach Evaluation und erzielten Preisen (Golden Helix, Steigerung der Patientenorientierung), dass eine PR-Arbeit zur Enttabuisierung der Demenz ein unabdingbarer Eckpunkt einer zeitgemäßen umfassenden Demenzbetreuung sein muss.

Maßnahmen:

- Aufklärungsarbeit an Betreuer/Angehörige
- Aktive Vermittlung von konzeptuellen Inhalten
- Plädoyer für Menschen mit Demenz in Form eines Kurzfilms

Durchführung und Evaluation: Mittels Fragebögen wurden die Teilnehmer (KrankenpflegeschülerInnen) zwei Mal vor und nach Durchführung der Maßnahmen gebeten, demenzerkrankte Personen anhand von zehn Eigenschaftspaaren zu beschreiben.

Erkenntnisse: Aufgrund des in den kommenden Jahren stetig zunehmenden Betreuungsbedarfs Demenzerkrankter erscheint neben anderen Maßnahmen vor allem das Vorhandensein motivierter Pflegepersonen vorrangig. Durch die an der Projektstation durchgeführten Maßnahmen konnten wir bei PflegeschülerInnen eine merkbare Veränderung der Wahrnehmung Demenzerkrankter in positiver Richtung erzielen. Daher erscheint eine Weiterführung ähnlicher Maßnahmen zielführend und dringlicher denn je!

AELLIG M., LEDERMANN H.J., ILLENSEER M.
BASEL, SCHWEIZ

Kommunikation in der palliativen Medizin

Sowohl das Sterbealter wie auch der Anteil Betagter, welche nicht in ihrem Zuhause sondern in Institutionen der Betagtenbetreuung sterben, nimmt laufend zu. Sterbebegleitung oder Palliativmedizin zu leisten ist deshalb eine Aufgabe von wachsender Bedeutung in der Geriatrie. Basis einer kompetenten palliativen Altersmedizin ist eine differenzierte Kommunikation, die auf verschiedensten Ebenen und mit wechselnden Akteuren/Partnern stattfindet. Pflegenden, Ärzten, Therapeuten und Seelsorgern als wichtige Kommunikationspartner für Patienten und Angehörige kön-

nen auf verschiedene Weise Einfluss nehmen. Es ist die Aufgabe eines Geriatriespitals den Beteiligten Einflussmöglichkeiten aufzuzeigen, Interaktionen zu strukturieren und zu dokumentieren. Wir haben dies anhand eines „Organigramms“ und anhand eines Formulars mit „Vereinbarungen zur palliativen Therapie“ versucht. Gleichzeitig erfassen die Pflegenden und Ärzte parallel die Symptome anhand eines standardisierten Schemas und besprechen auf dieser Basis die palliative Therapie.

Die soziale Komponente der Sterbebegleitung wird hauptsächlich von den Angehörigen geleistet. Viele Patienten sterben aber ohne Angehörige, weil die traditionelle Familienstruktur seltener wird und die Zahl der festen sozialen Beziehungen abnimmt: die soziale Seite der Sterbebegleitung muss neu überdacht werden. Darum wollen wir die Gesellschaft, als „Angehörige im weiteren Sinn“, zur Sterbebegleitung einladen.

Zurzeit wird in unserem Geriatriespital ein Team von Sterbebegleiterinnen und Begleitern aufgebaut. Um die Voraussetzung für eine optimale Betreuung der Patienten zu ermöglichen und eine Konstanz im Team zu ermöglichen, haben wir dazu klare Strukturen geschaffen: Die Begleiter/-innen werden auf verschiedenen Ebenen betreut und integriert (Fortbildungen, Supervision, gesellschaftliche Anlässe). Wir berichten über erste Erfahrungen.

ANDERS¹ J., VON RENTELN-KRUSE¹ W., MEIER-BAUMGARTNER¹ H. P., SWIFT³ C., GILLMANN² G., STUCK² A. E.
¹ HAMBURG, DEUSCHLAND, ² BERN, SCHWEIZ,
³ LONDON, GREAT BRITAIN

Medikation im Alter: Erste Ergebnisse einer Untersuchung bei selbständig lebenden älteren Menschen in Deutschland, Großbritannien und der Schweiz

Problemstellung: Multimorbidität im Alter geht häufig einher mit Mehrfachverordnungen von Medikamenten. Multimedikation, die Verordnung von 5 oder mehr Medikamenten gleichzeitig, ist der wichtigste Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkungen sowie ein bedeutender Risikofaktor für Stürze und Verwirrheitszustände alter Patienten. Die Ursachen und Bedingungen, die zu Multimedikation führen, sind nur z.T. bekannt. Deshalb lag es nahe, eine größere Gruppe älterer Personen in ambulanter Behandlung diesbezüglich zu untersuchen.

Untersuchungsmethode: Anhand der Daten zur Medikation älterer Personen in ambulanter hausärztlicher Behandlung aus drei Ländern (England, Deutschland, Schweiz) der EU-Studie PRO-AGE („Disability prevention in the older population“, 5th European Framework, QLK6-CT-1999-02205) wird die Suche nach mit Multimedikation assoziierten Faktoren dargestellt. Grundlage sind Angaben von 7 707 Personen zur Einnahme verordneter und frei verkäuflicher Medikamente sowie zu chronischen Erkrankungen, Gesundheitszustand, Schmerz, Stimmung, Funktionalität und anderen Parametern aus einem standardisierten Selbstaussfüller-Fragebogen (Health-Risk-Appraisal for the Elderly).

Diskussion: Die deutschen Teilnehmer/Innen nehmen nach eigenen Angaben mehr Medikamente ein als Teilnehmer/Innen der

EU-Studie in England oder der Schweiz. Gleichzeitig schätzen sie selbst ihren Gesundheitszustand häufiger als mäßig oder schlecht ein und klagen vermehrt über chronische Schmerzen.

ATTEMS J., KÖNIG C., BÖHMER F.,
LINTNER F., JELLINGER K. A.
VIENNA, AUSTRIA

Cause of death and comorbidity in demented and non-demented geriatric patients.

Background: Few studies have evaluated the immediate cause of death (COD) and comorbidity reflected by major diseases (MajD) in elderly demented and non-demented patients. The majority were based on death certificate information alone, which has been shown to be highly inaccurate in the geriatric population.

Material and Methods: The study included 308 inpatients (41.9 % male, 58.1 % female) over age 60 years (mean 83.45, SD 8.59). Complete autopsy and neuropathological examination were performed. COD was classified into seven, MajD into 11 groups, and their number per patient was calculated.

Results: The most common CODs were pneumonia (PN; n = 117, 38 %) and cardiovascular disease (CVD; n = 116, 37.7 %). 176 patients (57.1 %) had dementia: 135 (76.7 %) Alzheimer disease (AD), eight (4.5 %) vascular dementia (VaD), seven (4.0 %) mixed dementia (AD + VaD), and 26 (14.8 %) other dementias. COD significantly differed between demented and non-demented patients: PN (45.5 %) was the most common COD in AD patients and CVD (46.2 %) in non-demented ones, followed by CVD (31.3 %) and PN (28.0 %) respectively. In patients with other dementias, CVD was the most common COD. Mean number of MajD was significantly higher in demented (3.5) than in non-demented patients (3.06, $P < .001$) and significantly increased with progressing AD pathology.

Conclusions: Whereas there were significant differences in COD between AD patients and non-demented ones (PN vs CVD), no differences were seen between non-demented patients and patients with other dementias. The mean number of MajD was significantly higher in demented patients, its increase with progressing AD pathology warrants further studies on comorbidity in AD.

BAUBIN M.
INNSBRUCK, ÖSTERREICH

Notfallmedizin beim Geriatrischen Patienten

Ältere Patienten stellen auch im präklinischen Notarztdienst eine deutlich wachsende Personen und Patientengruppe dar.

In dem Vortrag sollen die spezifischen medizinischen und epidemiologischen Fragestellungen und Entscheidungsdilemmata dargestellt werden, mit denen der Notarzt bei älteren, geriatrischen Patienten konfrontiert sein kann.

Aus den Datenbanken eines großen bodengebundenen Notarztsystem und aus mehreren Luftrettungssystemen in Österreich sollen die Patienten nach Alter, Geschlecht, Diagnosegruppen, Wohn- und Pflegesituation, Häufigkeit der Alarmierungen, Diagnose- und Therapiemaßnahmen analysiert werden.

Die ethische und/oder organisatorische Entscheidungsproblematik des Notarztes wird angesprochen.

BAYER A.
CARDIFF, U.K.

Telling Older Disabled People and their Carers what they want to know – Results from the Infopark Project

Background: “InfoPark” is an EC-funded research project about information needs of older disabled people with Parkinson’s disease (PD) and their carers. It aims to narrow the gap between users’ and professionals’ perceptions of good practice.

Methods: Interviews with 229 older people with PD and 224 family carers and 58 focus group discussions with 291 care professionals were undertaken in seven European countries. Qualitative content analysis was performed on basis of key themes. Using the results as a starting point, new information materials were developed.

Results: Most patients and carers felt that information given had been inadequate, leaving them without clear understanding of symptoms, reasons for the condition, prognosis, management options or available services. Over-emphasis on drug management often meant other useful information was given insufficient attention. Clinicians should use simpler, less technical language and provide more written information, with recommendations for further reading and details of local services. Poor communication between professionals, lack of specialist knowledge and lack of time and resources are seen as the major barriers to effective information-giving.

Conclusions: All patients should be regularly offered timely, impartial, evidence-based, individualised information in face-to-face consultations. This should be backed up by brief, relevant, written material and suggestions where further good quality information might be obtained. Well-informed patients will then be empowered to contribute to decision making as full members of the multidisciplinary team.

BLOZIK¹ E., LUBBEN² J., GILLMANN¹ G., WAGNER¹ J. T.,
EGGER¹ M., BECK³ J. C., STUCK¹ A. E.
¹ BERN, SWITZERLAND, ² MASSACHUSETTS, USA,
³ LOS ANGELES, USA

Social integration and its sub-concepts among older adults in Solothurn/Switzerland

Introduction: We examined the association of different aspects of social integration with socio-economic and health characteristics, and whether these characteristics are correlated taking different socio-economic and health-related situations into account.

Methods: Data is taken from the multinational PRO-AGE trial examining risk factors for functional decline in older community-dwelling persons. The key instrument was the Health Risk Appraisal for Older People (HRA-O), a self-administered questionnaire including socio-economic, social and health-related information. Lubben Social Network Scale (LSNS-6), a screener for social isolation consisting of family sub-scale and friend subscale, Emotional Support Scale, and participation in group activities were analysed in crude and adjusted regression models on the basis of data from 2842 participants from the Solothurn site.

Results: Depressive mood, living in urban area, and poor self-perceived health are the most important factors correlated with LSNS-6. For social isolation, the adjusted Odds Ratio for depres-

sive mood was 2.0 (95 % CI 1.4 to 2.7, $p < 0.001$). In crude models, gender and age were significantly correlated with social support, social networks, and group participation. After adjusting, there was no significant association between all social integration sub-concepts and gender, and only a weak relationship for age (regression coefficient for LSNS-6 -0.07, 95 % CI -0.11 to -0.03).

Discussion: Depressive mood is highly correlated with social support and social network. Gender which was known in literature to be associated with social integration is an apparent factor. For the different sub-concepts of social integration, different correlated factors were identified.

BREITENBACH¹ M., LAUN¹ P., HEEREN¹ G.,
JAROLIM¹ S., RINNERHALER¹ M., PALLE¹ E.,
PERJU¹ S., MADEO² F., WISSING² S., BURHANS³ W. C.
¹ SALZBURG, ² GRAZ, AUSTRIA, ³ BUFFALO, NY, USA

The Role of Mitochondria in Yeast Aging and Apoptosis

The transcriptome of senescent wild type yeast mother cells isolated by elutriation centrifugation was studied and compared with the transcriptome of apoptotic yeast cells of *cdc48* TS as well as *orc2-1* TS mutant strains. A large overlap of the old cell and apoptotic cell transcripts was revealed, comprising the functional categories DNA repair, oxidative stress defense and mitochondrial functions. Several of the genes identified in this way were deleted and tested for oxidative stress resistance and longevity. Mitochondrial ribosomal gene deletions generally led to oxidative stress sensitivity, but we found one example that caused resistance and a marked increase in lifespan. We are presently testing co-segregation of these phenotypes in meiotic tetrads and are analyzing the mechanism which is at work in this longevity mutant.

Recently we started to investigate the yeast member of the highly conserved eukaryotic gene family, TCTP. A deletion of this gene leads to a defect in stationary phase survival. The TCTP protein shuttles to the mitochondria when the cells are stressed with a mild oxidative treatment which induces apoptosis. Our findings so far indicate that yeast mother cell-specific as well as calendar aging involve an apoptotic process and that mitochondria play a functional role in this process.

BROSCH W.
GUGGING, ÖSTERREICH

Einwilligung, Einwilligungsfähigkeit und mutmaßlicher Patientenwille: Theorie und Praxis

Die komplexen Behandlungsmöglichkeiten der modernen Medizin bringen im Zusammenhang mit der Betonung von Patientenautonomie, Selbstbestimmung und Wertevielfalt erhöhte Anforderungen an Aufklärung und die Erarbeitung eines informed consent. Besonders schwierig wird dies bei der Behandlung und Betreuung dementer Menschen.

Die vorhandenen juristischen und ethischen Konzepte zur Beurteilung von Einwilligungsfähigkeit und mutmaßlichem Patientenwillen zeichnen sich meist durch hohe Komplexität aus, gegenüber der die geübte Praxis weit nachhinkt. Praktikable Umsetzungen für den Behandlungsalltag rücken in umso weitere Ferne, je abstrakter und anspruchsvoller die theoretischen Aussagen gefasst werden.

Die vorliegende Untersuchung liefert einen Erfahrungsbericht über die praktische Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit bzw. des mutmaßlichen Patientenwillens in standardisierter Form. Im Versorgungsalltag einer gerontopsychiatrischen Aufnahmestation werden Aufklärungsgespräche mit Patientinnen und Patienten, sowie ihren Angehörigen evaluiert und analysiert. Die Erweiterung der gewohnten Krankheitsanamnese um eine standardisierte Werteanamnese verbreitert die Entscheidungsbasis. Besondere Bedeutung kommt dabei der klaren und präzisen Kommunikation mit den Angehörigen zu.

Es zeigt sich unter anderem, dass ein professioneller Umgang mit diesem komplexen Thema eine tiefgehende interdisziplinäre Diskussion erfordert. Die persönliche Auseinandersetzung im multiprofessionellen Team einer Krankenhausabteilung fördert aber auch gleichzeitig die Gruppenkohärenz und verbessert die Betreuungsqualität.

CHAPPUIS C.
BERN, SCHWEIZ

Fünf Minuten pro Patient – kann man da überhaupt adäquat kommunizieren?

Unter den vielen möglichen Definitionen der Kommunikation gibt es immer zwei Aspekte zu bedenken:

1. den technischen

Kommunikation heisst Austausch, Übermittlung einer Information von einem Sender zu einem Empfänger. Es ist dies im Satz zusammengefasst: Die Botschaft entsteht erst beim Empfänger.

2. den menschlichen

Der wechselseitige Austausch als zwischenmenschliche Kommunikation betrifft den Menschen als Person und Persönlichkeit. Anhand von konkreten Alltagssituationen in der Geriatrie wird dargestellt, wie – auch bei einem Zeitbudget von 5 Minuten – die Kommunikation mit dem Patienten technisch und menschlich aufgebaut werden kann. Es wird ein Prozess ausgelöst und in Gang gehalten, der zu einem spannenden Erlebnis werden kann. Sowohl der Geriater wie auch der betagte Patient werden durch diesen Prozess nachhaltig geprägt.

DAPP U., ANDERS J.
HAMBURG, DEUSCHLAND

Geriatrische Zentren als Multiplikatoren für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter durch Fortbildung von Hausärzten, Praxispersonal und geriatrischen Teams zu Gesundheitsberater-Experten

Problemstellung: Der physiologische Alterungsprozess und die Vermeidung von Behinderung im Alter erfahren aufgrund des demographischen Wandels ein gesteigertes Interesse. Prävention ist die vierte Säule des Gesundheitssystems neben Kuration, Rehabilitation und Pflege. Am geriatrischen Zentrum Albertinen-Haus Hamburg wurden unterschiedliche Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen konzipiert und evaluiert. Das besondere Interesse lag auf der Nutzung vorhandener Strukturen und Berufsgruppen.

Methode: Vorgestellt werden vier präventive Fortbildungsangebote, die am Albertinen-Haus entwickelt, durchgeführt und evaluiert wurden.

■ *Geriatrischer Qualitätszirkel für niedergelassene Hausärzte*
Regelmäßig laut Weiterbildungsrichtlinien. Anerkannt durch Ärztekammer Hamburg als Leistungsnachweis für Fortbildungsangebote. Themenspektrum: Geriatrisches Grundlagenwissen, primärmedizinische Versorgung und Gesundheitsförderung älterer Menschen. Wissenschaftliche Evaluation 2002.

■ *Geriatrischer Qualitätszirkel für Arzthelferinnen*
Entwicklung eines neuartigen Fortbildungsangebotes analog zum Hausärztezirkel. Erstmals in Deutschland durchgeführt, wissenschaftlich evaluiert und von der Ärztekammer Hamburg anerkannt im Jahr 2004.

■ *Interdisziplinäres „Kleeblatt-Team“*
Fortbildung von vier Berufsgruppen zu einem interdisziplinären Gesundheitsberater-Expertenteam („Kleeblatt-Team“), um multidimensionale Beratung zur Umsetzung eines gesunden Lebensstils in den Bereichen Ernährung, Bewegung und soziale Vorsorge am geriatrischen Zentrum an selbständig lebende ältere Menschen abzugeben. Wissenschaftliche Evaluation und Curriculum 2002.

■ *Pflegekraft für präventive Hausbesuche*
Fortbildung einer Pflegekraft zur Durchführung präventiver Hausbesuche bei jenen Älteren, die wegen selbst genannter Mobilitätseinschränkungen nicht zu der Gesundheitsberatung in das geriatrische Zentrum kommen. Wissenschaftliche Evaluation und Curriculum 2002.

Ergebnisse: Es besteht präventiver Fortbildungsbedarf in den verschiedenen etablierten Berufsgruppen. Zu berücksichtigen sind für Präventionsmaßnahmen bei älteren Menschen die zentrale Stellung des Hausarztes sowie die Kompetenz geriatrischer Zentren.

DVORAK S.
WIEN, ÖSTERREICH

Harninkontinenz – Rehabilitationsmöglichkeiten in der Geriatrie

Ist Inkontinenz im Alter normal und was „zahlt“ sich aus – dagegen zu tun? Inkontinenz ist auch im Alter nie normal und oft sind einfache und billige Methoden sehr wirksam.

Wie bereits bei der 2. International Consultation Incontinence 2001 in Paris und von Univ.-Prof. Dr. Hanzal bei der 11. Jahrestagung der Gesellschaft für Inkontinenzhilfe 2001 in Innsbruck festgehalten wurde, gibt es bei der Gruppe betagter Menschen, hingegen der langläufigen Meinung, einiges an Prävention und Therapie. Wobei die invasiven und teuren Maßnahmen nicht im Vordergrund stehen.

Einfache Methoden, wie das Absetzen von inkontinenzfördernden Medikamenten, allgemeine Kräftigung der Muskulatur durch physikalische Therapie, Änderung des Trinkverhaltens und vor allem Toiletentraining inklusive der Führung eines Miktionsprotokolls, führen oft zu eindrucksvollen Erfolgen.

Die Zielsetzungen im Bereich der Kontinenzförderung sind als Stufenziele zu sehen. Bei der sozialen Kontinenz sind Betroffene mit Hilfsmittel so adäquat versorgt, dass sie im sozialen Leben integriert sind. Bei der abhängigen Kontinenz, benötigen Betroffene Hilfsmittel oder eine Hilfestellung. Die unabhängige Kontinenz ist der höchste Level der erreicht werden kann. Hat man mit Betroffenen das erste Ziel erreicht, kann man das nächste Ziel ansteuern.

Mit einfachen Therapiemitteln und der richtigen Zielsetzung zahlt es sich somit immer aus etwas gegen die Inkontinenz zu tun.

Tut man nichts dagegen, steigen Frust und Isolation der Betroffenen, steigen die Kosten zur Versorgung, und wir alle versagen – bei der Gesundheitsförderung.

EBENBICHLER G. R.
WIEN, ÖSTERREICH

Bewegungssicherheit, Physiologie und Pathophysiologie der Sensomotorik

Frakturen infolge von Stürzen sind bei älteren Menschen oft Anlass für Langzeitmorbidität. Zwischen 30 % und 50 % der Bevölkerung über 65 Jahre stürzen zumindest einmal pro Jahr. Die Einjahresmortalität der Patienten mit Hüftfraktur beträgt etwa 20 %. Nur 50 % der Betroffenen erlangen ihre frühere Mobilität wieder, und etwa ein Viertel der Patienten ist ein Jahr nach dem Sturz pflegebedürftig.

Stürze im Alter ereignen sich oft in Situationen, bei denen ein jüngerer Mensch mit normaler Sensomotorik nicht gestürzt wäre. Nur weniger als 20 % der Betroffenen stürzen infolge von Synkopen oder anderen paroxysmalen Ereignissen. Sensomotorik umschreibt die Regulations- und Kontrollsysteme des aufrechten Standes, Ganges und der Bewegung. Im afferenten Anteil des sensomotorischen Systems melden Rezeptoren in der Muskulatur, den Gelenken, den Sehnen, der Haut und im Gleichgewichtsorgan sowie visuelle und akustische Informationen an das zentrale Nervensystem. Diese führen dann entweder willkürlich oder reflektorisch im efferenten Anteil des sensomotorischen Systems zur Aktivierung von Muskeln. Gleichzeitig mit der Aktivierung von Muskeln für gezielte Willkürbewegungen aktivieren die automatischen Kontroll- und Regulationsmechanismen des ZNS verschiedene Muskelgruppen zur Erhaltung des Gleichgewichtes im aufrechten Stand, während des Gehens oder bei anderen Arten der Bewegung.

In diesem Vortrag werden vor allem die altersassoziierten Veränderungen des sensomotorischen Systems mit Schwerpunkt Muskelfunktion, Haltungskontrolle und Sarkopenie im Hinblick auf die Bewegungssicherheit des alten Menschen diskutiert.

EISELE R.
NEU-ÜLM UND ILLERTISSEN, DEUTSCHLAND

Trauma, Bewegungsumfang als zentrale Bedingung für das individuelle Thrombose-Risiko

Einleitung: Die klinische Erfahrung zeigt, dass gewisse, in ihrer Dauer begrenzte Zeitabschnitte im besonderem Maße zu venösen Thrombosen und Lungenembolien prädisponieren. Allen gemeinsam ist der zeitliche Zusammenhang mit einem medizinisch bedeutsamen Ereignis, an das sie sich unmittelbar anschließen. Dazu gehören: die posttraumatische und postoperative Periode.

Nach Sevitt sind Bettlägerigkeit über drei Tage und Alter über 40-45 Jahren die beiden Faktoren, die in erster Linie zu Beinvenenthrombosen prädisponieren. Die logische Konsequenz in einer erfolgreichen Thromboseprophylaxe sollte also in erster Linie die Verkürzung der Immobilität sein.

Material und Methoden: Es wird immer wieder die Frage gestellt: was unterscheidet den Kranken vom Gesunden oder welche

physiologischen Bedingungen müssen erfüllt sein, dass das erhöhte thrombembolische Risiko auf Spontanrisikoniveau abfällt (ca. 1 %)? Ätiologisch können es nicht nur die vorbestehenden Risikofaktoren sein, welche bis zum Einsetzen des Traumas keine spontane Thrombose verursacht haben. Die von Virchow beschriebenen obligatorischen Veränderungen sind plausibel. Neben Blutzusammensetzung und Venenwandverletzung kommt der Änderung des venösen Flusses entscheidende Bedeutung zu. Unter diesem Gesichtspunkt und angesichts der Tatsache, dass die überwiegende Zahl der Thrombosen an der unteren Extremität, im Becken und im Retroperitoneum inklusive Lumbalvenen in der Unfallchirurgie auftreten, wurden eine Reihe von Faktoren untersucht, die den venösen Rückfluss von der unteren Extremität hemmen. Die wichtigsten Faktoren sind:

- Atmung
- Peristaltik
- Bewegungseinschränkung der unteren Extremität
- Entlastung der unteren Extremität

An 20 gesunden Probanden (10 Männer, 10 Frauen), Altersmedian 28 Jahre (Min 20, Max 30 Jahre), BMI-Median 21 (Min 20, Max 23 BMI) wurden diese Faktoren, welchen den venösen Fluss in der Vena femoralis communis beeinflussen, mittels farbcodierter Duplexsonografie untersucht.

Ergebnisse: Flache Atmung und spärliche Peristaltik haben erheblichen Einfluss bis hin zur Stase auf den venösen Fluss der unteren Extremität. Für die untere Extremität lässt sich eine quasi-physiologische Situation definieren, die „Normalbedingungen“ simuliert und die es gilt im Sinne der Thromboseprophylaxe zu erreichen. Die quasi-physiologische Situation ist durch 20 kp Belastung und 20° ROM im oberen Sprunggelenk definiert. Die Bewegungen von Hüfte und Knie tragen zur Förderung des venösen Rückstromes nur unwesentlich bei. Die Zehenbeweglichkeit andererseits ist ein Faktor, welcher sich sehr positiv auf den venösen Rückfluss auswirkt. Dennoch reicht sie bekanntermaßen nicht aus, das thrombembolische Risiko zu vermindern. In einer Reihe von monozentrischen prospektiven Studien mit 800, 1300 und 1800 Patienten wurden nach dieser Definition von den Jahren 1995 bis 2002 die Effizienz der mobilitätsorientierten Strategie der Thromboseprophylaxe untersucht. Dabei wurden auch physiotherapeutische Maßnahmen hinsichtlich der Förderung des venösen Flusses berücksichtigt. Die Thromboseinzidenz erreichte im ambulanten Bereich 4 %, im stationären 2,5 % und unter Ausschöpfung von technischen Hilfsmitteln wie der intermittierenden pneumatischen Kompression 0,4 %.

Diskussion: Die stationäre Thrombembolieprophylaxe sollte multimodal aufgebaut sein. Die alleinige medikamentöse Thromboseprophylaxe mit Heparin ist unzureichend. Vielmehr gilt es unter der erlangten Erkenntnis, die Palette der Physiotherapie auszuschöpfen, um Thrombosen zu verhindern. Zu diesem Vorgehen ermutigen die vorliegenden Ergebnisse. Die Indikation zur ambulanten medikamentösen Thromboseprophylaxe lässt sich anhand einer quasi physiologischen Situation definieren. Das freibewegliche Sprunggelenk (20° Bewegungsumfang) und 20 kp Teilbelastung simulieren eine Situation im venösen System, welche vom Körper nicht mehr als eingeschränkt erkannt wird. Risikokonstellationen, welche trotz Einhalten der quasi physiologischen Situation dringlich eine ambulante medikamentöse Thromboseprophylaxe verlangen, sind der Verdacht einer endothelialen Venenläsionen des tiefen Systems, besonders am Oberschenkel und im Beckenbereich. Außerdem spielen postoperative und posttraumatische Lähmungserscheinungen (Motorik) und schmerzbedingte Schonung an der unteren Extremität eine

wichtige Rolle. Vasomotorische Dysregulation neben Bewegungsdefizit verstärken die venöse Stase zumindest vorübergehend. In diesen Fällen sollte eine medikamentöse Thromboseprophylaxe für mindestens drei Wochen erfolgen. Die prospektiven Beobachtungen zeigen grundsätzlich, dass die erfolgreichste Thromboseprophylaxe im raschen Erreichen von Bewegung und Belastung liegt.

ERHART C., SCHINAGL S., ERHART P.
SALZBURG, ÖSTERREICH

Im Alter mobil sein und dabei sein – Ein Auftrag an alle Generationen

An der Universitätsklinik für Geriatrie der Christian Doppler Klinik Salzburg läuft in Zusammenarbeit mit dem Verein „Ein Schritt ins Alter“ seit April 2002 ein primärpräventives, geragogisches Gesundheitsprojekt, welches alle Generationen einschließt.

Zentrale Anliegen stellen Wissensvermittlung und Bewusstseinsbildung über den Lebensabschnitt Alter dar.

Generation der Kinder und Jugendlichen: Seit 2002 besuchten ca. 4000 Kinder und Jugendliche unsere Simulationsarena für den physiologischen Alterungsprozess. Die Nachhaltigkeit des Workshops wird durch unser geragogisches Kinderbuch „Das macht Sinn“, welches unterrichtsbegleitend eingesetzt wird, gewährleistet.

Unter dem Titel „Jung und Alt gehören zusammen“ wurde ein Lehrprogramm für Kindergärten erarbeitet und an 200 Kindern erprobt.

Erwachsengeneration: Seit 2003 werden simulationsgestützte Fortbildungen für Berufsgruppen aus dem Sozialbereich und der Wirtschaft mit dem Ziel der Umsetzung von Barrierefreiheit durchgeführt. Das Lehrprojekt findet sich u.a. im Curriculum der Privat Medizinischen Universität Salzburg wieder.

Seniorgeneration: Seit November 2003 erfolgt die Schulung alter Menschen mit der Lehrreihe „Das Alter annehmen – Lebensqualität gewinnen“. Primärziel stellt die eigenverantwortliche Prävention dar. Die monatliche Kernveranstaltung, welche Kardinalprobleme des Alters behandelt, wird durch Broschüren und Seminare ergänzt.

Besondere Aufmerksamkeit wird der Sturzprävention und der Mobilität des alten Menschen im Straßenverkehr gewidmet. Seit Oktober 2004 wird in Kooperation mit den Salzburger Verkehrsbetrieben unter dem Titel „Mobil sein – dabei sein“ ein Sicherheitstraining für ältere Busfahrgäste angeboten. Konzeption und aktuelle Evaluationsdaten, bezogen auf dieses Projektsegment, werden vorgestellt.

FASCHING P.
VIENNA, AUSTRIA

Specific Guidelines for Old Patients with Diabetes and Hypertension

In 2003 new guidelines for diagnosis and treatment of hypertension have been published by American (1) and European (2) societies.

In the American JNC 7 Report (1) a systolic blood pressure between 120 and 139 mmHg or a diastolic blood pressure between 80-89 mmHg is defined as „prehypertension“ and life style modification is advised to prevent cardiovascular complications.

In the recent European guidelines (ESH/ESC) (2) grade 1 hypertension (mild) is defined as RRsys 140-159 mmHg and/or RRdia 90-99 mmHg. An isolated systolic hypertension (ISH), is present, if RRsys > 140 mmHg and RRdia < 90 mmHg. In patients over the age of 50 years a systolic blood pressure greater 140 mmHg represents a markedly more important risk factor for cardiovascular disease than the diastolic blood pressure does. As therapeutic aim a reduction of systolic and diastolic blood pressure below 140/90 mmHg is recommended in all patients who tolerate this, and in diabetic patients below 130/80. Yet, it has to be recognized that in ISH in older patients it is difficult to reach systolic RR-values below 140 mmHg. In frail people lowering of blood pressure should follow the advice „Start low, go slow“ assessing possible side-effects carefully. In patients older than 80 years blood pressure lowering is able according to meta-analysis to lower incidence of cerebrovascular and cardiac events, but not total mortality. A prospective, randomised study in this special group of hypertensive octonarians is still running (Hypertension in the Very Elderly Trial – HYVET).

Concerning metabolic control in diabetic patients international diabetes associations recommend an optimal HbA_{1c} level of < 6.5 % and an intensification in therapy if HbA_{1c} is higher than 7 %. International geriatric guidelines advice individualized goal setting in older Type 2 diabetics (4, 5). According to recent European guidelines (EUGMS) for older patients with type 2 diabetes, with single system involvement (free of other major co-morbidities), a target HbA_{1c} range of 6.5-7.5 % should be aimed for (6). For frail (dependent; multisystem disease; care home residency including those with dementia) patients where the hypoglycaemia risk is high and symptom control and avoidance of metabolic decompensation is paramount, the target HbA_{1c} can be elevated to 7.5 %-< 8.5 %.

References:

1. Chobanian AV et al. JAMA 289: 2560-2572, 2003.
2. Journal of Hypertension 21: 1011-1053, 2003
3. JAGS (Journal of the American Geriatrics Society) 51: S285-S280, 2003.
4. Diabetes und Stoffwechsel 13: 31-55, 2004 (May 2004) Geriatric Journal 4 + 5 2004
5. European Union Geriatrics Medicine Society (EUGMS): www.eugms.org (EUGMS-homepage: geriatric news/academic area/clinical guidelines)

FASTENBAUER D.
WIEN, ÖSTERREICH

Konzepte und Überlegungen zur Betreuung sterbender dementer Patienten unter Einbeziehung der Angehörigen (als Alternative zur Sterbehilfe)

Es scheint, dass durch die enorme Entwicklung in allen Bereichen der Medizin und die damit verbundene Kostenexplosion, auch Themen wie Euthanasie und Sterbehilfe immer größere Dringlichkeit erhalten. Doch die Fortschritte in der Intensivmedizin sind nicht der Grund für die derzeitige Diskussion, sie verleihen der Debatte nur neue Aktualität.

Aufgrund der demographischen Entwicklung werden wir in Zukunft mit einer immer größeren Zahl an Menschen konfrontiert sein, die durch Erkrankungen, wie M. Alzheimer, in hohem Maße pflegebedürftig sein werden. Es besteht die Gefahr, dass wirtschaftliche Faktoren und weniger humane und ethische Überle-

gungen auf die Betreuung dieser Menschen Einfluss haben werden.

Gesetze zur Sterbehilfe in verschiedenen europäischen Ländern zeigen auf, wie notwendig es ist, den Blick auf die heutige „Sterbekultur“ in unserer Gesellschaft zu lenken, bzw. die tatsächlichen Lebens- und Sterbebedingungen in Alten- und Pflegeheimen zu diskutieren und die „Mindest-Versorgung“ in manchen Pflegeheimen oder durch ambulante Pflegedienste zu hinterfragen.

Als Gegenströmung zu der immer weiter um sich greifenden Sterbehilfe-Diskussion versteht sich die Hospizbewegung, die ambulant oder in Palliativeinrichtungen auf eine ganzheitliche Begleitung mit Betonung der Lebensqualität Wert legt.

Meistens werden Tumorpatienten betreut, aber die alten Menschen, die die Mehrzahl der Sterbenden ausmachen, ziehen nur selten einen Nutzen aus dieser Entwicklung.

Daher werden Konzepte und Überlegungen zur palliativen Betreuung dementer Patienten unter Einbeziehung der Angehörigen immer notwendiger.

Menschenwürdiges Sterben gehört zu den Rechten jedes Menschen, doch was das bedeutet, darüber herrscht in der heutigen Gesellschaft kein wirklicher Konsens.

FISCHER P.
WIEN, ÖSTERREICH

Das postoperative Delir

Sogenannte Durchgangssyndrome nach Operationen heilen nur in 20 % der Fälle tatsächlich komplett aus. Postoperative kognitive Defizite sind häufig Spätfolge postoperativer Verwirrtheit. Akuter postoperativer Verwirrtheit kann vorgebeugt werden, da zahlreiche Risikofaktoren bekannt sind. Frühzeitig diagnostiziert muss sie unverzüglich medikamentös und nicht-medikamentös behandelt werden. Allerdings bereitet die Diagnose der leichteren Verwirrheitszustände große Schwierigkeiten, denen mit verstärkter Aus- und Weiterbildung begegnet werden sollte.

Sowohl präventiv als auch postoperativ (sekundär)präventiv und therapeutisch bei schon diagnostizierter postoperativer Verwirrtheit wurden in den letzten drei Jahren neue medikamentöse Therapien untersucht, die dargestellt werden.

FREIBERGER E.
ERLANGEN-NÜRNBERG, DEUTSCHLAND

Ein multi-faktorielles Interventionsprogramm zur Reduzierung von Stürzen im Alter

Viele ältere Menschen haben das Ziel, eine für sie passende Mobilität bis ins hohe Alter zu erhalten. Wenn sich ältere Menschen in der häuslichen Umgebung nicht mehr ausreichend sicher und funktionell bewegen können, ist ihre Selbständigkeit in einem hohen Maße gefährdet. Jeder Sturz hinterlässt Verunsicherung und teilweise Vermeidungsstrategien, um weiteren Stürze vorzubeugen. Eine Möglichkeit, Stürzen vorzubeugen, sind entsprechende Interventionsprogramme.

Das Institut für Sportwissenschaft und Sport der Universität Erlangen-Nürnberg führt zur Zeit ein Forschungsprojekt mit dem Namen „Standfest im Alter“ durch. In dieser randomisierten und kontrollierten Studie werden drei verschiedene Interventionspro-

Stufenschema zur Therapie postoperativer Verwirrtheit
<p><i>Allgemeine Maßnahmen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Therapie zugrunde liegender körperlicher Erkrankungen (Pneumonie, Exsikkose, ...) ■ Überprüfung der Medikation auf anticholinerg und/oder monaminerg wirksame Substanzen ■ Überwachung des Patienten, möglichst unter klinisch-stationären Bedingungen ■ Engmaschige Kontrolle der Vitalparameter ■ Orientierungsfördernde Massnahmen (Wandkalender, Uhr, häufige Ansprache) ■ Vermeidung von Reizdeprivation (Hörgeräte, Brillen, angemessene Raumbeleuchtung) ■ Kontinuität in der pflegerischen Betreuung ■ Regelmäßigkeit des stationären Tagesablaufes ■ Beleuchtungsverhältnisse, die möglichst dem Tag-Nacht-Rhythmus entsprechen ■ Sicherstellung einer ungestörten Nachtruhe
<p><i>Delirien mit wahrscheinlicher Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Haloperidol initial 0,5-1 mg oral oder parenteral, bei agitierten Delirien initial 2-5 mg ■ Wiederholung der Anfangsdosis bis zu 3 mal ■ 2-3 Tage Erhaltungstherapie mit der Hälfte der Dosis des ersten Tages ■ danach ausschleichende Haloperidoltherapie über die nächste Woche <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Risperidon initial 1 mg oral, bei agitiertem Delir initial 2 mg ■ Wiederholung der Anfangsdosis bis zu 3 mal ■ 2-3 Tage Erhaltungstherapie mit 1-4 mg Risperidon ■ danach ausschleichende Risperidontherapie über die nächste Woche
<p><i>Schweres Delir mit sicherer Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Intensivüberwachung ■ Schutzfixierung ■ ev. Beatmung nach Muskelrelaxation und entsprechender Sedierung ■ Haloperidol parenteral bis 10mg initial, gefolgt von 2-5 mg Halol pro Stunde per infusionem ■ rasche Dosisreduktion auf täglich 10mg Haloperidol Erhaltungstherapie (3-5 Tage) ■ danach ausschleichende Haloperidoltherapie über die nächsten Wochen
<p>(Fischer P & Assem-Hilger E, in Förstl H (ed), Lehrbuch der Gerontopsychiatrie, 2002)</p>

gramme auf ihre Effektivität und Effizienz im Hinblick auf die Sturzvermeidung untersucht. Der Beitrag wird die Ergebnisse aus dem multi-faktoriellen Interventionsprogramm vorstellen.

Das multi-faktorielle Interventionsprogramm basiert auf einem 16-wöchigen Training mit zwei Übungseinheiten pro Woche. Eine dieser Einheiten hat den Schwerpunkt Psychomotorik, die andere hat abwechselnd folgende Themenschwerpunkte: Gedächtnistraining (fünf Einheiten), Kompetenztraining (fünf Einheiten) und kognitiv-verhaltenstherapeutisches Training zur Reduzierung der Angst vor Stürzen (fünf Einheiten). An dem Programm nahmen 140 Personen im Alter von 70-90 Jahren teil, die entweder einen Sturz im letzten halben Jahr hatten oder aber Angst vor Stürzen angaben. Die Teilnehmer wurden in Warte-Kontrollgruppe und Interventionsgruppe randomisiert

Alle Probanden wurden einem Pre-Test, einem Post-Test nach den 16 Wochen und einem Follow-up Test nach weiteren sechs Monaten unterzogen. Dabei wurden folgende Daten erhoben: Lebensqualität (SF-12 und WHO-BREF), Kognition (Zahlen-Symbol-Test, Wortliste, Zahlen-Nachsprechen, Zahlen-Verbindungstest, Farb-Wort-Test alle aus dem NAI), Motorik (modified Romberg Test, mod. TUG, Maximal-Step-Test, Koordinationstest, Chair-Rise-Test, Handkraft, Ganggeschwindigkeit über 10 m), Angstlevel (SAFE und FES), häusliche Risikofaktoren (Werle Fragebogen) und demographische Daten. Während der gesamten Studienlaufzeit wurden die sturzrelevanten Daten sowohl in der Interventionsgruppe, als auch in der Kontrollgruppe erfasst. In dem Vortrag werden Inhalte des Programms vorgetragen und einige ausgewählte Ergebnisse vorgestellt.

GATTERER G.
WIEN, ÖSTERREICH

Computerunterstütztes kognitives Training im Alter

Altern ist ein multifaktorielles Geschehen, welches sich auf kalendarischer (Alter in Jahren), biologischer (Gesundheit), psychologischer (subjektive Bewertung) und sozialer (Stellung in der Gesellschaft) Ebene abbilden lässt. Klinisch-psychologische Maßnahmen stellen im Rahmen der Rehabilitation kognitiver Störungen im höheren Lebensalter einen wesentlichen Faktor dar. Sie sollten dabei sowohl bereits im Bereich der Prävention von Störungsbildern (Gerontoprophylaxe), aber auch deren Behandlung (Rehabilitation im engeren Sinn) und im multiprofessionellen Management funktioneller Restzustände (Behandlung nicht reversibler Störungsbilder) Anwendung finden und müssen individuell angepasst werden.

Kognitive Trainingsprogramme liegen in zahlreichen Versionen vor. In letzter Zeit wurden auch computerunterstützte Verfahren für die Altersgruppe der älteren Menschen entwickelt. Diese bieten den Vorteil eines dem kognitiven Leistungsniveau angepassten Trainings und der bessere Sichtbarkeit. Nachteile bestehen bei einigen Programmen in der schlechten Bedienungsfläche und dem doch für ältere Menschen neuen Medium.

Im Vortrag werden einige Programme (KogCheck, Geistig fit ins Alter, etc.) praktisch vorgestellt und diskutiert.

Eigene Ergebnisse zeigen, dass ein solches Training auch bei Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz mit Unterstützung möglich ist. Ihr Haupteinsatz liegt jedoch im Rahmen der Prävention von kognitiven Alterungsprozessen und der Therapie von „mild cognitive impairment“.

Literatur:

1. Gatterer G & Croy A (2005) Leben mit Demenz. Springer, Wien-New York
2. Gatterer G & Croy A (2004) Geistig fit ins Alter (2. Aufl. mit CD). Springer, Wien-New York.
3. Gatterer G & Croy A (2003) KochCheck. Seibersdorf Research, Wiener Neustadt

GEORGE W.
GIESSEN, DEUTSCHLAND

Angehörigen-Assessment (MIA)

Es sind die Angehörigen, die als bedeutsamste Garanten der Lebensqualität des alten Patienten auszumachen sind. Trotz dieses

Sachverhalte werden diese keinesfalls professionell in das kommunikative- und Handlungsgeschehen einbezogen. Bisher fehlen Steuerungs- und Monitoringverfahren, die zu einer reproduzierbaren Integration beitragen. Vor dieser Ausgangslage wurde das Angehörigen-Assessment (MIA) 25 Items und eine Fähigkeitscheckliste (15 Items) umfassende Instrument entwickelt. Das Assessment setzt sich aus Items zu folgenden Skalen zusammen:

1. Aktuelles Befinden
2. Informiertheit
3. Partizipation und Engagement
4. Lebensqualität und Fitness
5. Materielle und Soziale Ressourcen
6. Kompetenzen

Sowohl die Einschätzungen des Interviewer, als auch die des Patienten werden in dem Standardisierten Interview erhoben. Auf diese Weise entsteht ein drei Graphen umfassendes Auswertungsprofil. Den ersten Erfahrungen folgend, ist es möglich, die Angehörigen weit individueller und auf die Behandlungsziele abgestimmt einzubeziehen, als dies bisher Praxis ist. In Folge dessen ist, über eine Verbesserung der Behandlungs- und Lebensqualität hinaus, auch eine kostensparende Prozessoptimierung deutlich erkennbar.

GÖRTZ H., ALEMANY J.
LINGEN, DEUTSCHLAND

Der Blick in die Gefäße – oder gibt es eine chirurgische Option bei der Therapie der tiefen Beinvenenthrombose?

Der Beitrag soll zeigen, dass die operative Behandlung der tiefen Beinvenenthrombose bei einem selektionierten Patientengut durchaus von Vorteil sein kann. Entscheidend bei der Indikationsstellung ist neben der Beachtung der allgemeinen Kriterien der Operabilität die Entstehung der Thrombose. Unterschieden wird hierbei zwischen dem ascendierenden, dem descendierenden und dem transfaszialen Typ. Auf die diagnostischen Probleme, die pathophysiologisch bedingt sind, wird eingegangen. So sind ascendierende Thrombosen insbesondere beim bettlägerigen Patienten lange inapparent, während descendierende Thrombosen in ihrer Ausdehnung häufig überschätzt werden. Eine OP-Indikation ist bei Patienten mit descendierenden und transfaszialen Typ in Erwägung zu ziehen, während beim ascendierenden Typ erst ab Beteiligung des Konfluenspunktes in Höhe der Einmündung der V. saphena magna die OP in Frage kommt. Sie ist dann geboten, wenn eine Bedrohung der Mikrozirkulation als Folge der venösen Stauung im Sinne einer Phlegmasia coerulea dolens gegeben ist. Neben dem Verfahren der venösen Thrombektomie wird auch auf die Kombination des Eingriffes mit der postoperativen Katheterlyse eingegangen.

Beckenvenenthrombosen vom descendierenden Typ sind gelegentlich Folgen tumorbedingter Abflussbehinderungen im Becken. Ursächlich kommen hierfür Primärtumore sowie paravasale Lymphome in Frage. Daraus resultierende Stenosen sollten möglichst mittels Dilatation und Stenting mitbehandelt werden, um eine Rethrombosierung zu vermeiden. Liegt ein Beckenvenenverschluss vor und ist die Rekanalisation mittels o.g. Katheterverfahren nicht möglich, so steht als Rekonstruktionsmethode die Anlage eines venösen Cross-over-Bypasses zur Verfügung. Die Verwendung der tiefen Beinvene des gesunden Beines hat sich hierbei bewährt.

Es gibt ohne Frage Indikationen zur operativen Behandlung der tiefen Beinvenenthrombose unter folgenden Voraussetzungen:

- Berücksichtigung der Entstehung der Thrombose
- Klinisches Ausmaß der venösen Dekompensation
- Alter der Thrombose
- Allgemeine Operabilität des Patienten

GOSCH M.
ZIRL, ÖSTERREICH

Evaluieren – Stabilisieren – Evaluieren – Transferieren

Die Abteilung für Innere Medizin des Krankenhauses Hochzirl verfügt insgesamt über 126 Betten, von welchen 60 Betten als Akutgeriatrie/Remobilisation geführt werden. An der Abteilung gibt es ein Intensivzimmer mit drei Betten mit der Möglichkeit der invasiven Beatmung. Auf Grund der geringen Auslastung wurde das Intensivzimmer in den vergangenen Jahren vermehrt als Sterbezimmer bzw. auch als „Intensivpflegezimmer“ verwendet.

Mit dem Konzept „Evaluieren – Stabilisieren – Evaluieren – Transferieren“ verfolgten wir 2004 das Ziel, dem Intensivzimmer eine klare Funktion im Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation an unserer Abteilung zu zuweisen. Die primäre Evaluation des Patienten erfolgte vor der Verlegung ins Intensivzimmer, im Intensivraum erfolgte die Stabilisierung und eine neuerliche Evaluierung, in wie weit der Patient von einer Verlegung auf eine Intensivstation der Univ.-Klinik Innsbruck profitieren könnte. Bei Bedarf wurde der Patient in der Folge transferiert. Ansonsten erfolgte die Versorgung in unserem Intensivzimmer.

Im Jahr 2004 wurden 53 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 80,4 Jahren (75 % w, 25 % m) im Intensivzimmer aufgenommen. 66 % wurden aus therapeutischen Gründen, 34 % zum Monitoring ins Intensivzimmer verlegt. Der durchschnittliche ADL-Index lag bei 59,7, der Comorbidity-Index nach Charlson bei 3,58. Die häufigsten Aufnahmegründe waren kardialer Genese. Der durchschnittliche SAPS-II-Score bei Aufnahme war 34,9. Die Patienten verbrachten im Schnitt knapp drei Tage im Intensivzimmer.

5,7 % wurden intubiert und in der Folge beatmet. 9,4 % mussten reanimiert werden. Die Rate der Transferierung an eine der Intensivstationen der Univ.-Klinik Innsbruck lag bei 11,3 %. Im Intensivzimmer verstorben sind 9,4 %, mit infauster Prognose auf Normalstation verlegt wurden 5,7 %, bei 71,7 % konnte das klinische Bild gebessert werden, 13,2 % wurden unverändert entlassen. Mit den transferierten Patienten lag die Mortalität in den ersten vier Wochen nach Aufnahme bei 22,6 % und lag damit nur gering über der erwarteten Mortalität nach dem SAPS-II-Score (21,2 %). ADL, Charlson-Comorbidity-Index und das Alter zeigten nur eine geringe Korrelation mit dem Outcome, statistisch signifikant war die Korrelation des SAPS-II-Scores.

Nach den bisher vorliegenden Ergebnissen konnten wir zeigen, dass sich dieses Konzept sehr gut in die Praxis umsetzen lässt. Die klinischen Ergebnisse bestätigen den Sinn und die Notwendigkeit eines Intensivzimmers an einer Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation. Die Evaluierung hat immer die klinische Gesamtsituation des Patienten zu berücksichtigen und erfordert viel klinische Erfahrung vom behandelnden Arzt. Eine Patientenverfügung zur Unterstützung der Entscheidung war leider nur in 7,5 % der Fälle vorhanden.

GOSCH M.
ZIRL, ÖSTERREICH

A systematic screening for malnutrition in hospitalized elderly patients

Objectives: Malnutrition in geriatric hospital inpatients is one of the strongest indicators of a poor outcome. The prevalence of malnutrition reaches high levels in older persons in hospital (20-60 %) and in nursing homes (10-85 %). Using the Mini-Nutritional-Assessment (MNA) we have a simple and brief method to estimate the nutrition status of our patients.

Aim of the study: To estimate the prevalence of malnutrition at the department for geriatric medicine at the hospital Hochzirl

Study design: Cross section study

Methods: From 1999 to 2004 4625 patients older than 64y (77 % female, 23 % male, mean age 78,6 y., mean ADL 71,7) underwent a screening for malnutrition by using the MNA and measuring anthropometric parameters like body mass index (BMI), weight, height and circumference of the upper arm, the thigh and the lower leg. We analyzed the MNAs of 200 women (mean age 77,3 y., ADL 74,8) and 200 men (mean age 77,4 y., ADL 73,48) to find the most important facts that cause malnutrition. We compared the results with the short version of MNA (SF-MNA).

Results: 20,4 % had MNA-Score lower than 18, 68,8 % lower than 24. The mean BMI was 25,49, the mean circumference of the upper arm was 26,8 cm, of the thigh 43,9 cm and of the lower leg 34,6 cm. MNA, height, weight, BMI and also the circumferences showed a significant negative correlation with age. We matched the population by age and ADL and found no sex differences concerning the MNA-Score and the BMI. The most important facts that caused a low MNA-score were loss of weight, psychic disorders, loss of appetite and the self rating of nutrition-status and health. The SF-MNA showed a very high correlation with the MNA-score, but the cut-off point seems to be to high.

Conclusion: Our results show that malnutrition has a high prevalence up to 68,8 % among older hospitalized people. It is a surprise for us, that we don't find difference by sex. The SF-MNA may be an alternative test, but for hospitalized patients the cut-off point is too high.

GRILL F.
WIEN, ÖSTERREICH

Ergotherapie und Validation bei an Demenz erkrankten Personen – Praktische Anwendung in einem geriatrischen Tageszentrum

Durch den Besuch eines Tageszentrums können viele alte Menschen länger in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben. Je nach Größe des Tageszentrums werden bis zu fünfzig alte Menschen mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern betreut. Besonders für an Demenz erkrankte Personen bietet die klare Tagesstruktur Halt und Sicherheit. Eine Herausforderung an das multiprofessionelle Team ist die gemeinsame Betreuung von dementen und orientierten Personen. Die Ergotherapie leistet mit ihrem alltags- und handlungsorientierten Ansatz einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung und Förderung der Lebensqualität der Tagesbesucher. Besonders im Umgang mit desorientierten Tagesbesuchern ist die Integration der Validationsmethode nach Feil in das ergotherapeutische Konzept hilfreich.

Oberste Zielsetzung jeder ergotherapeutischen Intervention ist das Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität und Selbstständigkeit. Viele alte Menschen, die ein Tageszentrum besuchen, leben auf Grund von Einschränkungen sehr isoliert. Mangelndes Selbstwertgefühl, soziale, emotionale und kognitive Defizite sind die Folge. Deshalb ist neben den funktionserhaltenden Maßnahmen und dem Hirnleistungstraining die Förderung im psychosozialen Bereich ein wesentlicher Schwerpunkt der Therapie.

Weitere Bestandteile des therapeutischen Konzeptes sind die folgenden Punkte:

- realitätsnahe Situation
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Eingehen auf die Bedürfnisse und Gefühle der dementen Tagesbesucher
- Schaffen einer Umgebung, die Vertrauen und Sicherheit bietet
- Schulung von Mitarbeitern und Angehörigen.

Die Gruppenarbeit ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Besonders für hochbetagte desorientierte Menschen wird eine Validationsgruppe angeboten. Diese Validationsgruppe habe ich im Rahmen einer Fallverlaufsstudie verfolgt und mit Hilfe der „BCB-Liste“ (Schmidl, 2002) in Bezug auf die Lebensqualität evaluiert.

Trotz der Kleinheit der Gruppe und des kurzen Beobachtungszeitraumes (sechs Monate) waren bei einigen der Faktoren (insbesondere der Kommunikation) signifikante Verbesserungen festzustellen.

GRÖSCHEL C.
WIEN, ÖSTERREICH

Beratung und Schulung pflegender Angehöriger

Die Betreuung und Pflege älterer und hilfsbedürftiger Menschen zuhause wird zu einem großen Teil durch Angehörige geleistet. Daran wird sich in absehbarer Zukunft wenig ändern. Nur wird es für die innerfamiliär Pflegenden noch schwieriger werden. Pflegende Angehörige werden sich zunehmend einer größeren Zahl an hilfs- oder pflegebedürftigen Personen in ihrer Familie gegenübersehen. Und das Bild einer menschenwürdigen und sachgerechten Pflege und Betreuung wird gleichzeitig immer komplexer.

Pflegende Angehörige sind aus Sicht der professionellen Pflegekräfte und der für die Gesundheits- und sozialen Dienste im ÖRK Verantwortlichen sowohl Partner („Ko-Produzenten“) als auch selbst eine eigene Zielgruppe („Klienten“), die der Unterstützung bedarf.

Unterstützung kann grundsätzlich als individuelle Beratung, z.B. im Rahmen der häuslichen Betreuung der Pflegebedürftigen, aber auch als eigenständiges zugehendes Beratungsangebot erfolgen. Die Möglichkeiten sind – im Rahmen der Regelfinanzierung – derzeit (noch?) begrenzt. Ein Pilotprojekt des ÖRK hat allerdings gezeigt, dass unter bestimmten Voraussetzungen ein solcher Beratungsservice durchaus gefragt und effektiv wäre.

Eine zweite, finanziell und zeitökonomisch betrachtet sicher effizientere Methode sind Kurse für pflegende Angehörige. Kurse haben darüber hinaus den Vorteil, dass sich auch „quer“ zum eigentlichen Inhalt Austauschmöglichkeiten zwischen den TeilnehmerInnen ergeben. Im Feld der Kurse für pflegende Angehörige ist das ÖRK seit vielen Jahren aktiv. Die stete Anpassung unserer Kurskonzepte an die Bedürfnisse der Zielgruppe ist uns dabei ein besonderes Anliegen. Basis für die aktuelle Ausarbeitung unseres Angebotsspektrums sind unter anderem die Ergebnisse einer qualitativen Analyse, die im Jahr 2002 im Auftrag des ÖRK durchgeführt wurde.

Im Rahmen des Vortrags werden die Ergebnisse des Pilotprojekts zur Beratung wie auch der Analyse des Kursangebots für pflegende Angehörige präsentiert.

GRUBER W.
SALZBURG, ÖSTERREICH

Brückenteam als Anker im gebrechlichen System? Psychosoziale Betreuung von Sterbenden und deren Angehörigen

Die Diagnose einer schweren unheilbaren Erkrankung bedeutet für den Patienten, aber auch für seine Angehörigen eine enorme psychische Belastung. Neben Trauer, Angst und Unsicherheit kommen auf die Betroffenen viele organisatorischen Hürden zu. Welche Versorgungsmöglichkeiten gibt es? Ist eine Betreuung zu Hause möglich? Wenn ja, mit welcher Unterstützung ist zu rechnen? Welche Kosten entstehen? Eine Fülle von Fragen belastet den Patienten und sein soziales Umfeld.

Ein multiprofessionelles Brückenteam kann in diesem Fall eine Schaltstelle für Kommunikations- und Organisationsabläufe darstellen.

Das Brückenteam bietet Prozessbegleitung und Prozesssteuerung vom Zeitpunkt der Anfrage, über Unterbringung, Aufenthalt bis Entlassung/Tod des Patienten und darüber hinaus (Nachsorge und Trauerbegleitung).

Das Ziel ist, für den Patienten und seine Angehörigen ein höchstmögliches Maß an Autonomie und Lebensqualität in dieser Phase ihres Lebens zu ermöglichen!

GUTSCHMIDT S.
BONN, DEUTSCHLAND

Auswirkung der demographischen Entwicklung auf die Arzneimittelnachfrage

Die Debatte über die zukünftige Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und deren Finanzierbarkeit ist stark durch demographische Prognosen geprägt. Die steigende Lebenserwartung und die Zunahme der Bevölkerung mit einem Lebensalter von über 60 Jahren hat hierbei eine zentrale Bedeutung. In der Diskussion um die Folgen des demographischen Wandels wird oft eine interessengebundene, bewusst emotionalisierende Sprache verwendet. Begriffe wie „demographische Zeitbombe“, „Altenlast“ usw. werden gezielt verwendet, um die Lenkung finanzieller Ressourcen zu beeinflussen. In dem Beitrag werden die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Arzneimittelnachfrage analysiert. Als Basis dienen Verwaltungsdaten der AOK und der GKV aus dem ambulanten Bereich. Die Ergebnisse werden mit Bevölkerungsprognosen des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung (BBR) verknüpft.

Es zeigt sich, dass Alter und Geschlecht einen wesentlichen Einfluss auf die Morbidität und damit auf den Arzneimittelverbrauch haben. Die durchschnittlichen Jahresausgaben schwanken zwischen 74 Euro für ein 7-jähriges Mädchen und 1020 Euro für einen 84-jährigen Mann. Werden die altersbedingten Ausgabeerhöhungen bis zum Jahr 2020 prognostiziert, ergeben sich moderate jährliche Steigerungsraten, die im Jahr 2004 bei 1,4 Prozent liegen und sich bis 2020 halbieren. Insgesamt ist bis 2010 mit einer 11-prozentigen und bis 2020 mit einer 22-prozentigen

Ausgabensteigerung aufgrund des demographischen Wandels zu rechnen. Fast die Hälfte der Ausgaben im Arzneimittelbereich wird sowohl im Jahr 2003, als auch 2020 von Personen zwischen 50 und 74 Jahren verursacht. Lediglich 20 % (2003) bzw. 25 % (2020) von Personen über 75 Jahre.

HAGER K.
HANNOVER, DEUTSCHLAND

Physiologie und Pathophysiologie des Gerinnungssystems im Alter

Die hohe Inzidenz kardio- und zerebrovaskulärer Erkrankungen sowie die zunehmende Thromboseeraterate bei alten Menschen stellen eine wichtige Ursache der Multimorbidität und Mortalität im Alter dar. Diese Erkrankungen werden maßgeblich vom System der plasmatischen Gerinnung- und Fibrinolyse, den Thrombozyten sowie der Gefäßwand beeinflusst. Ein durch Agonisten und Antagonisten abgesichertes Gleichgewicht stellt sicher, dass in der Regel keine spontanen Gerinnsel auftreten, im Falle einer Gefäßverletzung jedoch sehr rasch ein Gerinnungsprozess in Gang gesetzt wird.

Gruppentests der Gerinnung wie die partielle Thromboplastinzeit ändern sich im Laufe des Alterns kaum oder können im Rahmen der Normalwerte gering verkürzt sein. Auch viele Gerinnungsfaktoren wie Faktor II, V, VIII:C, X, XII und XIII zeigen keine eindeutigen Veränderungen im Alter. Allerdings nimmt die Konzentration von Fibrinogen, zum Teil auch die von F VII, HMW-Kininogen und Präkallikrein in einigen Studien zu. Bei den Inhibitoren der Gerinnung kann das AT III gering sinken. Innerhalb der Fibrinolyse sind ebenfalls viele Faktoren wenig verändert.

Von den eher zu einem hyperkoagulablen Status neigenden Hämostasefaktoren abgesehen, laufen Aktivierungsprozesse von Gerinnung und Fibrinolyse im Alter vermehrt ab, verdeutlicht am Anstieg von Prothrombinfragmenten F1+2, Fibrinopeptid A (FPA) und Fibrinspaltprodukten (D-Dimere) im Plasma. Auch Plasminogenaktivatoren und Aktivatorinhibitoren wie der Gewebsplasminogenaktivator t-PA steigen mit zunehmendem Alter an. Bei erkrankten Alten sind die Ergebnisse meist analog, jedoch ausgeprägter vorhanden. Zusammen mit anderen im Alter prädisponierenden Faktoren (zunehmende Inzidenz von Varizen, geringere Mobilität, Multimorbidität u.a.) sinkt auch im Hämostasesystem die Fähigkeit, Störungen zu kompensieren. Durch diese multifaktorielle Risikokonstellation, zu der die altersabhängigen Veränderungen der Faktoren nur einen (kleinen?) Teil beitragen, steigt insgesamt das Thromboembolierisiko im Alter an.

Für die Praxis bedeutet dies, dass die prophylaktische Antikoagulation gerade bei zusätzlichen thrombotischen Risiken (z.B. Operationen) großzügiger erfolgen muss. Aktivierungsprodukte der Gerinnungs- und Fibrinolysekaskaden, wie die D-Dimere, lassen eine bessere Risikoabschätzung zu als die Gerinnungsfaktoren selbst.

HALLWIRTH-SPÖRK C.
WIEN, ÖSTERREICH

Mäeutik – Der verletzte Mensch im Mittelpunkt

Die erlebensorientierte Pflege – begründet durch die Niederländerin Dr. Cora van der Kooij – geht von der Erlebenswelt der Be-

wohnerIn einerseits und der Erlebenswelt der Pflegeperson andererseits aus. Den Fokus bildet die Beziehung zwischen BewohnerIn und Pflegeperson und die verschiedenen Herangehensweisen, die den Umgang vor allem auch mit demenzten BewohnerInnen erleichtern. Der Begriff Mäeutik geht auf die Dialogtechnik des Sokrates als Grundhaltung des Erkenntnisprozesses zurück. Im Referat werden die Merkmale der sokratischen Methode im mäeutischen Pflegemodell beleuchtet (= Christina Hallwirth-Spörk; Mäeutik, Masterthesis Donau Universität Krems, 2004)

In den drei CS Pflege- und Sozialzentren wurde als erste Einrichtung für chronisch kranke und hochbetagte Menschen Wiens das Pflegemodell der Mäeutik eingeführt. Die Mäeutik ist eine Ergänzung und Erweiterung des individuellen Pflegeverständnisses der CS Pflege- und Sozialzentren, das die BewohnerIn in all ihrer Verschiedenheit, mit ihren Bedürfnissen und ihrer Verletzlichkeit vom Heimeintritt bis zu seinem Abschiednehmen in den Mittelpunkt stellt.

Welche Vorteile die Implementierung eines gemeinsamen Pflegemodells für die BewohnerInnen und deren Angehörige und auch für die MitarbeiterInnen bietet, die eigens dafür geschult wurden, ist zentrales Thema des Vortrags. Dabei werden die philosophischen und pflegewissenschaftlichen Grundlagen, die praxisbezogenen Instrumente der Mäeutik wie die bewohnerbezogene Besprechung, der Beobachtungsbogen und die Pflegeübersicht vorgestellt.

HEIDINGER C., SOMMER M.
MÖDLING, ÖSTERREICH

Individuelle Voraussetzungen verkehrssicherer Verhaltens im Alter

Einleitung: Das Thema Fahrtauglichkeit älterer Kraftfahrzeuglenker gewinnt zunehmend an Interesse. Das Lenken eines Kraftfahrzeuges ist eine Fähigkeit von hoher praktischer und psychologischer Relevanz für ältere Menschen. Verkehrspsychologen, die die Fahrtauglichkeit älterer Menschen beurteilen sollen, müssen daher einen sensiblen Mittelweg zwischen dem individuellen Bedürfnis nach Mobilität und dem gesellschaftlichen Interesse an Fahrtsicherheit finden. Das Ziel der Studie besteht daher in der Erforschung personenspezifischer Voraussetzungen älterer Menschen für verkehrssicheres Verhalten.

Methode: Alle Teilnehmer dieser Studie bearbeiteten zunächst eine standardisierte verkehrspsychologische Testbatterie und unterzogen sich anschließend einer standardisierten Fahrprobe. Die Variablen der Testbatterie dienen als Prädiktoren für die Fahrtauglichkeit der Probanden. Die Benotung der Fahrprobe stellt das Außenkriterium dar. Zur Vorhersage der Fahrtauglichkeit wurden lineare Methoden (Diskriminanzanalyse) sowie nicht-lineare Methoden (Artifizielle Neuronale Netze) angewandt.

Stichprobe: Die Stichprobe besteht aus 93 gesunden älteren Kraftfahrzeuglenkern zwischen 59 und 91 Jahren. 39 (42 %) wurden in der standardisierten Fahrprobe negativ beurteilt. 54 (58 %) erhielten eine positive Note.

Ergebnisse und Diskussion: Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass artifizielle neuronale Netze ebenso stabile Resultate wie klassische Methoden der statistischen Urteilsbildung erzielen, wobei sie diese überdies im Hinblick auf die Klassifikationsrate und die Trennbarkeit verkehrssicherer und weniger verkehrssicherer älterer Fahrer auf Einzelpersonenebene weit übertreffen. Den vorliegenden Ergebnissen zufolge, stellen artifizielle neuronale Netze ein viel versprechendes Werkzeug in der praktischen verkehrspsychologischen Begutachtung dar.

HEPPNER H.-J.
NÜRNBERG, DEUTSCHLAND

Medizinische Versorgung und Management an einer geriatrischen Intensivstation am Beispiel ausgewählter Fälle

Die aktuelle demographische Entwicklung zeigt uns überdeutlich, dass der Anteil hochbetagter Patienten in den Krankenhäusern aller Versorgungsstufen zunimmt. So sehen wir in unserem intensivmedizinischen Patientengut einen Anstieg der über 85-Jährigen um über 10 %, einen Anstieg in der Altersgruppe der 65-75-Jährigen von rund 9 % bei gleich bleibenden Patientenzahlen in der Gruppe der 75-85-Jährigen.

Diese Entwicklungen des Alterns stellen veränderte Herausforderungen dar an die medizinische Versorgung und das Management von geriatrischen Intensivpatienten im Bezug auf die Multimorbidität, drohende Behinderungen und Funktionseinschränkungen durch die akute Erkrankung, unter Berücksichtigung ökonomischer Grenzen, den Aspekten der Lebensqualität und nicht zuletzt der zunehmenden Patientenautonomie.

Die medizinische Versorgung ist durch die besondere Fachlichkeit aller beteiligten Berufsgruppen in der Intensivmedizin bei geriatrischen Patienten gekennzeichnet, in der auch die somatopsychosoziale Situation der Patienten erfasst wird. Nur so kann gewährleistet werden, dass der Patient von Anfang an, über ein funktionsorientiertes biosoziales Krankheitsmodell, optimal in der Versorgungskette platziert werden kann.

Somit entwickelt die Geriatrie, beginnend mit der Intensivmedizin bei akuten Krankheitsexazerbationen ein interdisziplinäres Konzept, das sich als lineare Versorgungsstruktur bewährt hat.

Anhand ausgewählter Beispiele soll dieses Behandlungs- und Managementkonzept von der Aufnahme auf einer geriatrischen Intensivstation über die Behandlung und frührehabilitative Komplexphase bis hin zur Integration in die geriatrische Tagesklinik unter dem speziellen Aspekt der intensivmedizinischen Versorgung geriatrischer Patienten dargelegt werden.

HUBBARD R. E., MAHONY M. S. O', WOODHOUSE K. W.
CARDIFF, UNITED KINGDOM

Characterising the Frailty Phenotype

Introduction: Existing frailty measures emphasise physical strength, mobility and balance. Yet frailty is distinct from disability. The aim of this study was to characterise the frailty phenotype further.

Methods: Patients with a history of falls referred to Day Hospital for rehabilitation (DH) were compared to independent age-matched controls (IND) recruited from the community. Anthropometric, medical, physiological and functional assessments were performed at the Day Hospital by a single observer.

Results: 40 patients were recruited to each group, mean age 84.2 years (DH), 82.7 years (IND). There were no significant differences between groups in anthropometric measures including mean body mass index (25.8 vs. 26.26) and mid-arm muscle area (36.73 cm² vs. 39.48 cm²). 40 % of patients (DH) compared to 15 % (IND) reported weight loss of 5 kg or more in the preceding 12 months. There were significant differences in maximum grip strength (19.85 kg vs 26.45 kg), timed get-up-and-go (33.4s vs 12.25s), 6-minute walk (85 m vs 288 m) and FEV1 (1.29 vs 1.71 l/min). There were also significant differences in cognition

(MMSE 24.88 vs 27.60), mood (HAD score 13.93 vs 8.05) and quality of life (SF36 43.25 vs 61.93, EUROQoL 53.98 vs 74.72).

Discussion: Traditional physical performance measures of frailty along with mood and cognition are clearly discriminatory between DH and independent elderly group. In addition FEV1 and weight loss in preceding 12 months are significantly different and should be considered for inclusion in frailty indices.

HÜRNY C., RUSSENBERGER R.
ST. GALLEN, SCHWEIZ

Was macht alte Patienten zu schwierigen alten Patienten?

Problemstellung: „Difficult patients“ verhalten sich inadäquat, lösen bei den Betreuern negative Gefühle aus, sind häufig auch psychiatrisch krank und machen 10 %-15 % der Patienten im Akutkrankenhaus aus. Was charakterisiert schwierige Patienten in der Akutgeriatrie?

Methodik: Am Bürgerspital St. Gallen finden seit 1998 wöchentlich interdisziplinäre Fallbesprechungen von schwierigen Patienten statt. In einer retrospektiven Analyse 2003 wurde die Problemstellung definiert und der Grund für das Problem erarbeitet. Insgesamt wurden 20 Kategorien von Problemstellungen, eingeteilt in vier große Gruppen, und 15 Kategorien von Hauptursachen definiert.

Resultate: Bei 104 von 851 stationären Patienten wurde eine Fallbesprechung durchgeführt (12 %): 94 auswertbar, Durchschnittsalter 81 Jahre und 69 % Frauen. Die häufigsten Problemstellungen waren:

- therapieresistente Schmerzen (16,5 %)
- Verwirrtheit (9,6 %)
- ambivalentes Verhalten (8,7 %)
- Noncompliance (8,7 %)
- forderndes Verhalten (7,8 %)
- fordernde Angehörige (7,8 %)
- passives Verhalten (7,8 %)
- aggressives Verhalten (7,8 %)

Zusammengefasst war bei 45 % das Verhalten des Patienten das Hauptproblem, bei 35 % die Krankheitssituation, bei 11 % das Verhalten der Angehörigen und bei 9 % Konflikte im Betreuersteam. Hauptursachen des Problems waren Depression (27,7 %), Demenz/Delirium (27,7 %), manipulative Persönlichkeit (7 %), psychische Verstärkung eines Körpersymptoms (7 %), Körperkrankheit (7 %).

Diskussion: In der vorliegenden retrospektiven Analyse kommen schwierige Patienten in der Geriatrie etwa gleich häufig vor wie im allgemeinen Krankenhaus. Wie bei jüngeren Patienten ist das häufigste Problem für das Betreuersteam das inadäquate Verhalten des Patienten. Hauptursache dafür ist bei alten Menschen Demenz, Delir und Depression, während bei jüngeren Persönlichkeitsstörungen, Sucht und somatoforme Störungen im Vordergrund stehen. Therapieresistente Schmerzen sind bei jungen und alten schwierigen Patienten ein häufiges Problem.

JENULL-SCHIEFER B.
KLAGENFURT, ÖSTERREICH

Bedürfnisorientierte Aktivierung im Pflegeheim – eine quantitativ-qualitative Studie

Die Vergreisung unserer Gesellschaft, die mit erhöhter Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einhergeht, führt zu einer zunehmenden Institutionalisierung alter Menschen. Pflegeheime übernehmen die Aufgabe der Versorgung und werden aufgrund mangelnder finanzieller und personeller Ressourcen der Aufgabe, würdiges und aktives Altern zu ermöglichen, nicht immer gerecht.

Vor dem Hintergrund psychologischer Alternstheorien, für die Aktivität in engem Zusammenhang mit Wohlbefinden und einer guten Adaptation an den Alterungsprozess steht, befasst sich vorliegende Studie mit dem institutionalisierten Aktivsein unter dem Aspekt von individueller und organisierter Aktivität. Um möglichst umfassende und praxisrelevante Ergebnisse zu erhalten, erfolgte die Datenerhebung in zwei Schritten. Über einen quantitativen Zugang wurde der Stellenwert von Aktivität in Pflegeheimen aus der Perspektive von BewohnerInnen (n = 255) und Pflegepersonen (n = 171) erhoben.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine Aktivierung, die an früheren Aktivitätsgewohnheiten, individuellen Interessen und Handlungsmotiven anknüpft, mittels der standardmäßig bereitgestellten Aktivitäten nicht gewährleistet werden kann. Die Bedeutung subjektiv sinnvoller Tätigkeiten im speziellen und Aktivität im Allgemeinen wurde seitens des Pflegepersonals durchgängig unterschätzt. Mit problemzentrierten Interviews sollte ein tieferes Verständnis zu Interessen und Handlungsmotiven von HeimbewohnerInnen erreicht werden. Aus 131 transkribierten Interviews konnten Faktoren abgeleitet werden, an denen eine individuelle und selbstbestimmte Aktivierung ansetzen soll. Die Ergebnisse sind in dem 3-Ebenen-Modell zur bedürfnisorientierten Aktivierung zusammen gefasst. Das vorzustellende Modell bildet die Grundlage für eine theoretisch fundierte Erarbeitung eines Screeninginstruments, anhand dessen Aktivierungspotenziale unter der Berücksichtigung der bisherigen Lebensführung erkannt und subjektiv sinnvolle, motivpassende Aktivierungsvorschläge und Betreuungmaßnahmen abgeleitet werden können.

KAISER H. J., KRAUS B.
ERLANGEN-NÜRNBERG, DEUTSCHLAND

Die Mobilität Älterer als Problem von Sozialverhalten und Lebenswelt

Die Staaten Europas beginnen sich angesichts der bekannten demographischen Veränderungen auf eine Verkehrswelt einzustellen, die in viel stärkerem Maße als bisher von der (motorisierten) Verkehrsteilnahme älterer Menschen und damit von deren Interessen und Möglichkeiten her geprägt sein wird. Eine Ausgrenzung Älterer, beispielsweise aufgrund von Behinderungen oder Leistungsschwächen, ist weder aus ethischer noch praktischer Sicht akzeptabel. Deshalb wurde die Mobilität der Senioren, insbesondere deren Verkehrsbeteiligung, zum Gegenstand wissenschaftlicher Studien gemacht. Eine aktuelle, derzeit noch laufende Untersuchung stellt das von der EU geförderte internationale Projekt SIZE (Life Quality of Senior Citizens in Relation to Mobility Conditions) dar, an dem acht europäische Länder beteiligt sind.

Ungeachtet einiger nationaler Eigenheiten und Unterschiede kann man sagen, dass bereits ein erster Untersuchungsabschnitt von SIZE, eine qualitative Studie über die Mobilitätserfahrungen von Senioren einschließlich einer Befragung von Experten, für eine Veränderung des Blickwinkels bei den Bemühungen spricht, auch älteren Menschen eine möglichst hohe Mobilität mit möglichst geringem Risiko zu ermöglichen.

Obwohl selbstverständlich die Befriedigung der Mobilitätswünsche der Senioren durch den Einsatz von Technik erleichtert werden kann, obwohl physikalische Umweltgegebenheiten Hindernisse oder auch förderliche Bedingungen für die Mobilität darstellen können, werden diese Aspekte von den Befragten nicht unbedingt besonders hervorgehoben. Die Älteren interpretieren ihren Lebensraum als Lebenswelt, in der die Dinge und Menschen um sie herum in ihrer Bedeutung für die eigene Person, in Relation zu ihren Werten und Zielen wahrgenommen werden. Dabei wird dem Handeln der Mitmenschen im öffentlichen Raum ein besonderer Stellenwert bei der Planung und Verwirklichung von Mobilität zugeschrieben. Das Sozialverhalten der Menschen in der heutigen Verkehrswelt ist offensichtlich ein bislang unterschätzter Faktor in den Mobilitätsbedingungen der älteren Mitbürger.

KANZIAN B., MERZEDER W.
WIEN, ÖSTERREICH

Senior-Care-Technologien für Österreich

Pflege im eigenen Heim wird zunehmen: Der Privathaushalt wird künftig noch stärker als Ort der Pflege zum Einsatz kommen. Wurde Pflege noch vor kurzem als stationäre Einrichtung gesehen, so beginnt sich nun die Pflegedienstleistung in Richtung einer bedarfsorientierten Hilfestellung zu entwickeln. In den letzten Jahren haben sich Konzepte und Technologien etabliert, die dem Wunsch der älteren und pflegebedürftigen Menschen entgegenkommen, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Beispielhaft sollen hier nur einige dieser Konzepte genannt werden:

- barrierefreie Wohnräume
- intelligente Sicherheitssysteme
- TeleMedizin und TeleCare
- seniorenspezifische Dienstleistungen
- Smart Homes

Technologieunterstütztes Wohnen: In einem eigenen Kapitel dieser Studie wurden beispielgebende europaweite Projekte ausgewählt, um einen Überblick über den Stand der Technologien im Bereich Senior-Care zu geben. Der Schwerpunkt lag bei Smart-Home-Anwendungen. Dazu wurden drei Wohnprojekte in Norwegen, zwei in Finnland, fünf Projekte in Großbritannien, drei Projekte in den Niederlanden, vier in Deutschland, zwei Projekte in Italien, und jeweils ein Projekt in Schweden und Belgien untersucht.

Technikakzeptanz der älteren Menschen: Technische Hilfen können und sollen nicht als Ersatz für persönliche Zuwendung betrachtet werden. Sie sind nur dann sinnvoll, wenn sie als zusätzlicher Baustein in ein Betreuungs- und Versorgungskonzept integriert werden können. Die Entscheidung darüber, ob technische Unterstützungsmöglichkeiten dabei helfen können, die Selbstständigkeit von Demenzkranken zu verlängern oder ihre Betreuung zu erleichtern, muss immer im Einzelfall getroffen werden.

Technologien haben in Österreich Zukunft: Österreich sollte in diesem Bereich den bereits vorhandenen Abstand zu innovativen Staaten aufholen.

Um in Österreich Wohnräume für ältere Menschen mit unterstützender Technologie zu schaffen, müssten wichtige Schritte initiiert werden. Diese beginnen bei der Bewusstseinsbildung der Entscheidungsträger, den Besuch und der Bewertung ausgewählter europäischer Wohnmodelle bis hin zur Realisierung einer oder mehrerer Wohnungen in Österreich.

KERSCHAN-SCHINDL K.
WIEN, ÖSTERREICH

Auswirkungen von körperlichem Training auf Bewegungssicherheit und Verletzungsrisiko

Bedingt durch die altersabhängigen Veränderungen der Sensorik nimmt das Sturzrisiko mit zunehmendem Alter zu. Die strukturellen und metabolischen Veränderungen im Knochen des alten Menschen erhöhen die Gefahr von Frakturen.

Regelmäßige körperliche Aktivität bedingt jedoch eine ständige Anpassung des Knochens an wechselnde Belastungsanforderungen. So konnte gezeigt werden, dass regelmäßige körperliche Aktivität älterer und alter Menschen zwar nicht das Risiko zu stürzen, aber das Risiko einer Schenkelhalsfraktur erheblich reduziert.

Krafttraining bringt zwar klinisch bedeutsame Zuwächse an Kraft, günstige Einflüsse auf funktionelle Limitationen und das Risiko zu stürzen sind aber unsicher.

Das American College of Sports Medicine empfiehlt gebrechlichen und sehr alten Personen neben dem Krafttraining auch Übungen, die auf eine Verbesserung der gesamten Sensorik abzielen, um die posturale Stabilität möglichst lange zu erhalten. Tai Chi etwa, eine anerkannte Form des Sensoriktrainings, reduziert – wie in einer Studie gezeigt werden konnte – bei über 70-Jährigen sowohl die Angst zu stürzen als auch das Risiko mehrfacher Stürze innerhalb von vier Monaten deutlich. Überdies verlangsamt regelmäßiges Tai-Chi-Training die Knochendichteabnahme bei postmenopausalen Frauen. Vibrationstraining als eine weitere Form des Sensoriktrainings wirkt sich sowohl auf die Knochendichte als auch auf die Bewegungssicherheit günstig aus.

KING M.
BREGENZ, ÖSTERREICH

Lebensräume für Jung und Alt – eine neue Wohn- und Lebensform mit präventivem Ansatz!

In den kommenden 15-20 Jahren wird die Zahl der pflegebedürftigen und besonders die der demenzkranken Menschen erheblich steigen. Weder die familiären noch die institutionellen Pflegesysteme werden ausreichend in der Lage sein, die Probleme zu lösen. Es ist bekannt, dass Pflegebedürftigkeit bei entsprechender Milieugestaltung mit präventivem Charakter in vielen Fällen verhindert bzw. weit hinaus geschoben werden kann.

Einen Weg in dieser Richtung hat die St. Anna-Hilfe mit dem Konzept „Lebensräume für Jung und Alt“ entwickelt. In den vergangenen zehn Jahren sind in Deutschland 19 Wohnanlagen und jetzt auch in Österreich, in der Stadt Bregenz, eine Wohnanlage nach diesem Konzept entstanden. In den Wohnanlagen wird ein präventiver Ansatz mit folgenden Prämissen verfolgt:

- Je nach Gemeindegröße werden Wohnanlagen mit ca. 15-70 Wohneinheiten erstellt.
- In den Wohnanlagen leben Menschen aller Altersgruppen und sozialer Schichten.
- Das Normalitätsprinzip steht im Vordergrund.
- Es sind die Voraussetzungen für eine lebendige Gemeinschaft gegeben.
- Hilfe zur Selbsthilfe.
- Nachbarschaftliche Hilfeleistungen werden initiiert und gefördert.
- Subsidiarität bzw. Nachrangigkeit professioneller Dienstleistungen.
- Umzug in ein Pflegeheim nur als letztes Mittel, z.B. ständige Überwachungsbedürftigkeit und schwerste Demenz verbunden mit Verhaltensauffälligkeiten.
- Professionelle Gemeinwesenarbeit moderiert das Leben in der Wohnanlage und vernetzt die Wohnanlage mit dem Gemeinwesen.

Die über zehnjährigen Erfahrungen zeigen, dass in allen bestehenden Wohnanlagen die oben erwähnten Prämissen in hohem Maße erreicht wurden. Entscheidend ist jedoch – und dies hat sich eindeutig herausgestellt – die professionelle Gemeinwesenarbeit ausgeübt durch eine/einen geschulte/n Sozialarbeiter/in oder ähnliche Profession. Ein systemischer Denkansatz ist mit entscheidend. Es kann nachgewiesen werden, dass in vielen Fällen Aufnahmen in ein Pflegeheim verzögert oder gar verhindert werden konnten. Unsere Wohnanlagen sind ein volkswirtschaftlich höchst interessanter Ansatz und ein Beitrag zur Lösung der anstehenden Probleme, vor allem im Bereich der Pflege alter Menschen. Zudem bewirkt das Zusammenleben verschiedener Generation im außerfamiliären Bereich, moderiert durch die Gemeinwesenarbeit, die Stärkung der Verantwortung für den Nächsten und das Entstehen nachbarschaftlicher Hilfesysteme.

KITTL H.
SALZBURG, ÖSTERREICH

Humor in Palliative Care – Spannungsfeld oder Lebensqualität

Krankheit, Sterben und Alter – wer denkt dabei schon an Humor und Heiterkeit? Es herrscht noch immer die gängige Vorstellung, dass kranke und alte Menschen sowie deren Angehörige nichts mehr zu Lachen haben und Heiterkeit längst aus ihrem Leben verschwunden oder verbannt sind. Lebensfreude und heitere Gelassenheit scheinen gemäß dieser Logik nur angesichts vollständiger Gesundheit oder zumindest nur vorübergehender Beschwerden möglich zu sein.

Heiterkeit und Lachen wird in unserer Gesellschaft von den meisten Menschen als Ausdruck von Freundschaft, Gemeinsamkeit und Entspannung gesehen. Humor und Lachen vermitteln ein positives, lebensbejahendes Bild und an Orten, wo diese Stimmung vorherrscht, halten Menschen sich gerne auf.

Genau dieses Bild aber wollen wir ja auch in unseren Einrichtungen haben. Ob Pflegeheim, Hospiz oder Krankenhaus, überall bemüht man sich, dass Menschen sich wohlfühlen, Geborgenheit und individuelle Lebensqualität erleben. Humor ergibt sich oft spontan, und wenn das Personal auf diese humorvollen Interaktionen „einsteigt“ kann es wesentlich zum Erleben von Humor und damit zur Bewältigung schwieriger Lebensmomente und Situationen beitragen. Pflegende die diese natürliche humorvolle

Haltung leben, sind bei Patienten meist sehr beliebt, sind sie doch selber manchmal nicht in der Gemütslage, eine positive heitere Lebenshaltung aus eigener Kraft aufrechtzuerhalten oder zu fördern.

Was ich meine, wenn ich von Humor spreche, ist emphatisches „miteinander Lachen“, zarte Fröhlichkeit, die das Gegenüber nicht verletzt oder überfährt. Nicht taktlose Witze, sondern kleine Scherze, die vom Herzen kommen, sind es, die zu einer Stimmung des Miteinanders beitragen.

Natürlich kann man Trauer und Leid damit nicht aus der Welt schaffen aber die Last kann zumindest für eine kurze Zeit gelindert werden. Angehörige und Patienten bestätigen uns immer wieder, dass diese heitere Stimmung in unserem Hospiz es ihnen ermöglicht hat, diese schwierige Zeit zu überstehen und sie gerne zu uns gekommen sind. Humor ist ein Teil der Qualität die Menschen im Leben brauchen, und um Leben geht es in der Arbeit mit Menschen immer!

KLIE T.
FREIBURG, DEUTSCHLAND

Die Würde als Leitprinzip der Geriatrie

Das Konzept der Menschenwürde, in den Verfassungen unserer Länder und supranationalen Charten als anthropologischer Konsens verbindlich verankert, sieht den Menschen einerseits als einzigartiges Subjekt, das zur Selbstbestimmung befähigt und in seiner Privatheit geschützt ist und andererseits als Teil der Gesellschaft, ausgestattet mit Teilhaberechten und Ansprüchen auf Schutz und Solidarität. Das Doppelgesicht der Menschenwürde – Autonomie und Teilhabe – zeigt sich in besonderer Weise in der Geriatrie. Im medizin-ethischen Relationsmodell werden die unterschiedlichen Facetten des Menschenwürdekonzeptes reflektiert, für ethische Entscheidungsdilemmata bearbeitbar gemacht und die Bedeutung kommunikativer „Herstellung“ von Würde sichtbar. Ein differenziertes Würdeverständnis als Leitbild der Geriatrie mit entsprechender Prozeduralisierung für den geriatrischen Alltag kann sich als wichtige Basis ethischer Selbstbindung und -regulierung in der Geriatrie bewähren. Die Themen für die Bewährungsproben sind bekannt.

KLIE T.
FREIBURG, DEUTSCHLAND

Die Integrierte Versorgung oder was kommt nach den DRGs

Mit der Integrierten Versorgung wird in Deutschland seit 2001 versucht, Antworten auf die bekannten Probleme fragmentierter Versorgung (Qualitätsprobleme, Effizienzeinbußen) zu finden. Dabei werden konsequent Outcome-orientierte gesundheitsökonomische Steuerungsansätze gewählt, die es Netzwerken von Leistungsanbietern möglich machen, auf der Basis von Patientenbudgets eine integrierte Versorgung der Patienten anzubieten – vom Krankenhaus über Apotheken, niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Therapeuten bis zu Sanitätshäusern und Fahrdiensten. Seit 2003 ist die Integrierte Versorgung, die einen Wettbewerb unter den Kassen und unter Praxisnetzwerken auslösen soll, mit weiteren finanziellen Anreizen ausgestattet worden, um sie in der Fläche zu implementieren. Es geht dabei darum, neben das bestehende Versorgungssystem in Deutschland neue pluralistische Ansätze zu

stellen, die gerade für den geriatrischen Bereich hohe Relevanz besitzen. Auf dem Symposium werden die konzeptionellen und rechtlichen Grundlagen der Integrierten Versorgung vorgestellt (Hildebrandt), Beispiele der Umsetzung mit besonderem Bezug zur Geriatrie dargestellt (Frommelt und Greuel) und die Frage diskutiert, welche Impulse der Ansatz der Integrierten Versorgung für das Gesundheitswesen und die Geriatrie in Österreich geben kann.

KLUG G.
GRAZ, ÖSTERREICH

Geht Geronto-Psychiatrie moderne Wege? GGPM – Grazer Geronto-Psychiatrisches Modell. Struktur und Konzept für ein geronto- psychiatrisches Home Treatment

Problemstellung: 25% der über 65-Jährigen leiden an einer psychiatrischen Erkrankung. Seit den 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts ist die psychische Versorgung älterer und alter Menschen ein eigenes Problemfeld extramuraler und ambulanter Tätigkeiten. In Österreich fehlen umfassende Konzepte.

Methode: Aufgrund des bestehenden Versorgungsproblems wurde von der Sozialabteilung der Stadt Graz ein Arbeitskreis zur extramural gerontopsychiatrischen Versorgung initiiert. Dieser beauftragte die Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie des Psychosozialen Zentrums Graz-Ost mit der Entwicklung eines Konzepts. Daraufhin wurden Ist-Situation und gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf erhoben, deutschsprachige Projekte begutachtet und eigene Studien- und Praxiserfahrungen berücksichtigt. In einer randomisierten Studie mit einer modellbetreuten und einer standardbetreuten gerontopsychiatrischen Gruppe wurde die Wirksamkeit eines mobilen gerontopsychiatrischen Fachdienstes überprüft.

Ergebnisse: Das Konzept zum Grazer Geronto-Psychiatrischen Modell GGPM wurde von Stadt und Arbeitskreis unverändert angenommen. Die Umsetzung wird zur Zeit verhandelt. Das GGPM ist ein flexibles dynamisches Modell. Es definiert Versorgungselemente und Strukturen. Es gibt mögliche Ablaufprozesse einer extramuralen gerontopsychiatrischen Versorgung wieder und vernetzt Versorgungspartner und Patienten im jeweils erforderlichen Ausmaß. Erste Ergebnisse der Randomisierungsstudie zeigen u.a. signifikante Unterschiede in der Entwicklung der psychiatrischen Symptomatik und Heimeinweisungshäufigkeit zwischen modellbetreuter und standardbetreuter Gruppe.

Diskussion: Nur eine entsprechende Vernetzung und Kommunikation aller Beteiligten macht das GGPM erfolgreich. Die Notwendigkeit eines Gerontopsychiatrischen Zentrums sowie zusätzlicher Demenztagesstätten wird verdeutlicht. Erste empirische Daten belegen die Effizienz des mobilen gerontopsychiatrischen Fachdienstes. Integriert im GGPM bedeutet dessen weiterer Ausbau eine wesentliche Verbesserung der Möglichkeiten für die Lebenssituation gerontopsychiatrisch Erkrankter sowie für deren soziales Umfeld.

KOLB G.
LINGEN (EMS), DEUTSCHLAND

„Frailty“ des Knochenmarks

Granulozytenzahl und Granulozytenfunktion spielen eine zentrale Rolle sowohl hinsichtlich des Erfolges, aber auch der Komplika-

kationsträchtigkeit einer zytoreduktiven Tumortherapie. Von Wichtigkeit sind daher die Fragen, ob altersbedingte Veränderungen existieren und ob sie entsprechend kompensiert werden können:

- Gibt es eine altersbedingte Abnahme der pluripotenten hämatopoetischen Stammzellzahl?
- Gibt es eine altersbedingte Dysfunktion der hämatopoetischen Wachstumsfaktoren und Zytokine?
- Wie kann die gesteigerte Myelotoxizität bei den Älteren erklärt werden?

Im Hinblick auf die Stammzellkompartimente unterscheidet man eine anatomische von einer funktionellen Betrachtungsweise. Die anatomischen Kompartimente der Blutbildung sind: Das Knochenmark, die Leber und das sogenannte periphere Kompartiment der Gefäße und des Interstitiums. Setzt man das Knochenmark arbiträr mit 0,1 an, so entspricht das anatomische Leberkompartiment 0,5 und der periphere Pool mit 0,1 immerhin noch einem Zehntel des Knochenmarkes und damit auch der Stammzellen. Betrachtet man die altersphysiologischen Veränderungen mit einem Rückgang des auch für die Poolung von pluripotenten hämatopoetischen Stammzellen relevanten Lebergewebes auf 40-20 % im Senium, so sind alleine diese Altersveränderungen hämatologisch durchaus relevant. Die physiologisch relevantere Betrachtungsweise ist jedoch die funktionelle. Nach einem Modell nach Balducci (1) haben wir mit dem Alter eine Verschiebung der funktionellen Stammzellreserve hin zum peripheren Pool, der sich gewissermaßen in der permanenten Auseinandersetzung mit Krankheitserregern speziell bei septischen Episoden aber auch bei Chemotherapie befindet. Betrachtet man die Reaktion des Knochenmarkes auf derartigen „hämatopoetischen Stress“, wie etwa eine Sepsis oder jede ausgeprägte zytoreduktive Chemotherapie, so findet man bei den Älteren im Vergleich zu den Jüngeren eine reduzierte Stammzellzahl (2). Diese Veränderungen sind relevant etwa ab dem 70. Lebensjahr und somit Ausdruck einer verminderten Kompensationsfähigkeit zum Ausgleich solcher Stresszustände.

Im Alter findet man jedoch auch eine kompromittierte Produktion und Funktion der hämatopoetischen Zytokine. Granulozytärmonozytäre Wachstumsfaktoren (GM-CSF) finden sich im Alter in zunehmend geringerer Konzentration im Plasma (3); wohingegen die Myelopoese inhibierenden Zytokine wie IL-6 (4) oder TNF- α (5) im Alter höhere Plasmakonzentration aufweisen. Für Erythropoetin sind die Befunde im übrigen noch widersprüchlich (6).

Es finden sich aber auch Störungen der *Granulozytenfunktion* – z.B. Phagozytose und Bakterizidie, oxydativer Metabolismus und intrazelluläre Kalziumkonzentration sowie Hexosemonophosphatshunt aber auch Chemotaxis und Chemokinese. In jüngsten Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Phagozytose, aber auch der Hexosemonophosphattransport signifikant in Abhängigkeit vom Lebensalter verändert, d. h. im Alter reduziert sind. So haben die Granulozyten eines 80-jährigen nunmehr etwa die Hälfte der phagozytischen Kompetenz wie die eines jugendlichen, etwa 20-jährigen Menschen (7). Der intrazelluläre Kalziumgehalt, von dem ein negativer Effekt auf die phagozytische Aktivität bekannt ist, steigt hingegen in Abhängigkeit vom Lebensalter kontinuierlich an. Andere Funktionen wie die Chemotaxis zeigen ebenfalls eine Altersabhängigkeit, jedoch mit geringerer statistischer Signifikanz. Ähnliches gilt für die Bakterizidie (i.e. bacterial killing). Die geschilderten Veränderungen zeigen durchaus Parallelen zu Befunden, wie man sie in früheren Untersuchungen bei Patienten mit Diabetes mellitus und/oder chronischer Niereninsuffizienz unter Hämodialysebehandlung messen konnte (8). Die klinische Relevanz dieser ex vivo Daten im Sinne einer zunehmenden

Sepsisgefährdung während einer Chemotherapie ist bislang nicht bewiesen, aber Evidenz-trächtig, zumal speziell im Fall der chronischen Hämodialyse bekannt ist, dass repetitive Stimulation kompromittierter Granulozyten sowohl mit akuten Komplikationen im Sinne einer „Schocklunge“ (9, 10) als auch mit einem schlechten klinischen Ausgang korreliert sind. Es ist daher durchaus überlegenwert, ob nicht die proliferationsfördernden, sondern gerade auch die funktionsstimulierenden Eigenschaften von Wachstumsfaktoren im Fall der älteren Patienten günstig wirken.

Völlig klar hingegen ist, dass eine reduzierte Stammzell-Reserve und/oder eine eingeschränkte Granulozytenfunktion im Alter von erheblicher klinischer Relevanz im Hinblick auf die Entwicklung einer febrilen Neutropenie sind. So ist der Leukozyten-Nadir bei älteren Individuen in der Regel tiefer und anhaltender. Die Hospitalisierungsphasen sind dadurch nachgewiesermaßen länger, insbesondere wenn die Behandlung längerwährend über mehrere Zyklen durchzuführen ist. Einen entscheidenden Einfluss auf Leukopenie und febrile Sepsis hat auch das Vorhandensein und die Ausprägung der Komorbidität (11), speziell chronische Entzündungen. Von einer allgemeinen Empfehlung oder gar von Leitlinien für den Einsatz von Wachstumsfaktoren bei älteren Tumorpatienten ist man trotz aller Evidenz doch noch weit entfernt, wobei eine Reihe von Vorteilen zumindest bei bestimmten Tumoren bewiesen sind (12, 13). Uneinheitlich sind derzeit noch die Stellungnahmen zur primären Supportion/Prävention mit Wachstumsfaktoren, wohingegen für die sekundäre Prävention die Entscheidung klar ist und sich danach richtet, ob im ersten Zyklus eine verlängerte, und/oder febrile Neutropeniephase aufgetreten ist.

Literatur

- Balducci L et al. Hematopoietic reserve in the older Cancer patient: Clinical and economic considerations: *Cancer Control*, IMCC 2000; 7 (6): 548-556
- Lipschitz DA. Age related decline in hematopoietic reserve capacity. *Semin Oncol* 1995; 22: Suppl 1: 3-6.
- Ligthart GJ, Corberand JX, Fournier C, et al. Admission criteria for immunogerontological studies in man: the SENIEUR protocol. *Mech Ageing Dev*. 1984; 28: 47-55.
- Ershler WB, Sun WH, Binkley N, et al. Interleukin-6 and aging: blood levels and mono-nuclear cell production increase with advancing age and in vitro production is modifiable by dietary restriction. *Lymphokine Cytokine Res*. 1993; 12: 225-230.
- Baraldi-Junkins CA, Beck AC, Rothstein G. Hematopoiesis and cytokines. Relevance to cancer and aging. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2000; 14: 45-61
- Balducci L et al. Hematopoietic growth factors in the older cancer patient. *Curr Opin Hematol* 2001; 8: 170-8
- Wenisch C, Patruta S, Daxböck F, Krause R, Hörl W. Effect of age on human neutrophil function. *J Leuk Biol* 2000; Vol. 67: 40-41
- Kolb G. Granulozytäre Unverträglichkeitsreaktionen unter der Hämodialysebehandlung. *Fortschr Med* 1993; 111: 130-131
- Kolb G, Nolting C, Eckle I, Müller T, Lange H, Havemann K. The role of membrane contact in hemodialysis-induced granulocyte activation. *Nephron* 1991; 57: 64-68
- Kolb G. Pulmonale (Neben)Wirkungen extrakorporaler Therapieverfahren. *Wien Klin Wochschr* 1996; 108: 15-20
- Balducci L, Extermann M. Management of Cancer in the Older Person: A Practical Approach. *The Oncologist* 2000; 5: 224-237
- Bokemeyer C et al. Use of Hematopoietic Growth Factors in Elderly Patients Receiving Cytotoxic Chemotherapy. *Onkol* 2002; 25: 32-39
- Honecker F, Wedding U, Späth-Schalwalbe E, Lipp HP, Kolb G, Bokemeyer C. Einsatz hämatopoetischer Wachstumsfaktoren bei der Chemotherapie älterer Tumorpatienten. *Arzneimitteltherapie* 2001; 12: 386-393

KOLB¹ G., BODAMER¹ I., GALSTER¹ H., GRAMBACH³ K., SEIDL-MAYER¹ C., SPANNAGEL² U., BROM² J., WEIDINGER² G.

¹ LINGEN (EMS), ² NÜRNBERG, ³ THUINE, DEUTSCHLAND

Ist eine individualisierte Risikostratifikation möglich – wer benötigt Heparin, wie lange?

Die peri- und postchirurgische Thromboembolieprophylaxe bei Hochrisikopatienten ist ein seit langem etablierter Therapiestandard. Kontrovers diskutiert wird jedoch die Dauer der Prophylaxe. Universelle oder gar international akzeptierte Richtlinien hierfür existieren deshalb nicht. In einigen klinischen Studien gab es allerdings Hinweise, dass zumindestens das Thromboembolierisiko länger andauert als die übliche stationäre Behandlungsdauer, die oftmals auch der Dauer der Prophylaxe entspricht (1, 2). Nachgewiesen ist überdies, dass ein trauma- und operationsbedingter hyperkoagulatorischer Zustand deutlich über den akutstationären Aufenthalt hinaus nachweisbar ist (2). Ziel der klinischen Studie CP-LP-1 war, zu prüfen, ob eine Verlängerung der Thromboembolieprophylaxe mit dem niedermolekularen Heparin Certoparin das Risiko einer venösen Thromboembolie – tiefe Beinvenenthrombose (TVT) und Lungenembolie (LE) – reduziert. Untersucht wurden definierte Hochrisikopatienten nach endoprothetischem Gelenkersatz oder Osteosynthese an den unteren Extremitäten (Hüfte und Knie). Die CP-LP-1 Studie war eine Multicenterstudie, randomisiert, doppelblind und placebokontrolliert (3). 360 Patienten waren initial aufgenommen, alle erhielten 3000 Einheiten Anti-Xa Certoparin einmal täglich für 14 Tage (Akutphase = Phase A). Am Tag 14 wurde randomisiert in einen Arm mit verlängerter Certoparin-Gabe bis Tag 42 post-OP (Phase B) versus Placebo. Von Tag 14 bis Tag 42 fielen 29 Patienten aus, wegen studienunabhängiger Effekte oder Rücknahme der Einverständniserklärung. Zehn Patienten konnten wegen Protokollverletzungen nicht endgültig ausgewertet werden. Deshalb war die sog. Per-Protokoll-Gruppe auf 273 Patienten beschränkt; 146 Patienten davon erhielten Certoparin und 127 Patienten erhielten Placebo. Die demographischen und antropomorphometrischen Charakteristika der beiden Gruppen unterschieden sich nicht. Acht Patienten in der Certoparin-Gruppe entwickelten Thromboembolien (Per-Protokoll-Gruppe: 5,5%, 7 davon eine TVT, eine LE). Im Vergleich zu 18 Patienten der Placebo-Gruppe (14,2%, 17 TVT, 1 kombinierte TVT und LE). Die statistische Analyse ergab einen hochsignifikanten Vorteil für die verlängerte Prophylaxe mit Certoparin mit einer relativen Thrombosereduktion von 61%. Zwei unbedeutende Blutungskomplikationen (Hämorrhoidalblutungen) traten in der Certoparin-Gruppe auf, zwei Patienten verstarben während der Studie an Bronchopneumonien. Zusammenfassend zeigt die vorliegende Studie klar, dass nach endoprothetischen Maßnahmen an Hüfte oder Kniegelenk ein erhöhtes Thromboembolierisiko über zumindest fünf Wochen persistiert und deshalb eine verlängerte Prophylaxe mit niedermolekularem Heparin bei diesen Patienten dringend zu empfehlen ist. Als Nebenziel der Studie wurde eine Gerinnungsanalyse durchgeführt. Dabei zeigte sich das Fibrin-D-Dimere und -Monomere einen hohen Vorhersagewert für Thromboembolie-Ereignisse haben. In der Regel steigen sie als Marker 7-10 Tage vor dem klinischen Thromboembolieereignis an. Andere etablierte Prädiktoren wie eine Faktor V-Leyden-Mutation (APC-Resistenz) hingegen spielen im Alter keine Rolle, da dieses Risiko bereits in den ebenfalls prädiktiven Parameter „frühere Thrombose“ eingegangen ist.

Eine Subanalyse brachte einen weiteren interessanten Aspekt: Der Operationszeitpunkt bestimmt das Risiko der Früh(thrombose).

Wurden die Patienten innerhalb von 24 Stunden operiert, so war die Thromboserate zwei Mal geringer als wenn die Patienten mehr als 24 Stunden nach dem Frakturereignis operiert wurden (4).

Literatur

1. Planes A et al. Lancet 1996; 348: 224-8
2. Galster H, Kolb G et al. Thromb. Res 2000; 100: 381-8
3. G. Kolb et al. Annals of Hematol 2002; 81 Suppl 1 A 44
4. Schöpker M, Kolb G.F. Euro J Ger 2004; 6 Suppl 2: 45

Die Studie ist publiziert: Kolb G, Bodamer I, Galster H, Seidlmayer C, Grambach K, Koudela K, Eisele R, Becker C, Paal V, Spannagel U, Brom J, Weidinger G. Reduction of venous thromboembolism following prolonged prophylaxis with the low molecular weight heparin Certoparin after endoprothetic joint replacement or osteosynthesis of the lower limb in elderly patients. Thromb Haemost 2003; 90: 1100-1105

KOLLAR D. E.
GMUNDEN, ÖSTERREICH

Stationäre Hausgemeinschaften „Neue Wohnformen für ältere Menschen“

In Stadl Paura, Oberösterreich, entsteht derzeit ein neues Alten- und Pflegeheim mit 80 Bewohnerplätzen, unterteilt in acht Hausgemeinschaften mit je zehn BewohnerInnen. Die Baufertigstellung ist für April 2005 geplant.

Die St. Anna-Hilfe Österreich hat im Grundsatz beschlossen, neu zu errichtende Alten- und Pflegeheime nach dem Hausgemeinschaftskonzept zu erbauen und zu betreiben.

Anlass für die Neuausrichtung ist die aktuelle Situation, in der sich die Altenhilfe befindet, bzw. die künftig zu erwartenden und abschabaren Entwicklungen.

Die allgemeinen Entwicklungen in Verbindung mit der heutigen Individualisierung von Lebensformen und der steigenden Lebenserwartung haben erhebliche Konsequenzen für die Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. Ältere Menschen, die sich für das Wohnen in einem Wohn- und Pflegebereich entscheiden, wollen ihre Autonomie und größtmögliche Selbstständigkeit behalten. Sie suchen nach einem Ort, der für sie ein Zuhause ist, ihnen Wärme, Wohnlichkeit, Geborgenheit und größtmögliche Sicherheit bietet.

Deshalb ist das vordringliche Ziel der Einrichtungen der St. Anna-Hilfe, demenzkranke ältere Menschen würdevoll zu begleiten, ihnen in ihrer individuellen Erlebniswelt zu begegnen und sie gezielt zu fördern, um Selbstständigkeit und Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten. In familienähnlich strukturierten Hausgemeinschaften leben demenzkranke ältere Menschen zusammen und erfahren dort eine für sie vertraute Alltagsgestaltung in einer baulich angepassten Umgebung.

Durch bestehende organisatorische Erfordernisse vorgegebene Fremdbestimmung des Alltags in einer Institution wie ein Alten-Pflegeheim wurde die Eigeninitiative und Übernahme von Verantwortung für eine individuelle Lebensführung verhindert. Mit dem Hausgemeinschaftskonzept verfolgen wir in der St. Anna-Hilfe Österreich einen neuen Ansatz in der Versorgung von pflege- und betreuungsbedürftigen alten Menschen.

KRENN T.
WIEN, ÖSTERREICH

Die Würde des alten Menschen

Mein Referat „Die Würde des alten Menschen“ befasst sich nicht mit Statistiken und wissenschaftlichen Betrachtungen des alten Menschen, sondern mit dem Standpunkt, dass die Würde unantastbar ist – bis zuletzt. „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Doch ist die Würde des alten Menschen so unbestritten, wie das Grundgesetz es uns aufgibt?

Bei vielen alten und pflegebedürftigen Menschen geht in der letzten Lebensphase das psychosoziale Sterben dem körperlichen Sterben voraus. Belegbare Umfragen bestätigen die Angst vor dem Würdeverlust wenn man zum Pflegefall wird. Prof. Grond aus Deutschland spricht von einer „sozialen Euthanasie“. Die „soziale Euthanasie“ hat in dem Sinn Einzug gehalten, als die reine körperliche Pflege im Minutentakt gemessen wird und für zwischenmenschliche Zuwendung kein Raum gegeben ist.

Demente, alte Menschen verlieren ihre Autonomie und Würde, wenn sich keine Zeit findet, ihre Schmerzen, ihre Wünsche und Bedürfnisse, ihre Gefühlswelten zu erfassen und darauf einzugehen.

Über die Würde des Alters erst in Pflegeheimen nachzudenken erscheint mir als etwas zu spät! In Zeiten des fortschreitenden Sozialabbaus sollte es vor allem auch vermehrt ein politisches Thema sein. Eine Sozialpolitik der Gerechtigkeit und Solidarität wäre wünschenswert, damit die Lebenssicherheit und somit auch die Würde des alten Menschen sichergestellt werden kann.

Meine Ausführungen sollen keine Wiederholungen der durch die Medien gezerrten Begrifflichkeiten wie „Pflegeskandale, Personalnotstand“ sein, sondern ich möchte vor allem darlegen, dass Personalangel oder bauliche Strukturen oft nur sekundär eine Rolle spielen.

KRESSIG R. W.
GENÈVE, SCHWEIZ

Lied ohne Worte – verbale Kommunikation mit Demenzen

Bedingt durch Aphasie, Agnosie und Apraxie ist die Kommunikations- und soziale Integrationsfähigkeit dementer Patienten mit anderen Menschen eingeschränkt. Diese Problematik wird mit fortschreitendem Demenzschweregrad durch zusätzlich auftretende Verhaltensstörungen wie Agitation, Aggressivität, Schreien oder rastloses Umhergehen verstärkt. Aktivitätsprogramme, Verhaltenstherapie, Massage und Lichttherapie sind nur einige Beispiele entwickelter Pflegemodelle, die solche Verhaltensstörungen nicht-medikamentös verbessern sollen. Interventionen in Verbindung mit Musik scheinen bei dementen Patienten besonders geeignet, auf deren emotionale, kognitive und soziale Fähigkeiten zu wirken.

Das MOBEQ-Programm der geriatrischen Universitätsklinik Genf bietet spezialisierte Rehabilitationsmassnahmen für Patienten mit Mobilitäts- und Gleichgewichtsstörungen, die auch Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz offen stehen. Neben Workshops mit Tai Chi und Tanz, wird seit mehreren Monaten neu ein Rhythmik Kurs „Jaques-Dalcroze“ angeboten, der bei dementen Patienten zu überraschenden Verbesserungen der Kommunikationsfähigkeit und sozialen Integration geführt hat.

Ganganalysen bei älteren Damen mit jahrelanger Jaques-Dalcroze-Praktik zeigten eine aussergewöhnlich hohe Gangregelmässigkeit, die mit derjenigen junger Erwachsene vergleichbar war und möglicherweise mit einem verminderten Sturzrisiko einhergeht. Die ursprünglich für die Musikerziehung von Kindern und Adoleszenten gedachte Rhythmikform wurde in Zusammenarbeit mit dem Genfer Institut Jaques-Dalcroze den Bedürfnissen und Möglichkeiten älterer Menschen angepasst. Improvisierte Musik mit wechselnden Rhythmen, in Verbindung mit wiederkehrenden spielerischen Bewegungs- und Ausdrucksfolgen, ausgeführt in sozialer Interaktion wurden als Kernelemente der Rhythmik Jaques-Dalcroze beibehalten. Die sich über mehrere Wochen, sukzessive aufbauende Rhythmik-Intervention basiert massgeblich auf der Verwendung gängiger Melodien in Assoziation mit einfachen, nicht zu schnellen Bewegungsrhythmen.

In enger Zusammenarbeit mit der Stadt Genf ist geplant, die Rhythmikkurse Jaques-Dalcroze in verschiedenen Stadtquartieren, sowie auch Alters- und Pflegeheimen anzubieten.

LAGGNER A. N., PRIGLINGER U.
WIEN, ÖSTERREICH

Der geriatrische Patient aus der Sicht des Intensivmediziners

Der stetig steigende Anteil von alten Menschen in der Gesamtbevölkerung spiegelt sich auch in der Alterverteilung unserer Patienten wieder. Im Gegensatz zu jüngeren Patienten sind ältere Patienten oft chronisch krank und nicht selten besteht zusätzlich zum akuten Problem eine ausgeprägte Co-Morbidität.

Es stellt sich daher die Frage, inwieweit ältere Patienten im Vergleich zu jüngeren Patienten von Intensivmassnahmen profitieren können. Diese Frage stellt sich nicht nur, um unnötige Interventionen zu vermeiden und Leiden künstlich zu verlängern, sondern auch im Hinblick auf eine kostenbedingte Verknappung der Ressourcen.

Es ist allgemein bekannt, dass grundsätzlich die Mortalität mit dem Alter zunimmt. Eine Vielzahl von Studien bei Intensivpatienten belegt jedoch, dass die Mortalität von älteren Patienten auf der Intensivstation nicht so sehr vom Alter, sondern vom Schweregrad der Erkrankung und dem bisherigen Gesundheitszustand determiniert wird. Die Langzeitüberlebensrate bei älteren Intensivpatienten ist zwar geringer als bei jüngeren Patienten, es kann jedoch in einem relevanten Anteil noch eine gute Lebensqualität und ausreichende Selbstständigkeit erzielt werden. Inwieweit ältere Patienten von invasiven Massnahmen wie mechanische Beatmung oder Revaskularisation profitieren, hängt ebenfalls weniger vom Alter als vom Gesamtzustand des Patienten ab.

Das Alter des Patienten alleine sollte daher für die Aufnahme auf eine Intensivstation und die Durchführung von invasiven Massnahmen keine massgebliche Rolle spielen.

LEPPERDINGER G.
INNSBRUCK, AUSTRIA

Aging and Stem Cells

Higher organisms continuously renew tissues and thus maintain organ function by means of stem cells located throughout the adult body. This is in contrast to single-celled organisms and sim-

ple multicellular animals, whose life span primarily correlates with cellular longevity. Yet, stem cells of complex organism with multiple, highly specialized organs have life spans that may exceed those of the organism. Unique abilities of stem cells are self-renewal, differentiation and proliferation. Hence, stem cells potentially face extremely long replicative histories, and in due course, they may thus be subject of damage from several intracellular and extracellular sources. It is therefore of critical importance for an organism to maintain and control quantity and quality of stem cells within a given pool. Otherwise, when something goes awry within a stem cell, it is likely to have far-reaching effects. Conclusively, it is not only the inevitable process of aging that involves stem cells but also pathological incidences that are associated with aging such as age-associated diseases and frailty. The impact of stem cells aging on health will be subject of this contribution.

LESKY J.
TOBELBAD, ÖSTERREICH

Der ältere Kraftfahrer aus psychologischer Sicht

Das Thema der PKW-bezogenen Verkehrsteilnahme älterer Personen muss vor dem Hintergrund demographischer und gesellschaftlicher Entwicklungen differenziert betrachtet werden. Soziale Aspekte des Alterwerdens, altersbedingte Leistungsminderungen und Auswirkungen auf das Fahrverhalten, kompensatorische Bedingungen sowie Gestaltungsmöglichkeiten auf Seiten des Verkehrssystems sind wesentliche Aspekte der Thematik. Implikationen für die Eignungskriterien und diagnostischen Instrumente der verkehrspsychologischen Begutachtung werden diskutiert, rechtliche Rahmenbedingungen sowie Möglichkeiten und Grenzen gesetzlicher und freiwilliger Sicherheitsmassnahmen für ältere Verkehrsteilnehmer werden erläutert.

LÜTTJE D.
OSNABRÜCK, DEUTSCHLAND

Abbildbarkeit von Frailty im deutschen Abrechnungssystem g-DRG

Einführung: Frailty ist im deutschen Abrechnungssystem g-DRG-System weder begrifflich eindeutig noch relevant abgebildet. Patienten mit Frailty-Syndrom bedeuten jedoch einen diagnostischen und/oder therapeutischen und/oder pflegerischen Mehraufwand. Sie erfüllen daher die Definition einer relevanten Nebendiagnose. Darüber hinaus markieren Patienten mit Frailty-Syndrom in besonderer Weise ein geriatrisches Klientel. Eine Abbildung sollte daher angestrebt werden.

Methode: Medline-gestützt wurde nach einer relevanten und allgemein akzeptierten Definition von „Frailty“ gesucht. Da diese im Zeitraum 2000 bis aktuell nicht aufzufinden war, wurden relevante Begriffe, die in verschiedenen Kombinationen zur Definition von Frailty herangezogen wurden, identifiziert. Die Abbildbarkeit aber auch die Überprüfung auf Kostenrelevanz all dieser Begriffe zeigt, dass zum jetzigen Zeitpunkt eine relevante Abbildung des Komplexes „Frailty“ im Abrechnungssystem nicht möglich ist.

Analog zur Logik der aufwandsorientierten Kodiersysteme ist es daher erforderlich, eine (ggf. vorläufige) Definition von „Frailty“ festzulegen und eine einheitliche Kodierung (ggf. als Ziffern-

kombination †*) für exakt definierten Patientengruppen deutschlandweit in der Geriatrie (unter besonderer Berücksichtigung der Kalkulationshäuser) festzulegen. Nur hierüber kann eine Kostenrelevanz des Frailty-Syndroms gegenüber Patienten mit einzelnen, gleichen Diagnosen festgestellt werden. Eine deutliche Differenz der Aufwendungen für diese Komplexpatienten gegenüber Patienten mit Einzeldiagnosen aber auch der Gesamtgruppe der Patienten in der Geriatriischen Frührehabilitationspauschale ist allerdings kalkulatorische Voraussetzung.

Resultat: Eine Abbildbarkeit von „Frailty“ ist aktuell nicht gegeben. Eine (vorläufige) Definition und hieraus abgeleitete Kodierregeln sind Grundlage für eine zukünftige Kalkulation und eine hieraus entwickelbare Abbildbarkeit des Syndroms.

MAIER A. B., WESTENDORP R.G.J., VAN HEEMST D.
LEIDEN, THE NETHERLANDS

Frailty on cellular level

Frailty is mostly defined as a clinical syndrome, which is highly prevalent in old age. It has been used in a variety of ways to describe both people and conditions that apply to people. The essential feature of frailty is the notion of risk due to instability. Theories of ageing stress the importance of stochastic events leading to irreversible alterations in biological components. On cellular level stochastic events can be numerous and affect various parts of the cell integrity. Over time, the level of errors will become so harmful to the cellular homeostasis that a critical threshold of errors will finally be reached leading to cell death. Therefore it can be questioned if frailty is also present on cellular level.

Within the framework of the 85-Leiden plus study we are in the unique position to analyze the mechanisms of ageing and frailty on a cellular level against the background of the ageing phenotype. We obtained 68 skin biopsies (3 mm punch biopsies) from participants of our study, aged 90 years. Up to now we cultured these fibroblasts under standard conditions for more than 350 days with striking differences in growth kinetics and cell morphology. We found significant interindividual differences in the onset of cellular senescence characterized by a characteristic phenotype (increase of cell volume, bizarre forms, granular shape) and an increase of senescence specific markers, e.g. beta-galactosidase. Apart from this we found a strikingly different morphology in a small number of cultures that had no association with the senescent phenotype. First preliminary results regarding to underlying causes showed no influence of gender or common age related diseases.

Our further research will focus on factors affecting the cellular homeostasis by measuring (1) stress resistance depending on different genotypes and ageing phenotypes, (2) differences in telomere length and (3) gene expression profiles.

MAIR¹ S., GAERTNER¹ C., HALDER² W.
¹ INNSBRUCK, ² ZIRL, ÖSTERREICH

Sturzprophylaxe im Altersheim mit einem Trainingsparcour

Stürze im höheren Alter stellen eine große individuelle und volkswirtschaftliche Belastung dar. Altenheimbewohner haben im Vergleich mit zu Hause lebenden gleichaltrigen Menschen ein höhe-

res Sturzrisiko. Eine wesentliche Ursache für das erhöhte Sturzrisiko im Alter ist die Abnahme der Gleichgewichtsfähigkeit.

Ziel der Untersuchung war es, festzustellen, ob ein vierwöchiges Training in einem Therapieparcour zu einer Verbesserung des Gleichgewichts von Bewohnern eines Altenwohnheims führt.

Im Zuge der Arbeit wurde ein Therapieparcour in einem Altenwohnheim in Innsbruck eingerichtet. 30 Heimbewohner, darunter 28 Frauen und zwei Männer in einem Durchschnittsalter von 84,7 Jahren, wurden zu Beginn der Studie einem standardisierten Testverfahren, bestehend aus dem Tinetti-Test, dem Timed Up & Go-Test und drei Testaufgaben aus Bergs Balance Skala, unterzogen. Anschließend absolvierte die Interventionsgruppe (IG) über vier Wochen dreimal wöchentlich ein Training im Therapieparcour. Die Kontrollgruppe (KG) nahm nicht am Training teil. Nach vier Wochen wurden beide Gruppen erneut derselben Testreihe unterzogen.

Es konnte beim Retest eine signifikante Verbesserung innerhalb der IG in allen Einzeltests festgestellt werden. Die KG hingegen blieb in allen Tests unverändert. Im direkten Vergleich beider Gruppen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Es scheint, dass regelmäßiges Training auch bei Altenheimbewohnern zu einer Verbesserung des Gleichgewichtes führt und damit möglicherweise das Sturzrisiko verringert werden kann.

MEYER A.-K.
HAMBURG, DEUTSCHLAND

In wie weit können ambulante Betreuungsstrukturen die stationäre Langzeitpflege ersetzen?

Die Industriestaaten befinden sich im demographischen Umbruch. Die langjährigen Bemühungen um ein langes Leben zeigen großen Erfolg. Allgemeine Lebensbedingungen mit Verbesserung in Ernährung, Wohnumfeld, Arbeitsschutz und medizinischer Versorgung bescheren uns eine ausgesprochene Langlebigkeit. Damit verändern sich die Bedürfnisse und folglich das Anspruchsverhalten der älter werdenden Bevölkerung an die medizinische und pflegerische Versorgung.

Nicht mehr die akuten heilbaren Erkrankungen stehen im Vordergrund, sondern chronische Leiden mit oft über Jahre anhaltendem Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung und Versorgung.

Mit zunehmender Individualisierung der Lebensform in Einzelhaushalten ist das Vorsorgemodell „Großfamilie“ zur Rarität geworden. Die etablierte Betreuung in herkömmlichen Pflegeheimen stößt bei (potentiellen) Bewohnern auf begrenzte Akzeptanz und wird oft als ultima ratio empfunden.

Gefragt sind innovative Versorgungsstrukturen, die alten und hochaltrigen Menschen gleichermaßen einerseits die individualpersönliche Autonomie und andererseits gleichzeitig die solidarische Fürsorge zuteil werden lassen.

Vernetzung von Hausärzten mit ambulant tätigen Pflegediensten und Sozialstationen (PAGD, Hamburg), die Öffnung der noch starren Reglementierung der Pflegeversicherung hin zu personenzentriertem Pflegebudget (Freiburg), die Etablierung von Case-Managern (Praxisnetz Nürnberg-Nord) und die Reintegration von Langzeit-Heimbewohnern in Wohn- und Lebensgemeinschaften (Gütersloh) sind wegweisende Modelle, die sich hoher Nachfrage erfreuen. Diese zukunftsorientierten Projekte belegen, dass ambulante Betreuungsstrukturen eine reale nachgefragte Alternative zur stationären Langzeitpflege darstellen können. Für eine breite Etablierung jedoch ist ein

gesellschaftliches Umdenken und ein Umlenken finanziellen Ressourcen notwendig.

MRAK¹ P., RAKOVAC² I., GHARIBEH¹ A., SUTTER¹ B., MAUSER¹ E., YÖRÜK¹ S., SCHEIN¹ A., WINKLER¹ R., GABERC¹ B., SADILEK¹ G., MORITZ¹ A., JORDIS¹ K., PIEBER² T., GFRERER² R., BAUER¹ B.

¹ GRATWEIN, ÖSTERREICH, ² GRAZ, ÖSTERREICH

Gefahren der Unterversorgung älterer multimorbider Patienten am Beispiel Hypertonie und Möglichkeiten der Intervention durch Dokumentationssysteme.

Im Zeitraum vom 4. Quartal 2002 bis zum 4. Quartal 2004 wurden insgesamt 221 Diabetiker (55 männl./166 weibl.) älter als 65 Jahre an der AG/R des LKH Hörgas Enzenbach behandelt und mittels Basic Information Sheet (BIS) der WHO im Forum für Qualitätssicherung in der Diabetologie Österreich (FQSDÖ) dokumentiert.

Es zeigte sich eine hohe Prävalenz von kardiovaskulären Erkrankungen (CVD) sowie von Fußkomplikationen (Abb. 1)

Ein wichtiger und modifizierbarer Risikofaktor für CVD ist der erhöhte Blutdruck, wobei die Prävalenz des Hochdrucks mit dem Alter linear ansteigt und nicht nur bei Diabetes mellitus ein dramatisches Risikopotential darstellt.

Die Rate der kontrolliert behandelten Hypertoniker in Österreich liegt derzeit, soweit überhaupt bekannt unter 10 %, in unserem diabetischen Kollektiv hatten > 50 % den Zielbereich nicht erreicht. Die Inzidenzraten neu aufgetretener Myokardinfarkte und Insulte in den letzten zwölf Monaten in unserem Patientenkollektiv waren beträchtlich (Abb. 2)

Fazit: Die zunehmende Multimorbidität der älteren Patienten und damit die Notwendigkeit einer multifaktoriellen Betrachtung steigert die Gefahr einer Zunahme von Unterversorgung in wesentlichen Bereichen.

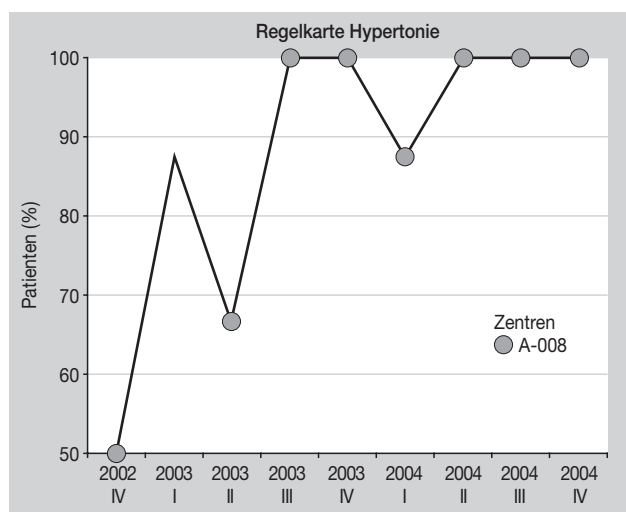


Abb. 1: Bei wieviel Prozent der Patienten mit einem gemessenen Blutdruck von mehr als 140/90 mmHg wurde eine Blutdruckbehandlung durchgeführt?

Es müssen daher Instrumente geschaffen werden um Strukturqualität (Erfassung, Messung, Selbstmessung), sowie Prozessqualität (Schulung, medikamentöse Therapie) in der Hypertoniebehandlung sicherzustellen.

Es besteht die Möglichkeit im Rahmen der Dokumentation im FQSDÖ (Forum für Qualitätssicherung in der Diabetologie Österreich) einen raschen und kontinuierlichen Überblick über die Behandlungsabläufe von Diabetikern mit Hypertonie zu erlangen und damit die Prozesssteuerung zu optimieren (Abb. 1).

Wir erachten es als essentiell, Dokumentationsinstrumente zu besitzen oder einzuführen die es ermöglichen, ältere Patienten mit Hypertonie häufiger:

- zu erfassen,
- zu therapieren und
- möglichst kontrolliert zu behandeln, um schwerwiegende und teure Komplikationen zu vermeiden.

MÜLLER K.

SCHAFFHAUSEN, SCHWEIZ

Kommunikation zwischen David und Goliath – Die Entwicklung der Geriatrie im Schatten der Akutmedizin am Beispiel eines kleinen Schweizer Kantons

Wo zwei medizinische Institutionen desselben kantonalen Gesundheitswesens die gleichen Patienten nacheinander in der Behandlungskette betreuen, gäbe es grundsätzlich mannigfache medizinische Anknüpfungs- und Schnittstellen für eine gute fachliche Kommunikation. Als Voraussetzung dafür wird eine Kultur des Austauschs von Informationen und Ideen benötigt, welche es jedoch mit persönlicher und professioneller Kompetenz über Jahre aufzubauen gilt. Seit 1988 wurde in vielen Schritten versucht, eine solche sachgemäße und patientenzentrierte Kooperation aufzubauen. Diese gelang aber nur teilweise oder vorübergehend, so am ehesten bei kniffligen oder mühsamen Problemstellungen. Leider war die Zusammenarbeit nicht selten einerseits geprägt von unmissverständlichen Weisungen hinsichtlich einer sofortigen Patientenübernahme sowie andererseits von mangelndem Respekt bis zur Nichtbeachtung durch einzelne Berufsgruppen. Treu der Erkenntnis: „Man kann nicht nichtkommunizieren“ versuchten wir von der geriatrischen Institution als mit weniger Macht ausgestatteter Partner die Anliegen und Forderungen mit Empathie und Verständnis teilweise zu akzeptieren. Die Akutmedizin versteht sich eben zunächst einmal als die erste Instanz, um weitgehend allein über das weitere Schicksal von Patienten zu befinden, nachdem Diagnostik und Therapie abgeschlossen worden sind. Die interdisziplinäre Arbeitsweise in traditionellen Fächern war und ist nicht besonders weit entwickelt.

Wo waren nun die Ansatzpunkte für eine verbesserte und partnerschaftliche Zusammenarbeit? Es waren – bis zur Fusion beider kantonalen Häuser im Sommer 2003 – in erster Linie diverse Geriatrie-Tagungen, Zeitungsartikel und viele Arbeitsgruppensitzungen in verschiedenster Zusammensetzung, wo unsere über Jahre entwickelte Positionen und Konzepte zur Darstellung und Diskussion gelangten. Dabei verliefen die Gespräche mit Kollegen aus der Akutmedizin, aber auch mit Politikern oftmals sehr schlep-pend und waren von Unverständnis gegenüber den vielfältigen Aspekten des geriatrischen Patienten mit seinen Kontextfaktoren geprägt. Die Erkenntnis, dass das Fach Geriatrie mehr ist als nur

die traditionelle Langzeit-Geriatrie, benötigte auch in anderen Kantonen der Schweiz, und speziell im nördlichen Kanton Schaffhausen mit rund 80.000 Einwohnern, sehr viele Jahre.

MÜLLER-FINGER, H.
KOSTERNEUBURG, ÖSTERREICH

Betreuung von Menschen mit dementiellen Erkrankungen mit ausgeprägtem Bewegungsdrang

Als Grundvoraussetzung für die bestmögliche menschenwürdige Betreuung von demenzkranken Menschen müssen die strukturellen, räumlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen an die Lebenswelt dieser Menschen angepasst werden.

Schlüsselemente unserer Betreuung sind die spezielle validierende Pflege, die ausführliche Biografiearbeit, die Beschäftigungstherapie, die anleitende Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Sorgfältige interdisziplinäre individuelle Therapieplanung und Evaluierung ist ein Grundprinzip.

Von allergrößter Wichtigkeit erscheint uns aber auch, dass wir als die Betreuenden uns über die Motive und Ziele unseres Handelns untereinander verständigen, um eine gemeinsame Haltung gegenüber den von uns betreuten Patienten zu entwickeln.

Durch eine systemische Sichtweise wird nicht nur der Betreute zum Thema, sondern auch wir selbst, mit unseren Einstellungen, Gefühlen, unserer eigenen Geschichte, sowie auch die Organisation.

Durch Errichtung eines Rundganges können die Patienten ihren Bewegungsdrang ausleben, durch Tragen eines Desorientierungsbandes wird beim Verlassen der Station durch die Patienten ein akustischer Alarm ausgelöst, wodurch eine schonende Rückführung möglich ist. Die Aufteilung der Schlafräume und des Wohnraumes ist an die Tag-Nachtstruktur angelehnt.

Mit übergroßen Kalendern, Türsymbolen, Schlafräumen mit verschiedenen Farbakzenten und für jeden Tagesabschnitt sich täglich wiederholende Signalmelodien versuchen wir Orientierungshilfe zu geben.

Grundlage für unser ganzheitliches Betreuungskonzept ist ein sorgfältiges geriatrisches Assessment.

Weitere Schwerpunkte sind Palliative Care und die Förderung und Vertiefung ethischer Kompetenz.

Grundannahme unseres Handelns ist die Überzeugung, dass jeder Demenzkranke bis zuletzt ein einzigartiger Mensch bleibt, der ein Recht auf Würde, Geborgenheit, Sicherheit und Autonomie hat.

NEUMARK J.
WIEN, ÖSTERREICH

Anästhesie beim älteren Menschen

Eine kanadische epidemiologische Statistik aus 1988 scheint die verbreitete Ansicht, dass alte Patienten ein höheres operatives Mortalitätsrisiko haben als jüngere, zu bestätigen. Die postoperative Mortalität bei Patienten im Alter über 80 Jahren ist 3,3 mal so häufig wie bei Patienten unter 60 Jahren. Diese erhöhte Mortalität korreliert jedoch nur mit der erhöhten Morbidität im Alter und dem Schweregrad des Grundleidens, das den Umfang der Operation erforderlich macht. Sie korreliert weder mit dem Alter selbst, noch mit der Anästhesietechnik. Das CEPOD-Projekt (Confidential Enquiry into Perioperative Death) zeigte, unabhängig vom Alter, dass (vor

etwa 15 Jahren) jeweils einer von etwa 850 operierten Patienten die Operation nicht länger als einen Monat überlebte. 67,5 % verstarben an ihrem Grundleiden bzw. an Komplikationen des Grundleidens (Infektionen, Blutungen, Lungenembolie etc.). Etwa 30 % starben an den Folgen des operativen Eingriffs und nur ein Patient unter 185 000 Anästhesien verstarb aus rein anästhesiologischer Ursache. Eine prospektive Langzeit-Nachkontrolle, bis zu 40 Monate postoperativ bei Patienten über 70 Jahre ergab, dass Patienten mit pulmonalen und renalen Komplikationen (2,4-mal, bzw. 6,1-mal) häufiger innerhalb des Beobachtungszeitraumes verstarben als Patienten ohne diese Komplikationen. Insgesamt starben während des Beobachtungszeitraumes 31,7 % der Patienten. Die Evaluation der Lebensqualität (physikalische Funktionalität, emotionaler und mentaler Zustand) jener knapp 70 % der Patienten, welche drei Jahre nach der Operation noch lebten, bestätigen, dass Operationen auch bei alten Patienten indiziert bleiben. 75,5 % von ihnen gaben nämlich im Vergleich zur Zeit vor der Operation einen verbesserten Gesundheitszustand an. Die Lebensqualität von operierten Patienten ohne postoperative Komplikationen war sogar in den Teilbereichen „emotional“ und „mental“ statistisch signifikant besser als jener von gleichaltrigen nicht operierten Patienten. Die Anästhesie per se ist demnach kein Faktor der mit zunehmenden Alter riskanter wird. Aufgabe des Anästhesisten ist nicht nur in der Anpassung der Anästhesietechnik an die physiologischen Organveränderungen bei Älteren (Beispiele werden vorgetragen), sondern auch intraoperativen Berücksichtigung der Grundleiden bzw. der Morbidität des Patienten. Je besser der Anästhesist darüber vom behandelnden Arzt informiert ist, desto spezifischer kann die Wahl der Mittel und der Anästhesietechnik erfolgen (Beispiele werden vorgetragen).

Nur ein Beispiel an dieser Stelle: Die Meinung, dass Regionalanästhesien generell risikoärmer seien als Allgemeinnarkosen ist weit verbreitet, aber nicht korrekt. Am besten und häufigsten untersucht ist bei betagten Patienten der Vergleich zwischen Regionalanästhesien (Epidural- und Spinalanästhesien) und unterschiedlichen Allgemeinnarkosen bei Operationen nach Schenkelhalsfraktur. Nach derzeitigem Erkenntnisstand (Cochrane Mediaanalyse) gibt es generell keinen statistischen Unterschied in der Mortalität und in der Dauer des Spitalsaufenthaltes zwischen Allgemeinnarkosen und Regionalanästhesien. Der Teufel steckt jedoch im Detail: Nicht signifikant ist der Unterschied an Pneumonien, an Herzinfarkten, sowie an postoperativer Verwirrtheit. Nach Regionalanästhesien sind jedoch tiefe Venenthrombosen sowie Lungenembolien signifikant seltener. Der Bedarf an Blutkonserven, sowie eine postoperative Atemdepression sind nicht signifikant, aber tendenziell nach Regionalanästhesien ebenfalls geringer. Hingegen kommen intraoperative Blutdruckabfälle, zerebrovaskuläre Zwischenfälle, intraoperative Senkung der ST-Strecke in Allgemeinnarkose signifikant seltener vor als bei Spinalanästhesien.

NEYENS J., DIJCKS B., VAN HAASTREGT J.,
VAN DEN HEUVEL DE WITTE L., SCHOLS J.
HOENSBROEK, THE NETHERLANDS

Evaluation of a multifactorial intervention for the prevention of falls and fall-related injuries in psychogeriatric nursing home patients in The Netherlands

Objective: Fall incidents occur frequently in nursing homes. They may have considerable consequences with regard to morbidity and

mortality of the patients involved. Moreover they affect the autonomy and quality of life of the patients. Especially psychogeriatric patients are at high risk. Therefore, it is important to take adequate measures to prevent fall incidents in nursing home patients. Fall-related research data indicate positive effects of multifactorial interventions focussed on the prevention of falls and fall-related injuries. In Dutch nursing homes a multidisciplinary approach is possible to perform such a multifactorial intervention.

From November 2002 until February 2005 a randomised controlled trial for prevention of fall incidents has been conducted in twelve nursing homes with wards for psychogeriatric patients.

This study aimed to develop a multifactorial intervention for the prevention of falls and fall-related injuries in psychogeriatric nursing homes patients, easily to be incorporated into daily practice of nursing home care.

Design of the study:

1. Assessment of the extent of the problem of falls and fall-related injuries in nursing homes by performing a survey in all Dutch nursing homes (2000-2001).
2. Development of a multifactorial fall intervention consisting of:
 - a multifactorial fall risk assessment (FRA)
 - a multifactorial fall intervention (MFI) including patient related interventions and organisation related interventions
3. Implementation of the intervention: A prospective study (RCT) of twelve months has been performed in twelve Dutch nursing homes, in which the implementation of the intervention was tested, using six experimental nursing homes and six control nursing homes. The outcome variables were related to:
 - reduction of falls and fall-related injuries
 - the feasibility of the intervention
 - the quality of the implementation

Results: In the oral presentation, the extent of the problem and the development of the multifactorial fall intervention will be discussed. Preliminary results of the RCT will be shown.

NUSSBAUMER C.
WIEN, ÖSTERREICH

Unfallgefährdung älterer Fußgänger

Im Jahr 2003 verunglückten in Österreich 25 900 Fußgänger über 60 Jahre auf öffentlichen Verkehrsflächen. Der Großteil der Fußgänger verletzte sich bei Stürzen abseits des Straßenverkehrs. Schlechte Gehwege, hohe Gehsteigkanten, ungleichmäßige Pflasterung, unzureichende Straßenbeleuchtung, steile Treppen oder Unterführungen sind im öffentlichen Raum allgegenwärtig. Besonders für ältere und körperlich behinderte Menschen stellen bauliche Barrieren ein hohes Risiko dar.

Immerhin 5 % der älteren Fußgänger verunglücken im Straßenverkehr und die Gefahr durch den motorisierten Verkehr darf nicht vernachlässigt werden. 2003 wurden 1 139 Senioren im Straßenverkehr verletzt. Jeder fünfte bei einem Verkehrsunfall verletzte Fußgänger ist älter als 60 Jahre und zwei von drei im Straßenverkehr getöteten Fußgängern sind Senioren. Das Risiko bei einem Verkehrsunfall getötet zu werden, ist für ältere Fußgänger deutlich höher.

Es soll in der Öffentlichkeit ein Problembewusstsein geschaffen und die Bedürfnisse von Fußgängern vor allem in der Politik berücksichtigt werden. Besonderes Augenmerk liegt auf der Interessensvertretung für schwache Verkehrsteilnehmer und barrierefreiem Bauen. Die Barrierefreiheit in einer alternden Gesellschaft

kann nicht allein von den Verkehrsplanern umgesetzt werden. Mit Unterstützung der Ärzteschaft soll die Prävention von Unfällen in die Gesundheitsförderung einbezogen werden. Ziel ist, die Unfallverhütung zu einem integralen Bestandteil der österreichischen Gesundheitspolitik zu machen.

ODER W.
WIEN, ÖSTERREICH

Führerschein und Erkrankungen des Nervensystems im fortgeschrittenen Lebensalter

Der Führerschein ist in unserer Gesellschaft weit mehr als nur die „Bestätigung über die Lenkberechtigung eines Kfz“. Er ermöglicht Mobilität und ist somit auch Ausdruck der persönlichen Freiheit und Selbstbestimmung. Neurologische Patienten sollten in ihrem Leben, soweit möglich, nicht behindert werden und ein möglichst „normales“ Leben führen.

Der Verlust des Führerscheins wird als Verlust an Sozialprestige und Selbständigkeit empfunden. Gibt es keine anderen Transportmöglichkeiten, etwa im ländlichen Raum, können Verlust der Arbeitsstelle, soziale Isolierung und Hilfsbedürftigkeit bei alltäglichen Verrichtungen wie Einkaufen, Behördenwegen etc. die Folge sein. Andererseits geht mit der Teilnahme am motorisierten Verkehr eine potentielle Gefährdung seiner Selbst, der übrigen Verkehrsteilnehmer und Unbeteiligter einher. Der motorisierte Straßenverkehr stellt an die menschliche Leistungs- und Belastungsfähigkeit besonders hohe Anforderungen. Der Straßenverkehr stellt in Österreich mit rund 40 % die häufigste Todesursache dar. Es muss daher sichergestellt sein, dass die Lenker von Kfz körperlich und geistig ausreichend geeignet sind. Die die Fahrerlaubnis im Einzelfall erteilende Behörde hat daher zwischen den Interessen des Einzelnen und der Allgemeinheit abzuwägen.

In Österreich wird die Fahrtauglichkeit in einem Kraftfahrsgesetz (KFG) und in einer Kraftfahrsgesetzdurchführungsverordnung (KDV) geregelt. Neurologische Erkrankungen und ihre Folgen können eine Risikoquelle im Straßenverkehr darstellen. Das rechtfertigt jedoch nicht eine generelle Beschränkung einer Lenkberechtigung bei neurologischen Patienten. Nicht die neurologische Diagnose per se ist entscheidend, sondern die dadurch bedingte Funktionsstörung. Bei der Fahrtauglichkeit steht die Beurteilung der Persönlichkeitsmerkmale im Vordergrund, sie bildet die Basis für die erforderliche Verkehrszuverlässigkeit, hingegen stellt die Fahrtüchtigkeit oder Fahrfähigkeit die situations- und zeitbezogenen Fähigkeit, ein Kfz zu lenken, dar. Notwendig für die neurologische Beurteilung der Voraussetzung der Fahrtauglichkeit und -tüchtigkeit ist eine ausreichende Feststellung des Grundleidens unter Beurteilung der Prognose des Krankheitsverlaufs, insbesondere der Rezidivgefahr. Bei Vorliegen relevanter neurologischer Ausfälle sollte frühestens nach Abschluss einer adäquaten Rehabilitationsmaßnahme an eine mögliche Fahrtauglichkeit gedacht werden. Spezifische Leistungsdefizite erfordern meist eine ergänzende neuropsychologische Beurteilung. Krankheitsverläufe sind aber auch abhängig von der Einstellung und Selbstkontrolle des Betroffenen. Ein potenziell erhöhtes Unfallrisiko kann durch ein besonders umsichtiges Verhalten im Straßenverkehr ausgeglichen werden. Entsprechende Zuverlässigkeit und Selbstverantwortung des neurologisch Erkrankten sind wichtige persönliche Voraussetzungen, welche ggf. geringe neuropsychiatrische Defizite kompensieren können. Auch eine psychologische Untersuchung sagt Fahrtauglichkeit mitunter nur unzureichend vorher. Wesentliche Faktoren wie Urteils-

vermögen in kritischen Fahrsituationen, Risikoverhalten sind schwierig in einem medizinisch-psychologischen Untersuchungsraum zu erschließen. Eine strukturierte Fahrprobe kann oft sinnvoll medizinisch-psychologische Untersuchungen ergänzen.

PETROVIC¹ M., SPATHARAKIS² G., CONROY³ S.,
VAN MAELE¹ G., MOULIAS⁴ S.

¹ GHENT, BELGIUM, ² ITEA, GREECE,

³ NOTTINGHAM, UNITED KINGDOM,

⁴ PARIS, FRANCE

Prevalence of Hypnosedative Drug Use in Geriatric Inpatients – A Multicentre European Study

Objective: This epidemiological study registered prevalence of hypnosedative drug use in geriatric inpatients from 25 centres in 10 European countries.

Methods: We conducted a survey among geriatricians using a standardised questionnaire concerning hypnosedative drug use for more than three weeks. The study population consisted of 1892 inpatients aged 75 years or older. Acute care (500), intermediate care/rehabilitation (336), long-term care (261), terminal care (47) and nursing homes (685) were represented. Main outcome measures were: the prevalence of hypnosedative drug use, the identification of main prescribers and main reasons for prescribing and the assessment of withdrawal policy, including psychological counselling and involvement of general practitioners.

Results: Prevalence of hypnosedative use was highest in long-term care (72 %), followed by nursing homes (70 %) and terminal care (59 %). Geriatricians started prescribing hypnosedatives in 52 %. The main reasons for prescribing were: continuation of medication taken at home (45 %), sleep problems emerging after admission (21 %) and post admission worsening of existing sleep problems (19 %). Most prescribers (76 %) applied an active withdrawal policy. Short-term withdrawal programmes were mostly applied (68 %). Most patients (60 %) were psychologically counselled during withdrawal from hypnosedatives and were regularly (72 %) provided with a “withdrawal” plan at discharge. General practitioners were often (68 %) involved in withdrawal policy. The most frequently prescribed hypnosedatives were trazodone (68 %), lorazepam (64 %), and zopiclone (60 %).

Conclusion: The prevalence of prescription of hypnosedative drugs in geriatric inpatients is high. Appropriate common guidelines are needed to control use of hypnosedatives during admission and to ensure withdrawal from these drugs upon discharge.

PIENTKA L.

BOCHUM, HERNE, DEUTSCHLAND

Evidence Based Medicine und Frailty

„Frailty“ (Gebrechlichkeit) wird häufig als fortgeschrittenes Stadium des Alterungsprozesses begriffen. Dabei wird die Assoziationskette

Alter = Krankheit = Gebrechlichkeit

fokussiert. Andererseits wird dieser Begriff auch für komplexe Gesundheitssituationen benutzt, in der aufgrund von Multimorbidität oder starker Komorbidität die Priorisierung behandelbarer Gesundheitszustände erschwert ist.

Vor diesem Hintergrund ist die Frage empirisch zu beantworten, in welcher Beziehung die Begriffe Multimorbidität, Komorbidität und „Frailty“ stehen. Desweiteren ist die Frage zu beantworten, ob „Frailty“ nicht häufig als Restkategorie für Krankheitszustände benutzt wird, die potentiell einen diagnostischen oder therapeutischen Nihilismus befördern können. Anhand ausgewählter Beispiele soll gezeigt werden, inwiefern anhand validierter Scoresysteme und Priorisierungsalgorithmen „Frailty“ quantitativ fassbar gemacht werden kann, und welche klinisch-epidemiologischen und geriatrischen Methodenprobleme dabei zu beachten sind.

REINISCH J.

GRAZ, ÖSTERREICH

Der Einsatz von Pflegediagnosen in der häuslichen Pflege

Auf der Basis von Pflegediagnosen werden die patientenbezogenen Pflegeprobleme festgestellt und die pflegerischen Bedürfnisse eingeschätzt. Pflegediagnosen liefern die Grundlage zur systematischen Auswahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele. Damit Pflegediagnostik in der häuslichen Pflege möglichst einfach und dennoch professionell gestaltet werden kann, gilt es praktikable Wege für die AnwenderInnen von Pflegediagnosen zu konzipieren.

Das Österreichische Rote Kreuz hat dazu eine in der Praxis bereits erfolgreich eingeführte Arbeitshilfe geschaffen. Diese berücksichtigt internationale Klassifikationssysteme und basiert auf den Ergebnissen einer Dokumentationsanalyse durch das Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes-Kepler-Universität Linz. Die darin enthaltenen Pflegediagnosen sollen in den kommenden Jahren nach und nach den Kriterien des Evidence Based Nursing (EBN) unterzogen werden. Zwei der Diagnosen absolvierten dieses Prozess bereits erfolgreich.

Neben hilfreichen Arbeitsinstrumenten, zu denen auch ein kompatibles, d. h. auf den diagnostischen Prozess abgestimmtes Formularwesen zählt, ist der Fortbildung der MitarbeiterInnen zum Thema Pflegediagnostik in ambulanten Pflegediensten ebenso gezieltes Augenmerk zu widmen wie der kontinuierlichen Praxisreflexion und -begleitung.

Pflegende Angehörige sind im Bereich der häuslichen Pflege einerseits eine wichtige Ressource, andererseits sehr oft selbst KlientInnen mit Problemen und Bedürfnissen. Daher wird in der häuslichen Pflege an den Einsatz von Pflegediagnosen der Anspruch gestellt, dass sie nicht nur die Situation der Klientin/des Klienten berücksichtigen, sondern immer auch jene der pflegenden Angehörigen bzw. Familie.

REINPRECHT C.

WIEN, ÖSTERREICH

Soziale und ökologische Determinanten von „Frailty“

In der gerontologischen Fachliteratur wird „Frailty“ als altersbedingtes Risiko zunehmender funktioneller Einschränkung von Mobilität und Handlungsfähigkeit im höheren Alter definiert. Individuelle Betroffenheit wird dabei zumeist auf genetische Veranlagung, zu einem geringeren Teil auch auf Schichtvariablen wie

Bildung zurückgeführt, da mit höherer Bildung die Wahrscheinlichkeit einer gesunden und aktiven Lebensführung steigt, wodurch das Risiko von „Frailty“ reduziert wird. Übersehen wird, dass „Frailty“ auch von sozialen und ökologischen Determinanten beeinflusst ist. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen neben Armut und körperlich verschleißenden Arbeitsbedingungen auch soziale Isolation und ökologische Restriktionen im Lebens- bzw. Wohnumfeld.

Das Paper diskutiert auf Grundlage empirischer Erhebungen zur Lebensqualität in städtischen Wohngebieten sowie im Anschluss an das Konzept der Salutogenese den komplexen Zusammenhang von Altern und „Frailty“ einerseits und seinen sozio-ökonomischen und sozial-ökologischen Bedingungen andererseits. Ressourcenarmut, gesellschaftliche Randstellung und Belastungen im Wohnumfeld korrelieren mit ungesunder Lebensweise sowie körperlicher Inaktivität und erzeugen im Alter Kumulationseffekte, welche eine selbständige Lebensführung im Alltag erschweren, aber auch Rückzug und Inaktivität begünstigen. „Frailty“ trifft überdurchschnittlich häufig Menschen, die körperlich verschlissen sind, sozial isoliert leben sowie über eine niedrige umweltbezogene Lebensqualität verfügen. Die Ergebnisse der Forschungen werfen auch ein neues Licht auf das in der gerontologischen zentrale Konzept von „active aging“. Es ist ein breit konzipierter Aktivitätsbegriff erforderlich, der sich nicht nur auf die Dimensionen Selbstverwirklichung und Freizeit, sondern auch auf soziale Kontakte (Wir-Dimension) und Fragen der unmittelbaren Existenzsicherung bezieht (Berücksichtigung der spezifischen Lebenssituation).

RESCH H.
WIEN, ÖSTERREICH

Medikamentöse Therapie der Osteoporose bei älteren Menschen

Nach den neuesten Zahlen liegt das Lebenszeitrisko, eine osteoporotische Fraktur zu erleiden, für eine 50-jährige Frau bei 40 %, das Lebenszeitrisko einer Wirbelkörperfraktur bei 30 %. Die Reduktion dieses Frakturrisikos ist wichtigstes Ziel jeder Osteoporosetherapie. Das Angebot der in Österreich zur Therapie der postmenopausalen Osteoporose zugelassenen Medikamente umfasst gegenwärtig mehrere Bisphosphonate (Alendronat, Etidronat, Risedronat), einen Selektiven Östrogen-Rezeptor-Modulator (Raloxifen), Teriparatide, unterschiedliche Calcitonine (Lachs-Calcitonin, Elcatonin), Fluoride (Natriumfluorid, Dinatriummonofluorophosphat) und ein anaboles Steroid (Nandrolondecanoat). Die positive Wirkung einer konsequenten Vitamin D und Kalzium Substitution auf den Knochenstoffwechsel, Knochenmasse und die Frakturrate ist gerade bei älteren und hoch betagten Patienten in der jüngsten Literatur gut belegt und unumstritten. Nach den letzten Diskussionen von Nutzen und Risiko von konjugierten Östrogenen und Östrogenderivaten entweder mit oder ohne Gestagen bleibt für die Hormontherapie in der Behandlung der Osteoporose nur eine sehr kleine selektive Indikationsstellung. Nach den Kriterien der Evidence-based Medicine zeigt sich, dass Bisphosphonate (Alendronat, Risedronat), der SERM Raloxifen, Teriparatide und neuerdings Strontiumranelat, das voraussichtlich nächstes Jahres in Österreich zugelassen wird, eine eindeutige Potenz zur Reduktion des vertebralen Frakturrisikos aufweisen. Schwächere Evidenz zur Reduktion des vertebralen Frakturrisikos besteht für Etidronat,

Calcitonin sowie die Östrogen- bzw. Hormonersatztherapie. Alendronat und Risedronat weisen auch Potenz zur Reduktion des Schenkelhalsfraktur-Risikos auf. Zur unterstützenden Behandlung stehen einzeln oder in Kombination vorliegende Vitamin-D- und Calcium-Formulierungen zur Verfügung, welche im Falle von Calcium- und/oder Vitamin-D-Mangelzuständen ebenfalls Potenz zur Beeinflussung des Frakturrisikos erkennen lassen. Nur wenige Untersuchungen liegen vor, in welchen die Effekte einer kombinierten Anwendung antiresorptiver oder osteoinduktiver Substanzen untersucht wurden. Eine Senkung des Frakturrisikos konnte unter diesen Voraussetzungen bislang nicht gezeigt werden. Derzeit sind in Österreich zur Therapie der postmenopausalen Osteoporose folgende Substanzen zugelassen:

- Bisphosphonate wie z.B. Alendronat, Etidronat, Risedronat,
- Raloxifen (SERM),
- Teriparatid, [rhPTH (1-34)], eine rekombinante Form des nativen Parathormons, unterschiedliche Calcitonine (Lachs-Calcitonin, Elcatonin),
- Fluoride (Natriumfluorid, Dinatriummonofluorophosphat), und
- ein anaboles Steroid (Nandrolondecanoat).

RIZK D.E.E., HASSAN H.A., SHAFIULLAH M., CHANDRANATH S.I., AL-KEDRAH S.S., RAMADAN G.A., AL-MARZOUQI A.H., FAHIM M.A.
AL-AIN, UNITED ARAB EMIRATES

Estrogen and Ghrelin decrease pelvic floor muscle P27kip1 and increase peri-urethral and perianal vessel number in rats

Introduction: We studied whether estrogen and/or anti-ageing drugs improve the adverse effects of menopause/ageing on pelvic floor muscle and peri-urethral and peri-anal vessels as surrogate markers of urinary/faecal continence mechanisms in a rat model.

Methods: 16-month old female Wistar rats underwent ovariectomy to mimic menopause followed by 42 daily intra-peritoneal administration of 17- β estradiol (10 μ g/kg), the anti-ageing growth hormone releasing peptide-Ghrelin (2 μ g/kg), both hormones or vehicle (n = 6 x 4 groups). A control group (n = 6) received no intervention. Investigations included Western blot analysis of the specific cellular marker of ageing, cytoplasmic p27^{kip1} protein, in pelvic floor muscle (BioDocAnalyze 2.0 for analyzing signal intensity) and counting peri-urethral and peri-anal vessels by light microscopy in 10 randomly-selected fields (5 μ m-thick).

Results: Ovariectomy increased muscular cytoplasmic signal intensity of p27^{kip1} than in controls (6796 vs. 5489, respectively). p27^{kip1} intensity was normalized with Ghrelin (5050) and further decreased with estrogen (2463) and combined treatment (2489) than controls. Ovariectomy significantly reduced peri-urethral and peri-anal vascular counts compared to controls (7.4 \pm 0.98 vs. 5.46 \pm 0.82; 7.16 \pm 1.11 vs. 4.9 \pm 0.65; respectively, p < 0.05). Estrogen restored peri-urethral counts (7.76 \pm 0.88, p > 0.1) while Ghrelin or combined treatment significantly increased the counts above controls (8.6 \pm 0.99, p < 0.05; 9.7 \pm 1.21, p < 0.01; respectively). Estrogen, Ghrelin and combined treatment also restored peri-anal counts to control levels (7.26 \pm 0.97; 6.5 \pm 0.78; 7.76 \pm 0.88; respectively, p > 0.1).

Discussion: Combined replacement of estrogen and Ghrelin reverse the ovariectomy-induced ageing changes in pelvic floor mus-

cle support and number of peri-urethral/peri-anal vessels maintaining outlet resistance in old rats.

Acknowledgment: This study was supported by a research grant from the Research Affairs, United Arab Emirates University, N 01-01-8-12/04.

RUCKENBAUER H.-W.
GRAZ, ÖSTERREICH

Ethik der Mutmaßungen: Entscheidungsfindung beim eingeschränkt einwilligungsfähigen Patienten

Unter dem Vorzeichen der Patientenautonomie lässt sich die Menge der PatientInnen aus medizinrechtlicher Sicht mit begrifflicher Schärfe in zwei Gruppen differenzieren: in die Gruppe jener, die in der Lage sind, Wesen, Tragweite und Bedeutung einer präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme zu verstehen und danach ihren Willen zu bestimmen, und in die Gruppe aller übrigen, denen die Fähigkeit zur Einwilligung ermangelt. Diese lehrbuchartige Typisierung beschreibt Idealzustände, die unter realen Bedingungen selten anzutreffen sind. Die/Der Bewusstlose in der Notaufnahme ist eindeutig einwilligungsunfähig. In sehr vielen anderen Situationen fällt es jedoch bedeutend schwerer zu ermitteln, ob die Einwilligungsfähigkeit in ausreichendem Maße gegeben ist. Zudem existiert ja auch kein formalisiertes Verfahren zur autoritativen Feststellung der Einwilligungsfähigkeit.

Im geriatrischen Setting verschärfen sich die Bedingungen zusätzlich durch die Vielzahl der „Kränkungen“, die das Alter bereithält. Im Regelfall sieht sich die Geriatrie mit mehr oder minder eingeschränkt einwilligungsfähigen PatientInnen konfrontiert; der Zweifel, ob das kognitive und emotionale Vermögen einer/s Betroffenen mit der Komplexität der ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen Schritt hält, steht häufig auf der Tagesordnung. Freilich gebietet es die Würde des hochbetagten Menschen, sein Selbstbestimmungsrecht auch dann zu wahren, wenn ihm die eigenverantwortliche Entscheidung nicht mehr (im vollen Umfang) möglich ist.

Das ethische Dilemma, dass ein Patient von der anstehenden Entscheidung existenziell betroffen ist, diese aber nicht mehr selbst zu treffen vermag, führt zur Frage, wer an seiner Stelle und zu seinen Gunsten entscheiden soll (Arzt, betreuendes Team, Angehörige, Richter) und wie diese Person(en) zur Entscheidung gelangen soll(en). Somit geht es um die Träger und um die Kriterien einer substitutiven Autonomie. Dabei spiegeln bloße Mutmaßungen darüber, wie ein/e Betroffene/r selbst entschiede, wenn sie/er dazu aktuell im Stande wäre, stärker die eigenen Wünsche der StellvertreterInnen, wie einschlägige Studien gezeigt haben. In Analogie zu den Kriterien der Verbindlichkeit von Akten prospektiver Autonomie (PatientInnen-Verfügungen) werden Rahmenbedingungen für die Entscheidungsfindung beim eingeschränkt einwilligungsfähigen Patienten entwickelt und mit den zentralen Anfragen aus der Praxis (Authentizität, Aktualität, Anwendbarkeit) konfrontiert.

SATTLER R. W., GERBER W. D.
KIEL, DEUTSCHLAND

Verkehrsteilnahme mit Rollator – „Kann ich mir das zutrauen?“

Einleitung: Die demografische Entwicklung der Bevölkerung geht mit einer Zunahme von Schenkelhalsfrakturen alter und sehr

alter Menschen einher. Bei verbliebener Gang- und Standunsicherheit kann allein der Rollator die Mobilität verbessern und damit eine Verkehrsteilnahme möglich machen.

Wie gehen die Betroffenen damit um?

Patienten/Methode: Das untersuchte Patientenkollektiv bestand aus 23 Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur, die nach Krankenhausentlassung auf den Gebrauch eines Rollators angewiesen waren. Das Kontrollkollektiv war ohne Hilfsmittel bzw. mit einem Handstock gehfähig. Das Durchschnittsalter lag bei 76,8 Jahren.

Das Untersuchungsinventar bestand neben klinischen und soziodemographischen Parametern aus Fragebögen des State-Trait-Angstinventars zur Ermittlung der Situationsangst und der ständigen Angst sowie dem Beck'schen Depressionsinventar.

Ergebnisse: 78 % der Patienten mit Rollator wiesen als Verkehrsteilnehmer sowohl eine Situationsangst als auch eine ständige Angst auf. Die ohne Hilfsmittel gehenden Patienten zeigten bei State und Trait-Angst signifikant niedrigere Werte. Im Beck'schen Depressionsinventar fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen bei insgesamt leichter Depression.

Diskussion: Die technisch einwandfrei versorgte Schenkelhalsfraktur des alten Menschen bedingt nicht automatisch die Wiederherstellung der vollen Funktionstüchtigkeit der verletzten Extremität bzw. die Wiederaufnahme des Lebensrhythmus wie vor dem Unfallereignis. Die Erhöhung der Werte im Beck'schen Depressionsinventar sowohl in der Rollatorgruppe als auch in der Kontrollgruppe erscheinen Unfallereignis bedingt, während die State- und Trait-Angst lediglich in der Rollatorgruppe signifikant höhere Werte aufwies. Für einen Teil der operierten Patienten war die Zuhilfenahme des Rollators zur Ermöglichung des Gehvorganges im häuslichen Umfeld unverzichtbar. Aber erst die Teilnahme am Verkehrsgeschehen mit Rollator dokumentiert für den Betroffenen selbst als auch für das persönliche Umfeld den Erhalt einer erhöhten Selbständigkeit. Der Verunfallte bewertet den Rollator als Hilfsmittel höher als die für alle sichtbare Behinderung.

SCHERNTHANER G.
VIENNA, AUSTRIA

Risk factor diabetes in elderly

Diabetes in the elderly is emerging as one of the most important public health problems of the 21st century. Nearly 50 % of individuals with type 2 diabetes mellitus are over the age of 65 years. Changes in body composition with accumulation of fat in the abdomen is a key factor in the causation of diabetes in the aging population. The size and strength of skeletal muscle, a major tissue involved in glucose metabolism, also declines leading to muscle weakness and a reduction in physical activity. These changes lead to marked reduction in energy expenditure and abdominal fat accumulation causing insulin resistance.

Targets of diabetes therapy in the elderly have to be individualized, considering the age of the patient, remaining life-expectancy and severity of co-morbid conditions. Hyperglycaemia appears to produce cognitive impairment which may lead to poor compliance. The long-term outcome of tight blood sugar control in the elderly is not known. Nevertheless the principles of management of type 2 diabetes in the elderly are essentially the same as in young- or middle-aged diabetic patients. Lifestyle modifications remain the cornerstone of medical therapy. It is often difficult to manipulate diet in older people, and in fact dietary changes can lead to severe protein energy malnutrition. When diet and exercise

fail to achieve proper glycemic control, oral pharmacologic therapy and/or insulin therapy is indicated. The effect of aging on metabolism and drug elimination kinetics must, however, be taken into consideration. In particular, it should be borne in mind that the risk of hypoglycemia is more deleterious in the elderly and should be avoided. Oral sulphonylurea hypoglycaemic agents are extremely useful in the treatment of diabetes in these patients, but it should be remembered that they are more liable to develop hypoglycaemia than are younger diabetics (1). The role of metformin in the management of older diabetic patients is poorly studied. Many older persons can cope well with insulin therapy, but those with visual disturbances often make errors when drawing up insulin and require special attention. Dyslipidemia, hypertension, and hypercoagulability should be treated to minimize the increased cardiovascular risk seen in people with diabetes, which is responsible for the majority of deaths.

Reference:

Schernthaner G et al. GUIDE study: double-blind comparison of once-daily glimepiride MR and glimepiride in type 2 diabetic patients. *Eur J Clin Invest* 2004; 34: 535-542

SCHMIDL E., FASCHING P.
WIEN, ÖSTERREICH

Lebensqualität bei pflegebedürftigen PatientInnen in der geriatrischen Langzeitbetreuung: Verlauf und beeinflussende Faktoren

Einleitung: Im Geriatriezentrum Baumgarten wurde von Jänner 2001 bis Dezember 2004 eine Längsschnittuntersuchung durchgeführt, in der die Lebensqualität von neu aufgenommenen PatientInnen über einen Zeitraum von 1,5 Jahren untersucht wurde. Ziel der Untersuchung war die Lebensqualität von pflegebedürftigen PatientInnen einer geriatrischen LangzeitpatientInnen zu erfassen und beeinflussende Faktoren zu identifizieren.

PatientInnen/Methoden: In der Längsschnittuntersuchung wurden 102 Personen (69 Frauen, 33 Männer; Durchschnittsalter 82 Jahre) zwei Wochen nach der Aufnahme zur geriatrischen Langzeitbetreuung, sechs Monate nach der Aufnahme und ein Jahr nach dem zweiten Untersuchungszeitpunkt untersucht.

Ergebnisse: Nach der Aufnahme zur geriatrischen Langzeitbetreuung zeigte sich eine deutlich reduzierte Lebensqualität, die Depressionsprävalenz lag bei 63,4 %. Nach einem halben Jahr konnte bezüglich Lebensqualität und Depressivität eine signifikante Verbesserung festgestellt werden. 71 % der pflegebedürftigen PatientInnen schätzten ihre Lebensqualität durchschnittlich bis sehr gut ein, 43 % zeigten bezüglich des Depressions Schweregrades eine Verbesserung.

Prädiktorvariablen für Lebensqualität waren Copingstrategien, Depressionen sowie subjektive Situationseinschätzungen. Im Rahmen der Verlaufsuntersuchung 1,5 Jahre nach der Aufnahme zeigte sich, dass die im ersten halben Jahr erreichten Verbesserungen anhielten. Auch nach diesem Zeitraum konnte die Bedeutung von Copingstrategien und subjektiven Einschätzungen bestätigt werden.

Diskussion: Schon bei der Aufnahme zur geriatrischen Langzeitbetreuung konnten Lebensqualität und Adaptation fördernde Variablen identifiziert werden. Gerade im ersten halben Jahr zeigten sich bezüglich der Lebensqualität deutliche Verbesserungen, im weiteren Verlauf kommt es zu einer zunehmenden Stabilisierung.

Bedeutend für eine Verbesserung von Lebensqualität in geriatrischen Langzeiteinrichtungen sind interdisziplinär ausgerichtete Betreuungsprogramme in der klinisch psychologische Behandlungsverfahren, die Copingstrategien und subjektive Einschätzungen berücksichtigen, eine wichtige Säule darstellen.

SCHOBER C.
WIEN, ÖSTERREICH

Auf den ersten Blick sind alle zufrieden! Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit als Mittel zur Qualitätssicherung?

In der extramuralen Pflege wird eine besondere Art von Dienstleistung erbracht. Pflegepersonen, in der Regel MitarbeiterInnen größerer Organisationen, erbringen laufend Dienste im engsten Intimbereich der KundInnen. Durch die KundInnenpräsenzabhängigkeit und meist die Notwendigkeit der aktiven Beteiligung der KundInnen im Dienstleistungsprozess kommt es zur intensiven Interaktion zwischen KundInnen und MitarbeiterInnen. In diesen unmittelbaren Kontaktsituationen entsteht großteils die subjektive Beurteilung der (Un-)Zufriedenheit mit der Arbeit durch die MitarbeiterInnen bzw. die (Un-)Zufriedenheit der KundInnen mit der Dienstleistung.

Die Qualität einer Dienstleistung kann teilweise anhand objektiv messbarer Kriterien überprüft werden. Letztlich bedeutet Qualität allerdings auch, eine Leistung zur Zufriedenheit der KundInnen erbracht zu haben. Bei einer Dienstleistung und noch dazu bei der Dienstleistung Pflege und Betreuung kommt durch das Uno-Actu-Prinzip den MitarbeiterInnen besondere Bedeutung zu. Sie repräsentieren die Anbieterorganisation und prägen durch ihre fachliche und soziale Kompetenz die objektive Qualität der Pflege und die subjektive Zufriedenheit der KundInnen mit dieser Dienstleistung.

Die Messung der KundInnenzufriedenheit und der MitarbeiterInnenzufriedenheit kann somit als ein wesentliches Kriterium zur Messung der Qualität einer Dienstleistung gesehen werden.

Regelmäßig zeigt sich allerdings ein ähnliches Bild bei den Zufriedenheitsbefragungen: Fast alle Personen sind mit fast allen abgefragten Kriterien zufrieden. Kann daraus auf eine hohe Qualität der Leistungen geschlossen werden?

Anhand der Ergebnisse je einer quantitativen Untersuchung zum Thema KundInnenzufriedenheit (Schober/Schober 2005) und MitarbeiterInnenzufriedenheit (Schober/Schober 2004), die im Bereich der extramuralen Pflege und Betreuung durchgeführt wurden, wird auf das Thema Qualitätsmessung und Qualitätssicherung durch Zufriedenheitsbefragungen eingegangen.

SCHOLS J. M.G.A.
TILBURG, THE NETHERLANDS

Nursing home care and nursing home medicine; the Dutch experience

Dutch nursing home care nowadays includes a broad range of institutional and outreaching care functions. Medical care is an essential part of this care.

Nursing home medicine in the Netherlands has developed as an officially acknowledged medical specialization. This is unique because the Netherlands is the only country in the world in which nursing home medicine is a specific medical discipline.

By this a continuum in the medical care for the elderly has been developed: the general practitioner (GP) for medical care in the community, the nursing home physician (NHP) for the institutionalised elderly and the clinical geriatrician for the elderly who require geriatric medical care in the hospital.

This presentation describes the characteristics of Dutch nursing home care and nursing home medicine and it discusses the advantages of this part of the healthcare system for the elderly.

Arguments are given to legitimize the recognition of nursing home medicine as an acknowledged specialization. In fact, these are based on the specific clinical profile and the care needs of nursing home residents themselves.

The presentation also shows that the combination of the medical knowledge of GP, nursing home physician and clinical geriatrician can contribute to reach the ultimate goal to keep frail elderly in their own homes as long as possible.

SCHÖN G.
WIEN, ÖSTERREICH

Wie halte ich meine Blase gesund

Hintergrund: Der Anstieg unserer Lebenserwartung bedeutet, trotz aller positiven Aspekte, dass immer mehr Menschen mit dem Problem der Inkontinenz konfrontiert sind. Eine Million ÖsterreicherInnen sind von Harninkontinenz betroffen, davon 850.000 Frauen (vgl. science.orf.at; die.standard.at 6.7.2004).

Inkontinenz ist noch immer ein Tabuthema. Es verletzt gängige Sauberkeits- und Hygienevorstellungen und ist daher Grund für viele Betroffene, sich aus Scham oder Furcht vor Entdeckung aus ihrem sozialen Umfeld zurückzuziehen. Nur ein Drittel der betroffenen Frauen suchen einen Arzt auf (science.orf.at; Rieder/Hanzal).

Die Inkontinenz geht jedoch nicht nur mit Beeinträchtigung oder Verlust der Lebensqualität einher, vielmehr ist sie auslösend für die Entstehung besonders hoher Kosten aller Beteiligten. Zu viele, oft nicht optimal gewählte Inkontinenzhilfsmittel, vermehrter Wäscheverbrauch und hohe Pflegekosten, sind die Ursache. Wobei die aus einer Inkontinenz entstehenden Sekundärkosten wie Hautdefekte und Infektionen, die wiederum Krankenhausaufenthalte oder Pflegeheimaufnahmen nach sich ziehen, nicht außer Acht gelassen werden können. Eine Erhebung in den Pflegeheimen der Steiermark erbrachte das Ergebnis, dass die Hälfte der BewohnerInnen inkontinent sind (Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997, S. 105; Pazourek 1989).

Die Inkontinenz wird vor allem als ein besonderes geriatrisches Problem identifiziert, das zu einer Einschränkung der sozialen Integrität führt, jedoch im Vergleich zu früher deutlich besser behandelt werden kann. Im Sinne der Behandelbarkeit ist allerdings eine verstärkte gesundheitliche Aufklärung von Nöten (Kruse A., 2002 *Gesund altern*. Band 146).

Durch Prävention und frühem Einsatz von Therapiemaßnahmen ist es möglich, das Ausmaß der Inkontinenz, welches nicht nur ein geriatrisches Problem ist, zu beschränken bzw. die Inkontinenz zu bezwingen.

Die Kontinenzberatung des Fachbereichs Pflege des Fonds Soziales Wien ist seit 1993 tätig. In der Beratungsstelle und in den Gesundheits- und Sozialzentren werden telefonische, persönliche und Online-Beratung sowie Hausbesuche durch derzeit fünf diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern für Kontinenz- und Stomaberatung angeboten. Sie informieren Betroffene und Angehörige, vermitteln zu Ambulanzen und niedergelassenen ÄrztInnen und

unterstützen die PatientInnen bei ihrer Therapie. Weitere Aufgaben sind u.a. Informationsvorträge sowie Organisation von Beckenbodengymnastik in den Gesundheits- und Sozialzentren.

Die daraus gewonnen Erkenntnisse führten zum Start des Projekt „Verbesserung der Lebensqualität durch Kontinenzberatung des Fonds Soziales Wien in den 180 Wiener Pensionistenklub’s.

Methodik: Vorträge und persönliche Beratungsgespräche für rund 15 500 KlubbesucherInnen Wien-weit.

Durch die Auseinandersetzung mit dem Problem der Inkontinenz, wird in individuellen Beratungsgesprächen über Inkontinenzformen, Therapiemöglichkeiten und Inkontinenzhilfsmittel informiert.

Ergebnisse: Seit Beginn Herbst 2002 wurden 72 Klubs von den Kontinenzberaterinnen besucht, ca. 2460 BesucherInnen nahmen an den Vorträgen teil. 325 Personen erhielten eine persönliche Beratung.

Schlussfolgerung: Das Projekt trägt zur Aufklärung über die Möglichkeiten von Prävention und Therapie bei. Jede auch noch so geringfügige Verbesserung, erlaubt den Betroffenen mehr

- Bewegungsfreiheit
- Selbstbestimmung und Selbstkontrolle
- Selbstbewusstsein und Selbstkompetenz

Angesichts der Entstehung inkontinenz-bedingter Sekundärkosten ist die gesundheitspolitische Relevanz des Themas deutlich erkennbar: „Verbesserung der Lebensqualität durch Kontinenzberatung“

SCHRENK O. H.
WIEN, ÖSTERREICH

Das Lebensrisiko Sturz aus der Sicht des Pflegesachverständigen

Seit einiger Zeit steigt die Sensibilität zum Thema Patientensicherheit, weil das durch besondere Umstände entstandene Leid, sowie die Haftpflichtfälle mit juristischen Konsequenzen zunehmend erkannt und relevant werden.

Seit dem Jahre 1997 – nach Erlassung der Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes – werden pflegerische Sachverständige (SV) mit dem Problemkreis „Patientensturz“ vermehrt befasst.

Patientenstürze zählen zu den häufigsten Komplikationen in klinischen Einrichtungen, insbesondere in geriatrischen Zentren. Die jährliche Sturzinzidenz in Alten- und Pflegeheimen beträgt 1 500 Stürze pro 1 000 Bewohner. In der Bevölkerung erleiden zirka 30 % der über 65-Jährigen bzw. 50 % der über 80-Jährigen mindestens einen Sturz im Jahr (1). Rubenstein und Josephson (2002) (2) beschreiben, dass durchschnittlich 43 % aller Bewohner von Pflegeeinrichtungen mindestens einmal im Jahr stürzen.

Die Verkettung intrinsischer und extrinsischer Faktoren schaffen die Voraussetzungen für den Sturz eines Patienten. Aus der Erfahrung des Pflegegutachters kann bei der Analyse von Sturzereignissen oft kein einzelner Verantwortlicher ausgemacht werden. Denn erst das komplexe Zusammenspiel in einem System mit den unterschiedlichen Sichtweisen (die Umgangs- und Verhaltensnormen) erhöhen die Sturzgefahr der Patienten.

Bei der Befunderhebung stützt sich der SV auf die exakten Aufzeichnungen in der jeweiligen Patientendokumentation. Zuerst wird der SV das Sturzereignis einer der folgenden Sturzkategorien zugeordnet:

- **Erwarteter Sturz:** Bei neu eingetretenen Patienten ist das Ergebnis des Aufnahmeassessments, insbesondere die Sturzanamnese und der Einsatz einer geeigneten Skala, wie zum Beispiel der Morse-Fall-Skala ausschlaggebend. Grundsätzlich wird der SV das

interdisziplinäre Vorgehen zur Risikovermeidung, den Einsatz von Hilfsmitteln und die organisatorische Struktur der Patientenversorgung betrachten, insbesondere das Schnittstellenmanagement.

- **Unerwarteter Sturz:** Relativ häufig werden mit dieser Problemstellung pflegerische SV befasst. In diesem Zusammenhang wird vom Gericht oder von der Patientenadvokatur zum Beispiel die Frage gestellt, ob bei sorgfältigster pflegerischer Obsorge das Herausfallen eines schwer pflegebedürftigen Patienten aus dem Bett zu verhindern gewesen wäre.
- **Unfallbedingter Sturz:** In der Regel gelten Gefahrenquellen in der Umgebung als Auslöser, wie zum Beispiel Ausrutschen eines bereits identifizierten sturzgefährdeten Patienten. Die Befunderhebung wird auf Strukturstandards die zur Erhöhung der Patientensicherheit dienen ausgerichtet.

Im nächsten Schritt wird der SV folgende pflegerelevante Schwerpunkte aufgreifen:

- Qualität der Erfassung des Sturzereignisses
 - Anwendung sturzverhütender Maßnahmen beim gestürzten Patienten
 - Regelgeleitete Maßnahmen beim Sturzereignis
- Sollte die Analyse des pflegerischen SV ergeben, dass medizinische Fragestellungen bedeutend sind, wie zum Beispiel fehlende Compliance bei psychischer Auffälligkeit, oder die Erhöhung des Sturzrisikos durch verschiedene Medikamente, wird er dem Auftraggeber vorschlagen, ein ärztliches Gutachten einzuholen.

Literatur:

1. Gillespie LD et al. The Chochran Library, Issue 2, 2003; Rubenstein LZ et al. (1996), Clinics in Geriatric Medicine
2. Rubenstein LZ, Josephson KR (2002). The epidemiology of falls and syncope. Clinics in Geriatric Medicine 18 (2): 141-158

SCHULZ J., ULLMANN R., MARKOFF S.
BERLIN, DEUTSCHLAND

Neue differenzialdiagnostische Verfahren in der Demenzdiagnostik

Die Diagnostik der Demenz ist heute üblicherweise durch festgelegte Testverfahren abgesichert. Dabei gilt ein Stufenschema mit Erfassung von anamnestischen, psychometrischen und neuropsychiatrischen Parametern. In den letzten Jahren wurde nun festgestellt, dass die Entstehung des M. Alzheimers autoimmunologisch zu erklären ist.

Ausgangspunkt für das Erkrankungsbild ist eine pathologische Produktion aktivierter autospezifischer T-Lymphozyten, die nach Passage der Blut-Hirn-Schranke an der Mikroglia eine Entzündungsreaktion auslösen. Dadurch kommt es zu einer erhöhten Apoptose der betroffenen Zellen bei gleichzeitiger Vermehrung der Makrophagen. Das Monozyten-Makrophagen-System wirkt dem inflammatorischen Geschehen entgegen, in dem die Phagozytose maximal aktiviert wird bricht jedoch nach Überschreiten bestimmter Schwellenwerte zusammen.

Differenzialdiagnostisch lassen sich nun die Parameter CD 25, CD 95 und das Annexin gut in das klinische Bild des M. Alzheimers integrieren. Bei der klassischen Alzheimer-Demenz findet sich eine deutliche Erhöhung der CD 25 Fraktion und des Annexins.

Bei der vaskulären Form der Demenz sind alle Parameter möglicherweise gering erhöht, während bei der Demenz vom Mischformtyp mittelgradige Erhöhungen sichtbar sind. Aus diesen

Konstellationen sind direkte Zuordnungen zur Art der Demenz als auch zum Schweregrad der Alzheimer-Demenz möglich.

Ausgehend von diesen Ergebnissen, die bei über 200 Patienten verifiziert wurden, ergeben sich auch neuartige Therapiekonzepte, die sehr erfolgversprechend sein dürften.

SCHULZ J., MÜLLER P.
BERLIN, DEUTSCHLAND

Therapie der Osteoporose im Alter: Renaissance der Fluoride

Aufgrund der positiven Ergebnisse aktueller kontrollierter Frakturstudien darf von einer Renaissance der Fluoridtherapie gesprochen werden. Die Bedenken gegenüber der Fluoridtherapie wurde jahrelang mit dem Fehlen von Frakturdaten begründet.

Diese Situation hat sich in jüngster Vergangenheit gewandelt. Aktuelle kontrollierte Studien belegen die Wirksamkeit der Fluoridtherapie bei Patienten mit Osteoporose. Eine Metaanalyse der vergangenen 5 Jahre belegt zudem eine durchschnittliche Abnahme der vertebrale Frakturrate um 56 % unter einer Low-dose-Fluoridtherapie (15 bis 20 mg Fluorid/Tag).

Im Vergleich zur Fluoridtherapie von vor 5 Jahren hat sich das Therapieschema grundsätzlich geändert. Die in allen Studien belegte hohe Wirksamkeit der Fluoride wird von Experten auf folgende Änderungen zurückgeführt:

- Abnahme der Fluor-Tagesdosis von über 30 mg auf Werte von 15-20 mg Fluorionen
- Anwendung von retardierten Zubereitungsformen
- Begleittherapie mit Calcium und Vitamin D zur optimalen Mineralisation

Diese Änderungen haben dazu beigetragen, dass die osteoblastenstimulierende Wirkung der Fluoride optimal zur Wirkung kommt und die Fluoridtherapie wieder eine echte Alternative in der Therapie der Osteoporose darstellt.

SILBERBAUER K.
EISENSTADT, ÖSTERREICH

Risikofaktor Hypertonie im Alter

Bluthochdruck ist der wichtigste kardiovaskuläre Risikofaktor im Alter, wobei mit einer Prävalenz von etwa 50-60 % bei den über 60-Jährigen zu rechnen ist. In den letzten Jahren wurden große Interventionsstudien speziell bei dieser Altersgruppe beendet, die neue Aspekte für die adäquate Diagnose und Therapie der Hypertonie im Alter erbrachten. Zusätzlich zeigte sich eine negative Korrelation zwischen der Höhe des Blutdruckes und der kognitiven Funktion sowie eine Beziehung zwischen Bluthochdruck und dem Auftreten einer Demenz.

In der Bevölkerung steigt der systolische Blutdruck mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich an, der diastolische sinkt etwa ab dem 50. Lebensjahr wieder ab. Dementsprechend wird das kardiovaskuläre Risiko bis zum 50. Lebensjahr sowohl von der Höhe des diastolischen als auch des systolischen Blutdruckes bestimmt, danach kommt dem systolischen Blutdruck eine wesentlichere Bedeutung zu. Eine isoliert systolische Hypertonie durch einen Blutdruck von > 140 mmHg und einem diastolischen Blutdruck < 90 mmHg.

Die Österreichische Gesellschaft für Hypertensiologie empfiehlt zur exakten Blutdruckdiagnostik zumindest 30 Selbstmesswerte. Sollten 7 oder mehr von 30 Messwerten $\geq 135/85$ mmHg sein, liegt somit eine Hypertonie vor. Dies wird als altersunabhängig gesehen. Zusätzlich sollten in höheren Altersgruppen insbesondere im Liegen und im Stehen Messungen durchgeführt, da mit einer relativ hohen Frequenz (etwa 30 %) mit Blutdruckabfällen mehr als 20 mmHg zu rechnen ist.

Neben Anamnese und physikalischem Status sollten assoziierte kardiovaskuläre Risikofaktoren sowie mögliche Ursachen einer sekundärer Hypertonie, wie auch Hinweise für Organfolgen durch den Bluthochdruck selbst erhoben werden. Es sind besonders auf Zeichen der Herzinsuffizienz, einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, Hinweise auf abgelaufenen Infarkt im EKG und eine Linksherzhypertrophie sowie auf Niereninsuffizienz zu achten.

Ältere Patienten profitieren genauso von einer antihypertensiven Therapie nach den allgemein gültigen Richtlinien wie jüngere. Es konnte in großen Studien gezeigt werden, dass eine Reduktion des systolischen Blutdruckes von 2 mmHg zu einer Schlaganfallreduktion von 10 % und zu einer Reduktion des koronaren Risikos von 7 % führt. Somit sollten die systolischen Zielblutdruckwert < 140 mmHg für die Mehrzahl der Pat. sein. Die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität (nicht allerdings die Gesamtmortalität) kann damit sogar bei über 80-Jährigen signifikant reduziert werden.

Generell sollte beim älteren Menschen mit niedriger Dosis begonnen werden, der Dosisaufbau sollte sehr langsam erfolgen. Empfehlenswert ist, sowohl den Blutdruck im Sitzen, wie auch im Stehen zu messen und eine Dosissteigerung bei Patienten mit Neigung zur Orthostase an die Blutdruckwerte im Stehen anzupassen. Viele ältere Patienten benötigen zwei oder mehr Medikamente, um den Blutdruck zu senken, ganz besonders bei isoliert systolischer Hypertonie.

STÄHL A., BERNTMAN M.
LUND, SWEDEN

Traffic Safety and Mobility – How to Use Empirical Data for Design of the Traffic Environment

Introduction: Normal changes incident to ageing influence the opportunities of the elderly to be outdoors. A holistic approach to planning streets and chains of events when traveling is essential for making the traffic environment accessible. But the design of the traffic environment is not only a question of accessibility and mobility: ultimately, it is a question of health and traffic safety.

Method: The method is based on material reported from 8 hospitals in southern Sweden, 2002-2003. Ca 14,600 injuries were reported, including ca. 2,800 pedestrian accidents, of which ca. 1,200 affected elderly people (65+) injured when falling.

Results: The commonest accident among the elderly is falling down. The cause is poorly maintained pathways and sidewalks – summer and winter. This type of injury accounts for nearly two-thirds of the injuries sustained by the elderly when out in the traffic environment. The consequences of this type of injury are as serious for elderly bicyclists and motorists.

Discussion: The design of the traffic environment influences the safety and mobility of the elderly in the environment they want to be in; it influences their participation in society; it influences their

chances to enjoy a variable and active life in good health – it actually determines a good quality of life and health in old age. Hence it is important to prioritize accessibility and mobility issues in social planning.

STAUDER R., SCHEIBNER M., LANGE S., ROCCO G., SPIZZO G.
INNSBRUCK, ÖSTERREICH

Die Altersanämie: Literaturübersicht und Entwicklung eines diagnostischen und therapeutischen Algorithmus

Entsprechend den Richtlinien der WHO (World Health Organization) wird die Anämie als ein Hämoglobinwert (Hb) < 120 g/L bei Frauen und < 130 g/L bei Männern definiert. Daten zur Häufigkeit der Anämie bei Älteren sind heterogen und hängen von der untersuchten Population ab. Die Mehrzahl der Autoren zeigt jedoch einen signifikanten Anstieg der Anämie mit zunehmendem Alter mit Prävalenzen um die 10 % bei 60-jährigen und 20-30 % bei über 80-jährigen PatientInnen mit Überwiegen des männlichen Geschlechtes (um die 40 % bei Männern über 85). Während die klinische Relevanz der Anämie im jüngeren Alter gut etabliert ist, wird die Altersanämie im klinischen Alltag häufig als Teil des physiologischen Alternprozesses angesehen und in ihrer Bedeutung vernachlässigt. Die exakte Diagnose und kausale Therapie der Altersanämie ist jedoch auf Grund der Möglichkeit des Vorliegens einer potentiell behandelbaren Grunderkrankung (z.B. Vitamin B₁₂-Mangel) und der Bedeutung der Anämie als Ko- und als kausaler Faktor in der Morbidität (z.B. Verwirrtheit, Sturzhäufigkeit) und Mortalität (z.B. Herzinsuffizienz) von essentieller Bedeutung. Unter diesem Aspekt wird ein Algorithmus zur rationalen und rationellen Diagnostik und Therapie der Altersanämie präsentiert.

Acknowledgement: Unterstützt durch *Tiroler Verein zur Förderung der Krebsforschung an der Universitätsklinik Innsbruck; Hans und Blanca Moser Stiftung, Wien und Dr. Johannes und Hertha Tuba-Stiftung, Innsbruck.*

STIPPLER A., KOTZIAN S., KOTTHOFF, M.
KREMS, ÖSTERREICH

AlterStark. Auswirkungen eines standardisierten medizinischen Trainingsprogramms bei Senioren auf biopsychosoziale Faktoren

Hintergrund: Demografische Veränderungen in den kommenden Jahrzehnten erfordern Konzepte, welche die Lebensqualität und Selbstständigkeit bis ins hohe Altern fördern.

Ziel: Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Lebensqualität durch mehr Selbstständigkeit und mehr Mobilität bzw. durch Verlangsamung alterungsbedingter physischer und kognitiver Abbauprozesse mit Mitteln der medizinischen Trainingstherapie. Wesentliche Themen des Projekts sind Osteoporose, Harninkontinenz, Sturzprophylaxe und Herz-Kreislauf.

Methodik: Anwendungsbeobachtung mit Test und Re-test.

Ergebnisse: Zwölf Probanden 79 ± 4 Jahre nahmen am Aufnahmeverfahren teil. Zehn Personen wurden zur medizinischen Trainingstherapie eingeschlossen. Fünf Personen beendeten das Programm. Der Vergleich von Test und Re-Test zeigte Verbesserungen in allen gemessenen Bereichen.

Schlussfolgerung: Standardisierte medizinische Trainings-therapieprogramme können einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung von Lebensqualität und Selbständigkeit im Alter leisten.

TADD W.
CARDIFF, WALES, UK

Dignity for the frailest old: What ethics and justice demand

Introduction: Dignified care is a goal of health and social service provision for older people. However if dignity is to be experienced, then its meaning and ways in which it is experienced must be clarified. This paper will report on the results of an European project.

Methods:

- A theoretical model of dignity developed from literature and philosophical analysis.
- Data from 200 focus groups in six countries (1500 participants) was qualitatively analysed to establish how dignity is viewed by older people; health and social care professionals. and other members of society.

The level of congruence between the theoretical model and empirical findings was established.

Results: Four types of dignity were identified. Data from 60 older people's focus groups (390 participants) showed strong agreement and evidence suggesting dignity was important especially to those who were most vulnerable. Many examples of dignity being jeopardised were given. A loss of self-esteem arose from being patronised, ignored, excluded from decision-making, and being treated as an 'object'. Older people felt a burden on society and their family. Data from 87 professional focus groups (424) participants) showed strong agreement about dignified/undignified care and barriers to dignity within European health systems.

Discussion:

- Dignified care must take account of all types of dignity and be related to respect and recognition, participation, personal identity and feelings of vulnerability
- Policies and practices should be tailored to older peoples' needs.
- Professional education should pay greater attention to dignity.
- Audit of care should include attention to practices which enhance/detract from dignity.

THÜR G.
WIEN, ÖSTERREICH

Pflege verbessern – der nächste Schritt voran – Interaktion in der Demenzpflege

Positive Interaktionen neigen dazu, sehr kurzlebig und ineffektiv zu sein. Meistens dauern diese – sofern sie nicht im Rahmen von Pflegehandlungen geschehen – weniger als zwei Minuten. Zusätzlich sind derartige Interventionen gekennzeichnet von stereotypen Aussagen, wie z.B.:

- „Guten Morgen, Wie geht es?“
- „Danke“
- „Na, es gibt ja bald Mittagessen!“

Verbale Interaktion auch für Demenzkranke qualitativ einzusetzen, war und ist Ziel im Geriatriezentrum Floridsdorf.

Generell gab es in den letzten Jahren eine Vielzahl von Verbesserungen in der Pflege von Demenzkranken (bessere Assessment-Methoden, verbesserte Pflegeplanung, ein reiches und vielfältiges Angebot von Beschäftigungsmöglichkeiten).

Wenn Biografiearbeit gezielt eingesetzt wird, Pflegekonzepte und auch die Wohnatmosphäre darauf abgestimmt sind, wird die Interaktionsqualität angehoben. Dies versuchen wir im Geriatriezentrum Floridsdorf zu leben.

TITTLBACH S., HENKEN T., LAUTERSACK S., BÖS K.
KARLSRUHE, DEUTSCHLAND

Auswirkungen eines psychomotorischen Trainingsprogramms mit Bewohnern eines Altenpflegeheims

Einleitung: Das Leben in einem Altenpflegeheim wird dann notwendig, wenn psychische, körperliche und geistige Veränderungen ein selbständiges Leben unmöglich gemacht haben. Durch die körperliche und geistige Einschränkung bewegen sich Heimbewohner in der Regel nicht ausreichend, woraus meist weitere Funktionseinbußen resultieren. Der Vortrag beschäftigt sich mit der Frage, ob ein psychomotorisches Training dazu beitragen kann, die verbliebenen körperlichen und kognitiven Funktionen von Altenpflegeheimbewohnern zu verbessern bzw. möglichst lange zu erhalten.

Methoden: An der Interventionsstudie nahmen 44 Pflegeheimbewohner mit durchschnittlich 83,68 Jahren teil. Die Versuchsgruppe (N = 22) absolvierte ein 10-wöchiges Trainingsprogramm, das zweimal wöchentlich je eine Stunde stattfand. Schwerpunkte des Trainingsprogramms lagen auf gymnastischen Übungen und Gedächtnisspielen. Für den Prä- und Posttest wurden motorische Funktionen in den Bereichen Kraft, Koordination und Beweglichkeit, Aspekte der fluiden Intelligenz und des Gedächtnisses sowie grundlegende Alltagsfunktionen (ADL) erfasst

Ergebnisse: Die Versuchsgruppe wies nach der Intervention in fast allen gemessenen Parametern eine bessere Funktionsfähigkeit auf. Signifikant positive Effekte zeigten sich bei den motorischen und kognitiven Funktionen, nicht jedoch bei grundlegenden Alltagsfunktionen (ADL-Aktivitäten).

Diskussion: Im Bereich der motorischen und kognitiven Funktionen stimmen unsere Ergebnisse mit den Ergebnissen überein, die bei selbstständig lebenden Älteren erzielt wurden (SIMA-Studie [Oswald, et al., 1998]). Somit wird deutlich, dass eine Kombination aus Gedächtnis- und Bewegungstraining den Alterungsprozessen von Gehirn und Körper entgegenwirken kann.

Literatur

Oswald, W., Rupperecht, R. & Gunzelmann, T. (1998). Effekte eines einjährigen Gedächtnis-, Kompetenz- und psychomotorischen Trainings auf Leistungsfähigkeit im höheren Lebensalter. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie* (S. 94-107). Göttingen: Hogrefe.

TRAGL K.-H.
WIEN, ÖSTERREICH

Die Beurteilung des Operationsrisikos bei älteren Patienten

Chirurgische Eingriffe an älteren Menschen stellen an alle un- mittelbar und mittelbar beteiligten Ärzte erhöhte Anforderungen.

Die Gründe dafür sind vielfältig, lassen sich aber doch in zwei große Gruppen unterteilen: Zum Ersten führt das höhere Lebensalter zu einem Rückgang aller Organfunktionen und Kapazitätsreserven. Damit werden die Belastungen, die der Organismus zu überwinden imstande ist, immer geringer. Zum Anderen disponiert der Rückgang der Organfunktionen zum Auftreten von Krankheiten bis hin zur Multimorbidität. Solche Krankheiten können den chirurgischen Eingriff in Abhängigkeit von betroffenen Organ schwer belasten. Unter den Erkrankungen, welche für einen chirurgischen Eingriff eine höhere Belastung darstellen, spielen solche des Herzens eine ganz besondere Rolle, gefolgt von jenen der Lungen, der Nieren und des Gehirns. Die Herzinsuffizienz, die koronare Herzkrankheit, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, die Niereninsuffizienz und dementielle Erkrankungen stehen dabei im Vordergrund. Dazu kommt, dass Notfalloperationen unter solchen Voraussetzungen vielfach eine vitale Bedrohung darstellen.

Der Versuch einer Quantifizierung des Operationsrisikos hat zunächst (ASA-Klassifikation) dem klinischen Zustand des Patienten Rechnung getragen und dabei zwischen gesunden, leicht erkrankten, schwer bis behindernd erkrankten und vital bedrohten Patienten unterschieden. In weiteren, detaillierteren Risiko-Indizes wird auch den oben erwähnten Erkrankungen und weiteren Ergänzungen (Aortenstenose, Rhythmusstörung, Schlaganfall, insulinabhängiger Diabetes mell.) Rechnung getragen. Das Lebensalter als eigenständiger Risikofaktor spielt für chirurgische Eingriffe eine untergeordnete Rolle.

Präoperative Untersuchungen bleiben aus allen diesen Gründen limitiert: Zwar sind Anamnese und physikalische Untersuchung unverzichtbar, doch wenn diese unauffällig bleiben, können ab dem 65. Lebensjahr die weiteren Untersuchungen auf das Hämoglobin, auf das EKG, auf den BUN und auf den Blutzucker beschränkt bleiben. Ergeben Anamnese und physikalische Untersuchung allerdings den Verdacht auf weitere Erkrankungen, dann müsste diesem Verdacht weiter nachgegangen werden. Neben den entsprechenden Blutuntersuchungen könnten ein Herz-Lungen Röntgen, eine Echokardiographie, ein Holter-EKG, eine Ergometrie, usw. notwendig werden. In Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung (z.B. instabile Angina) und von der Dringlichkeit der Operation ist dann über den Zeitpunkt des Eingriffes zu entscheiden.

An prophylaktischen Maßnahmen sollte bei älteren Patienten in jedem Fall eine Stressprophylaxe (Betablocker), eine Thromboseprophylaxe (Heparin, Heparinoid) und eine Antibiotikaprophylaxe (je nach Ort des Eingriffes) überlegt bzw. auch durchgeführt werden.

TRUTTMANN¹, BERTA, BUCHER², EVELYNE
¹ ZÜRICH, ² FREIBURG, CH

Elektronische Kommunikation, Internet und Resilienz: Das Projekt „Internet-Corner“ an der Klinik für Akutgeriatrie des Stadtspitals Waid in Zürich

An der Klinik für Akutgeriatrie des Stadtspitals Waid in Zürich haben die Autorinnen einen „Internet-Corner“ für ältere Menschen aufgebaut: Einen Raum mit drei Computern zur Schulung älterer Menschen in E-Mail-Diensten und Internet. Die Besucherinnen und Besucher werden von einer Gruppe freiwilliger Helferinnen und Helfern betreut. Ziel ist es, mittels der Möglichkei-

ten elektronischer Kommunikation soziale Beziehungen zu stärken resp. zu erhalten. In pädagogischer Hinsicht zielt der Corner auf den Erhalt und die Stärkung der psychischen Ressourcen der älteren Menschen ab.

Verschiedene Studien belegen, dass erfolgreiches Altern wesentlich von der psychischen Widerstandsfähigkeit – der Resilienz – der betagten Personen abhängt. Soziale Fähigkeiten und Entwicklungspotentiale sollen gestärkt und Entwicklungsgefährdungen neutralisiert werden. In einer explorativen Studie wurden die Besucherinnen während 4 bis 8 Monaten beobachtet. In je drei Erhebungen hatten sie Fragebogen zur Resilienz, zur Alterszufriedenheit und zu den E-Mail-Kontakten sowie weitere ergänzende Fragen zu beantworten. Die freiwilligen Betreuerinnen und Betreuer wurden ebenfalls in die Untersuchung miteinbezogen. Das Projekt Internet-Corner zeigt, dass bei älteren Menschen Ressourcen mit modernen Informations- und Kommunikationstechnologien gestärkt werden können. In einem Umfeld feinfühligere Betreuung lassen sich ältere Menschen auf moderne Informations- und Kommunikationstechnologien ein und erleben Generativität und Selbstbewusstsein durch das Erlernen und den Einsatz einer „jungen“ Kommunikationsform. Der Erfolg des Corners basiert auf einem ressourcenorientierten Ansatz: Sowohl die Besucher als auch die Betreuer wurden in ihren Potentialen gestärkt – statt mit ihren Defiziten konfrontiert. So wuchsen beide, die freiwilligen Helferinnen und Helfer und die Besucherinnen und Besucher, über die anfänglichen Beschränkungen hinaus.

ULLMANN R., SCHMIDT U., SCHULZ J., MEISNER-PÖTHIG D.
BERLIN, DEUTSCHLAND

Vitalität und Altern – Gibt es eine Anti-Aging-Medizin speziell für Frauen?

Das Interesse der zunehmenden Zahl gesundheitsbewusster Menschen an Präventivangeboten wächst erheblich. Es hat sich dabei erwiesen, dass der Medizinsektor nachdrücklicher in die Pflicht genommen wird, den inzwischen boomenden Markt an präventivmedizinischen, vitalisierenden und therapeutischen Angeboten, der die Alterserscheinungen aufhalten bzw. verhindern soll, durch wissenschaftlich begründete Diagnostik- und Therapie-Programme zu unterstützen und zu forcieren. Diesbezüglich hat sich bereits im Denk- und Handlungsprozess der Mediziner die Hormonersatztherapie bei der Frau etabliert.

Die präventive Beeinflussung betrifft hier insbesondere die Primär- und Sekundärprävention des kardiovaskulären Risikos der postmenopausalen Frauen, das manifeste psychovegetative klimakterische Syndrom als auch das „cognitive aging“.

Anhand einer prospektiven Längsschnittstudie, die 41 Frauen mit HRT einschloss, möchten wir darstellen, inwiefern evidenzbasierte gerontologische Intervention mit Hilfe interdisziplinärer, altersvalidierter und standardisierter Diagnostikverfahren sichtbar und messbar gemacht werden kann. Dabei wird auch der Bezug zur aktuellen „Konsensusempfehlung zur Hormontherapie im Klimakterium und in der Postmenopause“ hergestellt und erläutert.

VAN DER CAMMEN T. J.M.
ROTTERDAM, THE NETHERLANDS

The interface of frailty: Where medical disciplines meet ... – the Dutch experience.

The definition of an interface is “a point where interaction occurs between two systems, processes or subjects”. The care of older persons in the Netherlands constitutes an interface between primary, secondary and tertiary care.

The population of the Netherlands consists of 16 million inhabitants, of which 14 % are aged 65 or over. Most of these older persons are independent and live in their own homes, ± 110,668 live in residential homes, ± 56,376 are nursing home residents.

A continuum of care has been developed for this older age group, whereby the general practitioner provides the medical care in the community, the geriatrician provides the hospital-based (sub)acute care and diagnostics, and the nursing home physician provides rehabilitation, palliative and terminal care, and somatic and psychogeriatric long-term care.

Frailty in old age can be defined as (a set of) characteristics such as dependence, poor cognition, sarcopenia (i.e., decline of mobility and muscle function, and loss of muscle mass), lack of appetite, and weight loss.

At the interface of frailty, the various medical disciplines meet and interact. Usually, in the decision of the best (after)care for a patient, the cognitive status and ADL-performance, in combination with the medical condition, are the most important factors for making the right choice.

Criteria for frailty could be expressed as the (mean of) scores on functional scales, but this sort of approach has not yet entered our daily practice. If we could develop, evaluate, and accept the common use of criteria for frailty in primary, secondary and tertiary care of older persons, the communication and mutual understanding at the interface of these health care systems would improve, to the benefit of the older patient.

WAGNER J.T., GILLMANN G., BLOZIK E., DAPP U.,
HARARI D., EGGER M., STUCK A.E.
BERN, SCHWEIZ

Risk screening in the elderly. First validation of the Pra' score in a European setting.

Background: One of the most established screening tools to select elderly people at high risk for future hospitalisation is the Pra' score which was developed by Boulton et al. Although validated in US settings, its transportability to European settings has not been investigated.

Objective: To analyse the validity of the Pra' score in European countries, and to attempt to develop an improved risk prediction tool based on the Pra' score.

Design: Prospective cohort analysis based on the PRO-AGE trial.

Setting: General practice registries in Hamburg, London, and Solothurn.

Participants: 9713 home-dwelling persons aged 65 and over.

Measurements: Self-administered Pra' questionnaire and multidimensional questionnaire at base-line and self-reported hospital admissions and physician visits during one year of follow-up. Shortening of the score was done using stepwise logistic regres-

sion modelling. New possible predictive items were investigated using pre-defined criteria.

Results: Accuracy of the score was in good agreement with that published before. AUROCs varied between 0.61 and 0.66 throughout sites. Mean RR was 2.3. Stepwise regression modelling revealed that two of the 8 items did not significantly influence the risk of future hospitalisation. The attempt to add new items to the abbreviated score lead to a moderate improvement of score performance.

Conclusions: The Pra' score is well transportable to a European setting. Reducing the original 8-item to a 6-item screen does not lessen neither predictive power nor accuracy significantly. This screener may be considered as an important approach in risk assessment of home-dwelling elderly populations.

WALTER A., ANDITSCH M., FASCHING P., PSOTA G.,
RAINER M.
WIEN, ÖSTERREICH

Wechselwirkungspotential von Psychopharmaka in der Praxis

In den letzten Jahren hat die Interaktionsproblematik innerhalb der psychiatrischen Pharmakotherapie durch die Entwicklung einer Fülle neuer Psychopharmaka einerseits, und durch die Zunahme des Anteils von älteren multimorbiden Patienten andererseits, sehr an Bedeutung zugenommen.

Das Risiko klinisch relevanter Wechselwirkungen steigt in dieser Patientengruppe, durch die durch zahlreiche somatische Zusatzkrankungen bedingte Polypragmasie und durch die alterskorrelierte physiologische Veränderung der Körperfunktionen, um ein Vielfaches an.

Bedenkt man, dass 3 % der Krankenhauseinweisungen auf Folgen von Arzneimittelinteraktionen zurückzuführen sind, so ist auch der Kostenfaktor nicht zu unterschätzen.

Neben dem Problem einer verringerten Wirksamkeit eines Pharmakons, spielen Potentierungseffekte im Sinne der Wirkungs- und oder Nebenwirkungsverstärkung eine bedeutende Rolle.

Es wird zwischen pharmakodynamischen und pharmakokinetischen Interaktionen unterschieden:

Bei pharmakodynamischen Wechselwirkungen handelt es sich um Verstärkungseffekte gleichzeitig verabreichter Medikamente, die sich in ihrem Wirkungs- und oder Nebenwirkungsprofil ähnlich verhalten: (König 2000; Beer 2002;)

- Mögliche Verstärkung der zentral dämpfenden Wirkungen bei Kombination mit Antihistaminika, Hypnotika, ...
- Gefahr einer hypotonen Dysregulation bei Kombination mit alpha-adrenolytisch wirkenden Pharmaka
- Senkung der Krampfschwelle (v.a. bei Clozapin, Zotepin, Maprotilin, Lithium, Bupropion)
- Anticholinerge Komplikationen einschließlich Delir, Darmparalyse, Induktion eines Tourette-Syndroms bei Ticstörung
- Apnoesyndrom (v.a. Benzodiazepine + Neuroleptika)
- Hämatoxische Effekte (v.a. Mianserin, Clozapin, Olanzapin)
- Effekt auf kardiale Reizbildung und Reizleitung (QT-Verlängerung bei Haloperidol, Phenothiazine, TCA,)
- Zentrales Serotonin-syndrom (z.B. MAO-Hemmer + SSRI, + Triptane)
- Blutungsrisiko unter SSRI über thrombozytäre 5-HT-Rezeptoren (v.a. + Coumarin, + ASS)
- Durch SSRI induzierte Hyponatriämie

Die pharmakokinetischen Interaktionen umfassen die Auswirkungen des Organismus auf die Substanz im Rahmen von Resorption, Transport, Metabolismus und Elimination und dadurch bedingte Folgen und Wechselwirkungen:

- Die Resorption kann durch intestinale Komplexbildner beeinträchtigt sein (Kaffee, Tee, Antazida, Cholestyramin, ...)
- Plasmaproteinbindung bewirkt kompetitive Verdrängung (Reboxetin, Haloperidol, Olanzapin, Valproat, Sertralin > 90 %; Phenprocoumon, Tetrazykline)
- Enzyminduktion oder -inhibition über Cytochrom-P-450 System: Die Häufigkeit von Poor metaboliser (genetischer Polymorphismus) liegt bei Europäern bei 2-5 % für 2C19, 5-10 % für 2D6. Andererseits sind 2-3 % der Bevölkerung Ultra-rapid-Metaboliser für CYP-2D6, wo unter Standarddosierung unzureichende Medikamentenspiegel zu erwarten sind. Neben CYP 2D6 sind noch vor allem die Isoenzyme 3A4 und 1A2 für den Abbau der Psychopharmaka wichtig. Viele kardiovaskuläre Produkte werden aber auch über diese Enzymsysteme metabolisiert, sodass bei Polypragmasie mit einem erhöhten Auftreten von klinisch relevanten Wechselwirkungen zu rechnen ist.

Oft ist das Einschätzen einer klinischen Relevanz einer möglichen, im Lehrbuch beschriebenen Wechselwirkung, sehr schwierig und wenn man sie dann auch noch nie selber bei einem Patienten gesehen hat, auch schnell wieder vergessen.

Auf der anderen Seite bleiben, wenn man wirklich alle in der Literatur beschriebenen möglichen pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Wechselwirkungen beachtet, nicht mehr viele Medikamente übrig, die man verschreiben kann.

Als Faustregel gilt: Je geringer die therapeutische Breite des Wirkstoffes und je größer die Organbeeinträchtigung beim Patienten ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit von klinisch relevanten Wechselwirkungen.

Die IFPA (interdisziplinäres Forum Psychopharmaka im Alter), gegründet im Mai 2004, hat es sich nun zur Aufgabe gemacht, ausgehend von Guidelines und Konsenspapieren den niedergelassenen Praktikern, aber auch Fachärzten, praxisnahe Hilfestellungen beim Einsatz von Psychopharmaka beim alten multimorbiden Patienten zu geben.

In kurzen Impulsreferaten werden die wichtigsten Wechselwirkungen von Antidepressiva, Antipsychotika, Antikonvulsiva und Antidementiva präsentiert, um dann möglichst interaktiv Fallbeispiele mit den Workshop Teilnehmern durcharbeiten zu können.

WEBER G.
WIEN, ÖSTERREICH

Primäre Behinderung: „Frailty“ und Vulnerabilität bei älteren Menschen mit intellektueller Behinderung

Die Konsequenzen einer immer älter werdenden Bevölkerung, die besonders europäische Länder betrifft, werden, so die Expertenmeinung, keinen gesellschaftlichen Bereich auslassen. Auffallend ist, dass in diesem gerontologischen Diskurs, egal ob er in gesellschaftspolitischen Kontexten oder in fachwissenschaftlichen Abhandlungen geführt wird, die Thematik Alter und intellektuelle Behinderung kaum präsent ist bzw. nur wenig Beachtung bekommt. Dabei wird allein durch das Faktum Lebenserwartung, die bei Menschen mit intellektueller Behinderung mittlerweile bei über 70 Jahren liegt, die Herausforderungen für Gerontologie und Geriatrie für diese Personengruppe sichtbar.

Der Beitrag liefert eine Übersicht zu aktuellen Forschungsergebnissen zu drei, für den einzelnen Menschen, zentralen Altersdimensionen: der biologischen, psychologischen und soziologischen Dimension.

In der biologischen Dimension werden Besonderheiten in Wahrnehmungssystemen, der Motorik, sowie spezifische Probleme, wie Polypharmazie, Osteoporose, Krankheiten mit höherer Prävalenz im Alter sowie spezifische Gesundheitsprobleme bei älteren Menschen mit Down Syndrom berichtet. In der psychologischen Dimension werden typische Veränderungen in intellektuell-kognitiven Bereichen sowie Veränderungen in emotionalen und motivationalen Systemen behandelt, wobei hier insbesondere altersbedingte psychische Vulnerabilitätsmomente zu diskutieren sind. Über die soziologische Dimension von Alter sollen jene Lebensbedingungen und Lebensgestaltungsmöglichkeiten, die typisch für diese Personengruppe in unserer Gesellschaft sind, analysiert werden. Die verschiedenen Aspekte werden abschließend in einer Perspektive der Lebensspanne integriert.

WILD M.
WIEN, ÖSTERREICH

Qualitätssicherung und Qualitätsmerkmale häuslicher Pflege

Die Pflege und Betreuung von alten und pflegebedürftigen Menschen hat eine gesellschaftspolitische Dimension. Derzeit leben rd. 540 000 hilfs- und pflegebedürftige Menschen zu Hause und werden größtenteils von ihren Angehörigen gepflegt.

Aufgrund demografischer und soziostruktureller Veränderungen sowie der Fortschritte in der Medizin und Technologie steht das Sozial- und Gesundheitswesen vor großen Herausforderungen. Eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen bei möglichst effizientem Ressourceneinsatz hat hohen Stellenwert.

In den letzten Jahren sind die mobilen Pflegedienste stark ausgebaut worden, so gab es einen Zuwachs von 19,6 % der Leistungsstunden von 1999 auf 2002. Vor diesem Hintergrund sind Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der häuslichen Pflege zentrale Anliegen des Österreichischen Roten Kreuzes (ÖRK).

Das ÖRK hat gemeinsam mit den anderen Mitgliedern der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt **Qualitätsmerkmale** zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung in der mobilen Pflege und Betreuung erarbeitet. Diese Merkmale sind als Kriterienkatalog zur Beurteilung der Pflege- und Betreuungsdienste zu sehen. Die Qualitätsmerkmale beschreiben die Form der Leistungserbringung, die Zielsetzung/Strategie der Organisation und die KundInnenorientierung.

Darüber hinaus hat das ÖRK **Pflegestandards** für die wichtigsten Kernprozesse erarbeitet. Der Begriff Pflegestandard meint das Festlegen von Qualitätszielen, die als nötig, erstrebenswert und erreichbar betrachtet werden. Der Standardinhalt wurde nach Donabedian gegliedert in Strukturstandard (dieser definiert die materiellen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen), Prozessstandard (dieser beschreibt das tatsächliche Handeln und das Verhalten der Pflege- und Betreuungspersonen) und Ergebnisstandard (dieser definiert den erwünschten Endzustand, der mit dieser pflegerischen Intervention erreicht werden soll).

Im Rahmen des Vortrages werden die Qualitätsmerkmale und die Pflegestandards, eingebettet in den Gesamtkontext der Qua-

litätsbemühungen des ÖRK, im Bereich der häuslichen Pflege vorgestellt.

ZAKOWSKA L.
KRAKOW, POLAND

Infrastructural changes that increase the quality of life and safety of senior road users

Introduction: European policy regarding the elderly aims at maintaining their mobility. This is the central element of their integration with society. Senior citizens want to stay autonomous and independent as far as possible. This work presents some results of the ongoing research project SIZE (Life quality of senior citizens in relation to mobility conditions), which is founded by the European Commission within the 5th Framework Programme, RTD Programme „Quality of life and living resources“, key action „The ageing population and disabilities“, contract No QLK6-CT-2002-02399.

The general objectives of SIZE are:

- to explain and describe the present mobility and transport situation, the problems, needs and wishes of different groups of senior citizens from their own perspective compared with experts' points of view („experts“ being sociologists, psychologists, traffic experts, experts on gerontology, architects and urban designers, urban planners, politicians, policy makers, experts of other related EU projects, etc.);
- to motivate action by the authorities and other relevant groups in society who are, or feel, responsible in this area, among others by making discrepancies in problem identification transparent;
- to identify relevant solutions for existing problems and to provide guidance for setting up and implementing policies aimed at „keeping the elderly mobile“.

Method: Nine research partners (representing eight European countries), supported by five senior's organizations, followed the same methodology of interviewing seniors and experts, in order to compare the results. Qualitative studies for both groups, seniors and experts, consisted of the focus-group interviews and in-depth interviews. The total sample of 225 experts and 487 seniors from eight countries participated.

Results: There was a considerable amount of agreement between experts and seniors in respect to the structure of seniors' mobility problems. Senior citizens raised more issues and experts proposed more systematic measures. It has been revealed that measures expected for implementation concern many diverse areas. This includes personal perspective, environmental/social perspective, technical perspective and law/policy perspective.

Among many interesting **technical solutions** for implementation we recommend:

- The organization of a road safety programs for elderly citizens to inform them how to behave in road traffic and avoid accidents.
- The introduction of a free-travel passes throughout countries (to enable any journeys through all Europe for tourism, pilgrimages and family visits).
- The introduction of selected street lines for public transport use and private cars that are driven by senior citizens (to improve public transport functioning and to reduce fear of driving own car in heavy traffic/jams).
- The establishment of “mobility office” or/and “senior citizen office“ in municipal units (to listen complains, to discuss arguments, and to react to mobility problems of senior citizens).

- The installation of GPS system in walking aids (to secure, to inform about exact localization).
- The development of the rental of the different forms of transport modes (bicycles, cars and minibuses) and walking aids.
- The installation of information telephones (answered by humans not automates) directly at the platforms of each any transportation modes (trains, buses, trams, etc.).

Discussion: The problem of senior citizens' mobility is interdisciplinary in nature. In consequence, studying the problem demands both: specific research methodology, which would allow tapping this diversity and complexity, as well as multidimensional solutions. The methodology used in SIZE project, including a combination of focus group interviews, in-depth interviews and questionnaires, conducted with seniors and experts target groups, proved to be successful.

Road and traffic infrastructure, as technical aspects of moving around are very important factor determining senior citizens' mobility. This statement is strongly supported by data gathered in all countries participating in SIZE project.

ZANGERL M., HALDER W.
ZIRL, ÖSTERREICH

Augentropfenselbstapplikation bei älteren und alten Menschen – Praktische Konsequenzen aus statistischen Daten

Eine in den Jahren 2003 und 2004 am LKH Hochzirl und in einigen Altersheimen in Tirol durchgeführte Untersuchung zeigte, dass ein hoher Prozentsatz älterer und alter Menschen nicht in der Lage sind, sich selbständig korrekt Augentropfen zu applizieren. Neben Problemen beim Öffnen der Verpackung sind es vor allem das Unvermögen das Auge zu treffen, die nötige hygienische Sorgfalt walten zu lassen und die richtige Tropfenzahl einzuhalten, die diese häufige Behandlungsform bei geriatrischen Patienten ohne Unterstützung oft scheitern lässt.

Als Konsequenz aus dieser Untersuchung entschlossen wir uns in Innsbruck ein Projekt anzubieten in dem ältere Menschen von einer Diplomkrankenschwester an einem Nachmittag in der korrekten selbständigen Applikation von Augentropfen geschult werden.

Da Augenärzte die wichtigsten Multiplikatoren sind, Betroffenen die Teilnahme an dieser Schulung zu empfehlen, wurde an 22 Augenärzte/-innen im Großraum Innsbruck eine Projektbeschreibung und die Bitte um ein Feedback versendet. Wir erhielten 10 zustimmende und 1 ablehnende Rückmeldung, 11 Angeschriebene antworteten nicht.

Wir betrachteten dies tendenziell als Zustimmung zum Projekt und planen mit Jänner 2005 einmal pro Monat eine derartige Patientenschulung anzubieten. Über die ersten Erfahrungen wird im Rahmen des Kongresses berichtet werden.

POSTER

ALEKSIC D.
MARIBOR, SLOVENIA

The Effects of Regular Physical Activity on Postmenopausal Woman

The study describes the problems related on postmenopausal women and discusses psychosocial and social parameters as effects on postmenopausal women, their way of life, the attitude towards physical activity and the quality of life.

Numerous methods such as the hormonal substitution treating method and alternative treating methods – regular physical activity are given, in order to prevent and treat menopausal symptoms.

Intention: Examination of physical mobility, muscular capability and balance of physically active women in comparison with physically inactive postmenopausal women.

Methods: 40 female participants aged approximately 65 years have been included into the research and taken in consideration: an active group of 20 women, who have been attending an organised physical exercising once a week for 4 years, and an inactive group of 20 healthy postmenopausal women performing no physical exercises.

Results: Excluding the test of lower extremities muscular endurance showing minimal differences physically active women achieved better results after all tests. The active group shows a better mobility of the upper extremities and trunk (rising arm above the head ($p < 0,05$, $p < 0,01$), lateral extension ($p < 0,05$)), stronger trunk extensors (60 sec. extension persistence ($p < 0,05$)) and stronger upper extremities (left ($p < 0,05$) and right arm grip). The motoric balance test (one leg stand with closed ($p < 0,05$) and opened eyes ($p < 0,001$)) stresses the highest difference between active and inactive postmenopausal women as the active group has achieved much better results as the inactive group.

Conclusion: Through the improvement of motoric balance and muscular flexibility, power and endurance regular physical activity increases the life quality, enables an independent life in everyone's surrounding and, last but not least, influences positively physical harmony and weight.

BAROVIC¹ J., TURK¹ Z., FISCHER² G.
¹ MARBURG/DRAU, SLOVENIA, ² GRAZ, AUSTRIA

Doppelblindstudie an älteren Gonarthrospatienten mit schwachen Magnetfeldern (QRS-System)

35 Verum- und 36 PlazebopatientInnen ($\mu = 57,9$ bzw. $62,1$ J.) wurden über 6 Wochen von Montag bis Freitag jeweils 16 Minuten im Liegen auf einer Applikatormatte mit drei eingebauten Spulenpaaren einem niederfrequent gepulsten Magnetfeld exponiert. Der Generatorteil des „Salut 1“-Gerätes (Fa. Magnovit, Liechtenstein) erzeugt ein patentiertes Signal, bestehend aus einer sich periodisch wiederholenden Folge von betragsmäßig ansteigenden Rechteckimpulsen und Pulspausen. Die Flussdichten wurden einschleichend von $3,4 \mu\text{T}$ auf $13,6 \mu\text{T}$ gesteigert. Vorrangige Zielparameter waren subjektive Schmerz- und Befindlichkeitsmaße, der „Knee-Society-Score“ zur Feststellung von Zustand und Leistungsfähigkeit der Kniegelenke, krankheitsspezifische Blutparameter sowie die Blutdruckwerte.

Bereits bei einer Zwischenuntersuchung nach vier Wochen zeigten sich für das Expositionsende nach sechs Wochen ergaben sich sieben mindestens signifikante Unterschiede (siehe Tabelle), ihre Richtung war ausschließlich zugunsten der verumtherapierten Gruppe. Besonders hervorzuheben sind die zumindest signifikant geringeren Schmerzeinstufungen auf allen vier verwendeten Skalen, sie erhoben sowohl die Quantität als auch die Qualität des subjektiv empfundenen Schmerzes. Am eindrucksvollsten kann dies an der exemplarisch herausgegriffenen 5-stufigen sensorisch-verbalen Schmerzratingskala (SVS) bei einem höchstsignifikanten Unterschied ($p = 0,00018$) bei der Abschlussuntersuchung dokumentiert werden, obwohl die Schmerzsituation am Versuchsbeginn in beiden untersuchten Kollektiven statistisch gleich war ($p = 0,435$). Die SVS fragt die aktuelle Schmerzstärke zwischen „kein Schmerz“ und „extrem starker Schmerz“ ab. Weiter war auch das subjektive Allgemeinbefinden bei Verum signifikant angehoben. Aus den Auswertungen des „Knee-Society-Scores“ ließ sich eine signifikante Steigerung der Gehleistung im Sinne einer größeren Mobilität nachweisen. In der Kategorie Blutparameter zeigte sich an den magnetfeldtherapierten Patienten eine signifikante Erhöhung der Erythrozyten, was als vermehrte Sauerstofftransportkapazität interpretiert werden kann. Sogar noch nach einer 4-wöchigen (schein-)therapiefreien Outwashphase hielten in allen ermittelten Zielparametergruppen die Verbesserungen mehrerer Zielparameter bei den Verumprobanden auf zumindest signifikantem Niveau im Sinne eines „Nachhaleffektes“ oder einer Langzeitwirkung an.

Hinsichtlich der Schmerzlinderung und der Mobilitätssteigerung stehen diese Ergebnisse weitestgehend im Einklang mit zwei größeren US-Studien aus der letzten Dekade; wir konnten jedoch erstmals anhand eines umfangreichen Kollektivs doppelblind den Nachweis erbringen, dass die hier applizierten Felder mit etwa 200-fach geringeren Flussdichten zu den gleichen positiven Ergebnissen führen. Auch vor dem Hintergrund der Kostenproblematik im Gesundheitswesen kann diese nebenwirkungsfreie Behandlungsmethode zumindest als adjuvante Therapieform für den klinischen Bereich und den Arzt in der allgemeinmedizinischen Praxis empfohlen werden.

BERZLANOVICH¹ A., KEIL² W., VEITL³ M., FASCHING¹ P., FAZENY-DÖRNER¹ B.

¹ WIEN, ÖSTERREICH

² MÜNCHEN, DEUTSCHLAND

Kardiovaskuläre Todesursachen bei Typ-2-Diabetikern (≥ 85 Jahre)

Problemstellung: 75 % aller Diabetiker haben Herz-Kreislauf-Komplikationen bzw. 75 % aller Herzinfarktpatienten sind Diabetiker. Obwohl aufgrund des demographischen Wandels und der verbesserten medizinischen Betreuung nun auch hochbetagte Diabetiker einen zunehmenden Teil an der Gesamtpopulation stellen, sind verlässliche pathologisch-anatomische Daten nur spärlich verfügbar. Daher erschien uns eine exakte Befunderhebung mit autopsisch gesicherten Daten angezeigt.

Patienten und Methoden: In einem 8-Jahres-Zeitraum (1996-2003) wurden im Department für Gerichtliche Medizin Wien 17214 Obduktionen durchgeführt, darunter fielen knapp 10 % der

Todesfälle aus natürlicher Ursache auf über 85-Jährige. Evaluiert wurden in dieser Subgruppe kardiovaskuläre Todesursachen bei Diabetikern mittels Auswertung der Sektionsprotokolle, Krankengeschichten und katamnestischen Angaben.

Ergebnisse: Unter den 100 obduzierten Typ-2-Diabetikern fanden sich 28 Männer und 72 Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 87 Jahre. Alle Todesfälle ereigneten sich ausschließlich bei nicht bettlägerigen Patienten im eigenen Heim. An Vorerkrankungen waren bei 26 der Betroffenen Herzbeschwerden, bei 13 eine Hypertonie und bei fünf ein Tumorleiden bekannt; mehr als die Hälfte der Diabetiker galten zum Zeitpunkt ihres Todes als beschwerdefrei.

Als pathologisch-anatomische Todesursache dominierte die koronare Herzkrankheit (76/100), davon in 55 Fällen ein akuter Myokardinfarkt. Die bei allen Leichen atherosklerotisch veränderte Aorta hatte bei 12/100 eine aneurysmatische Aussackung, die in acht Fällen durch Ruptur/Dissektion zum Tod führte. Lungembolien und respiratorisch bzw. gastrointestinal bedingte Todesfälle zeigten sich jeweils 5-mal, in zwei Fällen führte ein Coma diabeticum zum Tod.

Schlussfolgerung: Zusätzlich zur klinischen Untersuchung erweitern Autopsien die Kenntnisse zur Epidemiologie von chronischen Erkrankungen bei Hochbetagten. Daher ist auch bei geriatrischen Patienten eine hohe Sektionsfrequenz zur Qualitätskontrolle unerlässlich.

BÖHMDORFER B., SCHROLLER C., MUSTER U.,
FRÜHWALD TH., SOMMEREGGER U.
WIEN, ÖSTERREICH

Medikamenten-assoziierte Hyponatriämie bei sehr alten Patienten

Hyponatriämie ist eine der häufigsten Elektrolytstörungen bei geriatrischen Patienten und ein erheblicher Risikofaktor für Morbidität und Mortalität.

Die Ätiologie der Hyponatriämie ist vielfältig und eine genaue Analyse der Ursache ist für die Wahl der Therapie erforderlich.

Hyponatriämie kann durch unterschiedliche Krankheiten (wie beispielsweise Herzinsuffizienz, renale Insuffizienz und Krebserkrankungen) oder durch bestimmte Medikamente ausgelöst werden.

Mechanismen, die medikamentös induzierte Hyponatriämie auslösen können sind: Interaktion des Medikaments mit der renalen Natrium-Sekretion, Interaktion mit dem Renin-Angiotensin-Aldosteron-System, Interaktion mit ADH (antidiuretisches Hormon) und dadurch ausgelöstes SIADH (Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion) oder auch ausgeprägte und häufige gastro-intestinale Nebenwirkungen (Erbrechen, Durchfall).

Medikamente, die Hyponatriämie auslösen können findet man beispielsweise in folgenden Gruppen:

ACE-Inhibitoren, Aldosteronantagonisten, tricyclische Antidepressiva, Antiasthmatica (Theophyllin), orale Antidiabetika, Cholinesteraseinhibitoren, Diuretika, orale Eisenpräparate, herzwirksame Glykoside, orale Kaliumpräparate, Laxantien, orale Magnesiumpräparate, typische und atypische Neuroleptika, Opioid-Analgetika, Serotonin-Reuptake-Inhibitoren.

Für das diagnostische und therapeutische Vorgehen ist es wichtig zu wissen, ob eine Hyponatriämie durch Medikamente mitverursacht sein kann. Zu diesem Zweck haben wir eine tabellarische Auflistung erstellt, die darüber informiert, ob Hyponatriämie

eine mögliche Nebenwirkung eines bestimmten Arzneimittels der Arzneimittelliste sein kann.

BÖHMDORFER B., MUSTER U., FRÜHWALD TH.,
SOMMEREGGER U.
WIEN, ÖSTERREICH

Wechselwirkungen von Medikamenten: der „Kampf“ um den Rezeptor

Wechselwirkungen von Medikamenten sind komplex. Das betrifft die Bindung an Rezeptoren genauso wie die hepatische Metabolisierung durch das Cytochrom P450.

Die Kombination mehrerer Medikamente ist bei der Therapie älterer Patienten meist unvermeidbar und bei psychiatrischen Indikationen oft besonders ausgeprägt. Gerade Psychopharmaka unterliegen besonders häufig pharmakologischen und metabolischen Interaktionen.

Der hier geschilderte Fall betrifft eine 85-jährige Patientin, die mit den Diagnosen Depression, wiederholten Stürzen und einem Post-Fall-Syndrom in die Abteilung für Akutgeriatrie des Krankenhauses Lainz aufgenommen wurde. Zum Zeitpunkt der Aufnahme wurde sie mit neun verschiedenen pharmakodynamisch aktiven Substanzen therapiert, darunter sechs Psychopharmaka.

Wir veranschaulichen diesen Fall mit Diagrammen, die darstellen, wie diese Arzneistoffe untereinander interagieren und miteinander um Bindungsstellen am Rezeptor und Leberenzyme konkurrieren.

Jede Überlegung zur Pharmakotherapie eines Patienten sollte das Wechselwirkungspotential der gesamten Medikation mit einbeziehen, um dadurch den therapeutischen Erfolg zu optimieren, die Nebenwirkungen zu verringern und unnötige oder potentiell gefährliche Kombinationen von Medikamenten zu verhindern.

EQUILUZ-BRUCK, S., ALBRECHT, H., RADL, V., FASCHING, P.,
BERNECKER, P.
WIEN, ÖSTERREICH

Multiresistente Keime in einer geriatrischen Einrichtung – Epidemiologische Daten der Infektionserfassung von MRSA

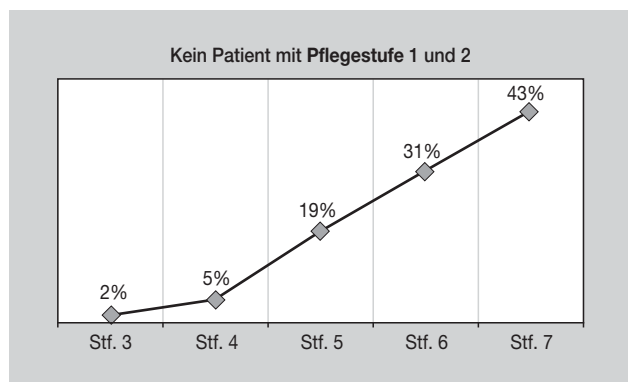
Multiresistente Keime sind weltweit Erreger nosokomialer Infektionen in medizinischen Einrichtungen. Seit Jahren findet sich eine Zunahme mit deutlichen geografischen und institutionellen Unterschieden. In geriatrischen Einrichtungen stellen multiresistente Keime ebenfalls zunehmend ein medizinisches und therapeutisches Problem dar. Es gibt noch wenig Studien über Inzidenz und Prävalenz von multiresistenten Keimen in diesen Institutionen.

Im GZ Baumgarten wird seit 1997 eine Infektionserfassung durch das hygienebeauftragte Team durchgeführt. Bislang wurde kein generelles Screening bei neu aufgenommenen Bewohnern durchgeführt. In dieser Untersuchung wurden retrospektiv Daten der Jahre 2000 bis 2004 von 154 Bewohnern mit Kolonisation oder Infektion durch MRSA erhoben.

Ergebnisse: 93,7 % der Befunde wurden innerhalb von vier Wochen nach Transfer der Bewohner aus Akutspitälern erhoben. 4,2 % der Befunde wurden erst nach sechs Wochen oder später

erhoben, bei wenigen neu aufgenommenen Bewohner konnten die Infektionsquellen weder zeitlich noch örtlich zugeordnet werden.

Patientendaten	Diagnosen
> 65 a : n = 142 mittleres Alter 86.6 a (65-97)	Multimorbid (> 5 Diagnosen) ■ 94 % Demenz ■ 26 % Diabetes mell. II ■ 14 % COPD
< 65 a : n = 12 mittleres Alter 47.3 a (37-64)	Hypoxische Encephal./Insult ■ Malignome, Alk. chron., ■ neurodegen. Erkrank., u.a.



Art der Infektion/Kolonisation	Häufigkeit
Nasale Besiedelung	25 %
Wundinfektionen	20 %
Hautbesiedelung	18 %
PEG-Sonde/Einstichstelle	12 %
Harnkultur	5 %
Andere Lokalisationen	6 %

Mehrfachresistenzen	2003	2004
Ciprofloxacin	88 %	100 %
Erythromycin	83 %	94 %
Clindamycin	82 %	92 %
Gentamicin	76 %	82 %
Amikacin	27 %	78 %
Trimethoprim	3,5 %	15 %
Mupirocin	5 %	17 %

Zusammenfassung: Die Erfassung multiresistenter Keime und deren zeitgerechte Eradikation kann ein wesentliches Instrumentarium für die optimierte Betreuung geriatrischer Bewohner darstellen.

Unter Beachtung dispositioneller und behandlungsassoziierter Risikofaktoren sind neben der Durchführung geeigneter, an die Situation der geriatrischen Bewohner adaptierten Basishygiene – Maßnahmen und strikter Antibiotikatherapie nach entsprechenden Behandlungsalgorithmen generelle Screeninguntersuchungen sicher als sinnvoll zu erachten.

FUCHSHUBER¹ E., FUCHS¹ K., KÜHNE-PONESCH¹ S., MITTMANNGRUBER¹ S., PRUCKNER¹ B., SCHIERL² M., HALMERBAUER¹ G.

¹ STEYR, ² INNSBRUCK, ÖSTERREICH

Erstellung eines Instruments zur Bewertung von Einrichtungen zur Altenbetreuung

In Österreich gibt es für Menschen höheren Lebensalters, die in eine Einrichtung zur Altenbetreuung (z.B. Seniorenresidenz, Wohngemeinschaft für ältere Menschen, Alten- und Pflegeheim) ziehen möchten, nur wenige Möglichkeiten diese Einrichtungen bundesweit vergleichen zu können. Während in anderen Bereichen bereits Leitfäden vorhanden sind (z.B. Wellness: Relax Guide), gestaltet sich die Informationsbeschaffung auf diesem Gebiet für den potentiellen Kunden als schwierig. Bislang steht in Österreich lediglich aufzählende Literatur zur Verfügung.

Darum wurde ein Instrument erstellt, mit dessen Hilfe Einrichtungen zur Altenbetreuung bewertet werden können. In einem ersten Schritt wurden acht Kategorien erstellt, die beurteilt werden sollen: bauliche, pflegerische und ärztliche Anforderungen, Hotelservice, persönliche Freiräume, Verpflegung, Umgebung und zusätzliche Anforderungen. Diese wurden mit Hilfe einer qualitativen Umfrage mit Experten aus den Bereichen Politik, Medizin, Pflege, Soziales, Architektur, Qualitätsmanagement sowie auch mit Heimbewohnern, Angehörigen und potentiellen Kunden vorformuliert und durch eine Umfrage in der Zielaltersgruppe ergänzt.

Weiteres wurde eine telefonische Umfrage mit einem Stichprobenumfang von 1000 durchgeführt um die subjektive Wichtigkeit dieser Kategorien in der Zielpopulation zu erheben. Die Stichprobe wurde gewichtet gemäß Geschlecht, Alter (50-70 Jahre) und Bundesland um ein repräsentatives Sample der Generation 50plus in Österreich zu erstellen. Auf Grund dieser Daten wurde eine Gewichtung vorgenommen, die die Grundlage der Bewertung von Einrichtungen der Altenbetreuung darstellen soll. Ergebnisse werden vorgestellt und diskutiert.

GOSCH M.
ZIRL, ÖSTERREICH

Ist eine Abteilung für Akut-Geriatrie in Österreich finanzierbar?

Hypothese: Unter dem derzeit bestehenden System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ist eine Abteilung für Akut-Geriatrie in Österreich unter Einhaltung der Strukturqualitätsstandards nicht kostendeckend zu führen.

Grundlagen: Im Jahre 1997 wurde in Österreich die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung eingeführt. Basierend auf einer Hauptdiagnose erfolgt die Abgeltung der Leistung über eine Fallpauschale und eventuell über medizinische Einzelleistungen. Nicht erfasst wird in diesem System bis heute die Multimorbidität, welche gerade beim geriatrischen Patienten ein entscheidender Faktor in Bezug auf den klinischen Verlauf und damit auch auf die Kosten der Behandlung darstellt. Bereits ein Jahr später wurde auf ein Tagsatzmodell umgestellt, da Abteilungen mit geriatrischen Patienten massive finanzielle Einbußen hinnehmen mussten. Jedoch konnte hierdurch die wirtschaftliche Situation der geriatrischen Abteilungen nicht wesentlich gebessert werden. So erfolgte für das Jahr 2004 eine Erhöhung des Tagsatzes von 199 auf 245 LKF-Punkte.

Zusätzlich wurden vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitsfragen Strukturqualitätskriterien verfasst, welche von den Abteilungen für Akut-Geriatrie erfüllt werden müssen, um diesen Tagessatz abrechnen zu können.

Methode: Um die Finanzierbarkeit zu prüfen, wurde ein Normkostenmodell für eine 24-Bettenstation erstellt. Diesem liegen zu Grunde die anfallenden Personalkosten nach dem verordneten Stellenplan, die Kosten für Therapie und Diagnose einer Vergleichsstation des Landeskrankenhauses Hochzirl sowie die Overheadkosten, ebenfalls den Daten des Landeskrankenhauses Hochzirl entnommen. Gerechnet wurde das Modell mit einer Auslastung von 90 %.

Ergebnis: Die Personalkosten pro Belagstag liegen bei 125,- Euro, die Kosten für Therapie und Diagnostik bei 28,- Euro, Kosten der internen Leistungserfassung betragen 22,- Euro, die Overheadkosten weisen 37,- Euro aus. In Summe liegen die Kosten für eine Belagstag bei 212,- Euro, dies entspricht bei einem aktuellen Punktwert von 0,67 318 LKF-Punkten. Es entsteht somit eine Differenz von 73 LKF-Punkten pro Belagstag, dies entspricht bei dem oben genannten Umrechnungsfaktor 49,- Euro.

Bei 365 Tagen entstehen bei einer 24-Bettenstation mit einer Auslastung von 90 % 7884 Belagstage. Pro anfallenden Belagstag entsteht ein Defizit von 49,-Euro, hochgerechnet auf ein Jahr entsteht der Abteilung ein Abgang von 386 316,- Euro.

Zusammenfassung: Unter dem derzeit bestehenden Finanzierungssystem ist eine Abteilung für Akut-Geriatrie mit den vorgeschriebenen Strukturqualitätsstandards in Österreich nicht kostendeckend zu führen. Folglich ist eine Änderung der Finanzierung dringend erforderlich, da ansonsten die Gefahr besteht, dass die Reduktion der Kosten zu Lasten der Qualität geht.

GUMPINGER I. I.
WIEN, ÖSTERREICH

„Gesund 2020“ – Gesundes und Nachhaltiges Bauen im (denkmalgeschützten) Bestand

In der Analyse der zu Forschungszwecken ausgewählten in Veränderung begriffenen Standorte des Gesundheitswesens geht es nicht nur darum, **wie** der (Stadt-)Raum aussieht, sondern **warum** er so aussieht bzw. welche Bedeutung er trägt.

Die Bedeutung der Struktur des öffentlichen Raumes ist im kulturellen Kontext angesiedelt, es ergibt sich somit, dass die jeweilige historische soziale Ordnung, die Gesetzgebung und die Moral der Gesellschaft – wichtige Einflussfaktoren sind. Insbesondere darum, um für die Zukunft 2020 Prognosen für die gesellschaftliche, bevölkerungsentwicklungsrelevante städtebauliche und architektonische Entwicklung zu entwerfen.

Es war uns wichtig, Standorte insbesondere nach den Kriterien ihrer Lage und Einbettung in den räumlich-städtischen Kontext, nach gesellschafts-analytisch relevanten Themen, nach wirtschaftlichen, finanziellen und denkmal-pflegerischen Rahmenbedingungen sowie nach Status einer (eventuellen) künftigen Veränderung auszuwählen. Ziel der Untersuchungen waren die Wechselbeziehungen von aufgelassenen bzw. in mittel- und langfristiger Zukunft Veränderungen unterliegender Standorte von Krankenhäusern und Geriatriezentren und ihrem regionalen/städtischen/dörflichen (Wohn-)Umfeld.

Der Schwerpunkt lag in der Untersuchung von Standorten in Wien, zu Vergleichszwecken wurden Standorte in Berlin, Triest,

in der Steiermark und in der Region Burgenland/Niederösterreich („Vienna Region“) vertiefenden Analysen unterzogen.

Dieses (Wohn-)Umfeld ist ganzheitlich als Lebensraum von Menschen und sozialen Gruppierungen, zu denen auch die Älteren gehören, zu verstehen. Es ist zum einen als räumliches Wohnumfeld zu sehen, das durch städtebauliche und architektonische Grenzen und/oder, zum anderen, durch spezifische Nutzungsweisen der Wohn- und Arbeitsbevölkerung selbst definiert wird.

Zur Sicherstellung von zeitgemäßen Standards der Gesundheitsversorgung sowie Pflege und Betreuung zu Hause bedarf es einer umsichtigen wirtschaftlichen Neuorientierung und finanzieller Umschichtung. Unsere Erhebungen, Untersuchungen und Analysen kommen zu dem Ergebnis, dass an nahezu allen untersuchten Standorten Planungs- und Handlungsbedarf besteht.

Zu welchen spezifischen Themenbereichen, in welcher Form, Art und Umfang dieser Planungs- und Handlungsbedarf besteht, ist unter der Überschrift ZUKUNFT 2020 den jeweiligen Kapiteln, respektive Standorten zugeordnet.

GUMPINGER I. I.
WIEN, ÖSTERREICH

Seniorenwohnen „Light“

Welche Modelle für altersgerechtes Wohnen gibt es derzeit? Sind sie für Investoren lukrativ? **Für welche Zielgruppe** von Menschen soll **was** zum Thema „altersgerecht“ gebaut werden? Nur wer die richtigen Fragen stellt, bekommt auch die richtigen Antworten – das wusste schon Le Corbusier, einer der größten Architekten, Städteplaner und vorkritischen Denker des 20. Jahrhunderts. Er selbst war Vertreter des Funktionalismus im Sinne der Lebensfunktionen und nicht im Sinne der Bedarfsdeckung.

Legt man die Kataloge des Pflegebedarfs zugrunde, zu deren Aufstellung die kommunalen Verwaltungen kommen, so ergibt sich aus diesen Zahlen für die nächsten fünf bis zehn Jahre eine gewisse Anzahl an Pflegebetten.

Das Forschungsinstitut Gesund 2020 ist bei seinen Studien zum Forschungsprojekt 2020 auch dieser Frage nachgegangen und zwar: Wird die Versorgungseinheit „Bett“ den Ansprüchen der alternden Menschen, der Krankheiten und Gebrechen sich langsam bemerkbar machen, gerecht? Das Ergebnis zeigt eindeutig: „Es zählt der Mensch und nicht das Bett“ – die tatsächlichen Bedürfnisse der Menschen im „4. Lebensabschnitt“ sind so unterschiedlich wie die Lebensgewohnheiten. Der Bogen spannt sich vom „Service-Wohnen“, der stationären Versorgung und einer Art Wellnesshotel und vielen Möglichkeiten von Mischformen, wie zum Beispiel in Wien dem „Mehr-Generationen-Wohnen.“

Die Unterbringung im Pflegeheim ist erst der letzte Schritt bei der Betreuung älterer Menschen. Viel früher setzen Überlegungen an, die die Wohnungen selbst und das (Wohn-)Umfeld, also den städtischen/dörflichen Raum, betreffen.

Die Wohnungswirtschaft muss daher verstärkt dazu übergehen, Wohnung behindertenfreundlich und damit zugleich senioren-/altersgerecht zu planen.

Die Basis dafür ist in der Gesetzgebung des Landes zu verankern (wie z.B. in der Bauordnung, in den entsprechenden Normen, etc.).

Seniorengerechte Wohnungsplanung beinhaltet das Prinzip der „Unauffälligkeit“ für lebenslanges Wohnen – im Sinne eines „Universal-Designs“, das in ein Gesamtkonzept integriert ist.

HAID T., BONATTI E., KOFLER M., SALTUARI, L.
ZIRL, ÖSTERREICH

Normwerte von 352 Hirngesunden für ein einfaches Verfahren zur klinischen Erfassung der graphomotorischen Geschwindigkeit und zeitbezogenen Wiederholgenauigkeit: „Haid-Bonatti 1-20 Test“

Handschriftliches Schreiben kann auch als Abfolge automatisierter („open loop“) Bewegungen gesehen werden. Graphomotorische Geschwindigkeit und zeitbezogene Wiederholgenauigkeit der Bewegungen können als Maßzahlen zur Status- und Verlaufsdiagnostik automatisierter feinmotorischer Bewegungen herangezogen werden. Uns sind keine Verfahren bekannt, die diese Parameter ohne apparativen Aufwand erfassen und einen Normvergleich erlauben.

Wir normierten daher eine einfache und international einsetzbare Schreibprobe für Klinik und Forschung: den ‚Haid-Bonatti 1-20 Test‘ (HABO 1-20). Dabei wird vom Probanden das möglichst schnelle Schreiben der Ziffern von 1 bis 20 zwei Mal verlangt (HABO 1-20/1 bzw. HABO 1-20/2). Zwischen beiden Durchgängen wird ein orthographisch einfacher Testsatz geschrieben. Bisher wurde der HABO 1-20 an 352 anamnestisch Hirngesunden normiert (17-92 Jahre; 50 % > 43 Jahre und 25 % > 62 Jahre). Für die Gesamtgruppe beträgt die Korrelation (Spearman) der graphomotorischen Geschwindigkeit (Mittelwert aus HABO 1-20/1 und HABO 1-20/2; Range: 9 bis 26 Sekunden) mit Alter $r = 0,546$ ($p < 0,001$) und mit Bildung (ohne/mit Matura) $r = -0,417$ ($p < 0,001$), mit Geschlecht fanden sich keine signifikanten Korrelationen. Das Variabilitätsmaß des HABO 1-20, das die Geschwindigkeitsunterschiede zwischen beiden Durchgängen berücksichtigt ($[(\text{HABO 1-20/1} - \text{HABO 1-20/2}) / \text{HABO 1-20/1}] * 100$; Range: -17 % bis +22 %), korreliert mit Alter wesentlich geringer ($r = 0,157$; $p = 0,003$) als das Geschwindigkeitsmaß. Geschlechts- und Bildungszusammenhänge werden nicht signifikant. Wir präsentieren Perzentilnormwerte für 4 Altersgruppen: 17-49, 50-59, 60-69 und > 69 Jahre.

Die vorliegenden HABO 1-20-Normwerte ermöglichen eine quantifizierende Status- und Verlaufsdiagnostik automatisierter feinmotorischer Bewegungen im klinischen Alltag.

HAID T., BONATTI E., KATHREIN M.-T., KOFLER M.,
SALTUARI L.
ZIRL, ÖSTERREICH

Zur Beziehung automatisierter und kontrollierter feinmotorischer Bewegungen Hirngesunder am Beispiel verschiedener handschriftlicher Proben und eines Visuomotoriktests

Willkürbewegungen lassen sich danach einteilen, ob sie überwiegend automatisiert oder kontrolliert ablaufen. Automatisierte Bewegungen („open loop“; Typ II Bewegungen) resultieren aus dem Abruf überlernter Motorikprogramme und werden besonders mit dem supplementär motorischen Kortex assoziiert. Kontrollierte Bewegungen („closed loop“; Typ I Bewegungen) sind nicht überlernt, stehen während ihrer Realisierung unter ständiger sensorischer Feedback-Kontrolle und werden insbesondere mit dem prämotorischen Kortex in Verbindung gebracht. Bewegungszeit und

-amplitude weisen für Typ I eine starke und für Typ II keine oder eine geringe Abhängigkeit auf.

Wir untersuchten die Beziehung zwischen beiden Bewegungstypen für die Schreibhand anamnestisch Hirngesunder durch Erfassung der Bewegungsgeschwindigkeit. Kontrollierte Bewegungen wurden über eine Visuomotorikaufgabe (9 Hole Peg Test; 9HPT) operationalisiert, automatisierte über verschiedene Schreibproben: Ziffern 1-20 (HABO 1-20), Testsatz kursiv und in Blockschrift. Für den Satz in Blockschrift standen 47 Datensätze zur Verfügung, für alle anderen Parameter 232 (32-93 Jahre). Die Schreibproben korrelieren untereinander durchwegs hoch ($r = 0,827$ bis $0,864$), dagegen finden sich mit dem 9HPT nur geringe bis mittlere Korrelationshöhen ($r = 0,476$ bis $0,550$). Alle Korrelationen (Spearman Rangkorrelationen) sind hochsignifikant ($p < 0,001$).

Das Ergebnis unterstützt die Einteilung in automatisierte und kontrollierte Bewegungstypen, da die Schreibproben (automatisierte Bewegungen) untereinander viel höher korrelieren, als mit der Aufgabe zur Quantifizierung kontrollierter Bewegungen (9HPT). Zudem zeigen Einzelfallbeobachtungen an neurologischen Patienten eine Dissoziation zwischen intakter oder kaum beeinträchtigter Schreibgeschwindigkeit und deutlich negativ auffälliger Leistung im Visuomotoriktest. Die umgekehrte Dissoziation haben wir noch nicht beobachtet, was für eine höhere Vulnerabilität kontrollierter Bewegungsprozesse spricht.

HAID T., BONATTI E., KATHREIN M.-T.,
KOFLER M., SALTUARI L.
ZIRL, ÖSTERREICH

Normwerte von 291 Hirngesunden für einen Linienhalbierungstest: „Haid-Bonatti-Halbe“

Linienhalbierungsaufgaben werden in der Neuropsychologie traditionell im Rahmen der Neglectdiagnostik als Screeningverfahren eingesetzt. Neglectpatienten teilen unabhängig von einer eventuellen homonymen Hemianopsie horizontale Linien häufig auffällig ipsiläsional. Homonyme Hemianopiker ohne Neglect fallen eher durch kontraläsionale Teilungsfehler auf.

Da es für ältere Patienten keine ausreichend normierte Linienhalbierungsaufgabe gibt, normierten wir einen eigenen Linienhalbierungstest: den „Haid-Bonatti-Halbe“ (HABO-Halbe). Auf einem DIN-A4-Blatt, das im Querformat tischkantenbündig mittig vor dem Patienten mittels Klebestreifen fixiert wird, sind sechs dicke Linien à 14 cm zu teilen. Die relativ dicken Linien sollen den Einfluss einer eventuellen Visusminderung minimieren. Jeweils drei Linien sind abwechselnd vorwiegend auf der linken bzw. rechten Blathälfte positioniert.

Bisher wurde der HABO-Halbe an 291 anamnestisch Hirngesunden mit ausreichendem Visus normiert (Alter: 18-93 Jahre; 50 % > 60 Jahre). Der Durchschnittswert aller sechs Linienhalbierungen korreliert (Spearman Rangkorrelation) signifikant, aber sehr gering mit Alter ($r = 0,119$; $p = 0,043$) und Bildung (ohne/mit Matura: $r = -0,161$; $p = 0,006$), nicht aber mit Geschlecht. Minimum und Maximum betragen dabei für die Gesamtgruppe 63,2 mm bzw. 76,5 mm. Bezogen auf den Mittelwert aller sechs Linien wird somit maximal rund 7 mm nach links bzw. rechts von der objektiven Mitte (70 mm) abgewichen. Im Durchschnitt werden linksorientierte Linien des HABO-Halbe weiter links geteilt als rechtsorientierte (Median 68,7 mm : 70,3 mm; $p < 0,001$; Wilcoxon-Test).

Wir präsentieren Teilungsnormwerte für die Einzellinien und gesondert für links- und rechtsorientierte Linien, sowie für den Durchschnitt aller sechs Linien. Mit dem HABO-Halbe liegt nun auch für ältere Patienten eine ausreichend normierter Linienhalberungstest vor.

Haid T., Bonatti E., Kathrein M.-T.,
Kofler M., Saltuari L.
Zirl, Österreich

Normwerte von 228 Hirngesunden ab 50 für eine besser standardisierte Version des 9 Hole Peg Test: „9 Hole Peg Test 50+“

Visuomotoriktests werden zur Messung kontrollierter, feinmotorischer Bewegungen (Typ I Bewegungen; „closed loop“) im klinischen Alltag häufig eingesetzt. Neben differenzierten, aufwändigen Verfahren (z.B. Motorische Leistungsserie), gibt es auch einfache und kurze Screeningtests wie den 9 Hole Peg Test. Dabei müssen 9 Holzdübel zuerst mit der dominanten und dann mit der nondominanten Hand nacheinander möglichst schnell aus einer Lagermulde genommen und in entsprechend große Bohrungen eines Brettchens gesteckt werden.

Wir haben dieses Verfahren besser standardisiert und an 228 amnestisch Hirngesunden für den Altersbereich von 50 bis 93 Jahren normiert. Unsere Testversion heißt „9 Hole Peg Test 50+“ (9HPT 50+). Bei Berücksichtigung von Alter (vier Altersstufen), Geschlecht und Bildung (ohne/mit Matura) wird in der Varianzanalyse unserer Daten lediglich das Alter als Einzelfaktor signifikant ($p < 0.001$), signifikante Wechselwirkungen der Faktoren untereinander bestehen keine. Die Varianzaufklärung beträgt 18,3 %. Für die vier Altersstufen (50-59, $N = 26/60-69$, $N = 101/70-79$, $N = 73/80-93$ Jahre, $N = 28$) weicht kein Parameter des 9HPT 50+ signifikant von einer Normalverteilung ab. Wir präsentieren für die vier Altersstufen Normwerte für die dominante und nondominante Hand, sowie für das Verhältnis zwischen beiden.

Der 9HPT 50+ erlaubt eine quantifizierende Diagnostik kontrollierter feinmotorischer Bewegungen für das höhere Lebensalter über die Visuomotorikleistung. Zusammen mit dem ‚HABO 1-20‘ können jetzt beide Bewegungstypen (automatisierte u. kontrollierte) einfach im klinischen Alltag erfasst und normativ beurteilt werden. Normdaten und Durchführungsinstruktionen für den 9HPT 50+ und den HABO 1-20 sind kostenlos via E-Mail erhältlich: Thomas.Haid@Tilak.at

Haid T., Bonatti E., Kofler M., Saltuari L.
Zirl, Österreich

Zur Frage der Vergleichbarkeit des Schreibens von Ziffern und Schreib- und Blockschriftbuchstaben zur Erfassung feinmotorisch-automatisierter Bewegungen

Handschriftliches Schreiben stellt eine Abfolge automatisierter feinmotorischer Bewegungen dar. Ein Schreibtest zur Quantifizierung dieses Bewegungstyps sollte möglichst keine anderen Einflüsse mit Auswirkungen auf die Schreibgeschwindigkeit miteinfassen (z.B. orthographische Unsicherheiten). Dazu normierten wir

einen einfachen Test zur Erfassung der graphomotorischen Geschwindigkeit, der lediglich das möglichst schnelle Schreiben der Ziffern von 1 bis 20 verlangt: den Haid-Bonatti 1-20 Test (HABO 1-20).

Schreiben von Ziffern wirkt allerdings „abgehackter“, als Schreiben in Schreibschrift. Dieser eher unflüssige Bewegungseindruck entsteht auch beim Schreiben in Blockschrift, wobei Buchstaben anstelle von Ziffern produziert werden. Fraglich ist, wie diese Schreibtypen zueinander in Beziehung stehen und wie repräsentativ der HABO 1-20 für das Schreiben ist.

Dazu verglichen wir verschiedene Schreibtypen von 126 amnestisch Hirngesunden (21-86 Jahre; 50 % > 64): HABO 1-20 (zweimal), Testsatz in Schreibschrift (zweimal) und in Blockschrift (einmal).

Die verschiedenen Schreibproben korrelieren hoch mit dem HABO 1-20 (Blockschrift: $r = 0,877$; Testsatz: $r = 0,878$ – jeweils 1. Durchgang), die beiden Durchgänge des selben Typs sehr hoch (HABO 1-20: $r = 0,947$; Testsatz in Schreibschrift: $r = 0,929$). Alle Korrelationen sind hochsignifikant ($p < 0,001$).

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass alle drei Proben weitgehend die selbe Leistung erfassen. Somit kann der HABO 1-20 gut zur Erfassung automatisierter feinmotorischer Bewegungen der Schreibhand herangezogen werden und ist aus unserer Sicht dem Schreiben von Wörtern – insbesondere wegen der dabei bestehenden Anforderungen an das orthographische Wissen – vorzuziehen. Die sehr hohe Korrelation beider Durchgänge des HABO 1-20 spricht für seine Zuverlässigkeit und Eignung zur Verlaufsbeurteilung.

Haske P., Hedwig E.
Zürich, Schweiz

Psychiatrische Ersterkrankungen im höheren Erwachsenenalter – Eine Studie über die psychosozialen Hintergründe von Ersterkrankungen bei Frauen im Alter

In dieser Studie wurden die psychiatrischen Ersterkrankungen im höheren Erwachsenenalter untersucht. Im engeren Sinne bestand die Stichprobe aus Frauen, die vom Jahre 2000 bis 2002 im Ambulatorium des Gerontopsychiatrischen Zentrum Hegibach, Universität Zürich CH, behandelt wurden.

Die Ergebnisse der gerontologischen Forschung nämlich, dass Ersterkrankungen als missglückte Bewältigung von Lebensaufgaben im höheren Erwachsenenalter angesehen werden und sich in einer altersspezifischen Symptomatik manifestieren können, sollten in dieser Studie überprüft werden. Die Kumulation von psychosozialen Veränderungen stellt erhebliche Anforderungen an die Anpassungsleistung älterer Menschen dar. Frauen im höheren Erwachsenenalter mit einer psychischen Ersterkrankung wurden in bezug auf: Merkmale des bisherigen Lebenslaufs, Art der psychischen Erkrankung, Häufigkeit von kritischen Lebensereignissen und deren Bewältigungsmöglichkeiten untersucht.

In der Auswertung konnte durch den Einsatz der qualitativen Methode, die psychosoziale Situation von psychischen Ersterkrankungen näher beschrieben werden. Insbesondere wurde ein Zusammenhang zwischen ihrer psychischen Erkrankung – vor allem depressive Reaktionen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Angststörungen und somatische Erkrankungen- und der nicht gelungenen Bewältigung von belastenden Lebenslagen erklärt. Außer-

dem konnten die Hintergründe der Problemlagen im Alter aufgezeigt werden.

JAGSCH R., PILS K.
WIEN, ÖSTERREICH

Patient-reported Outcomes – ja, aber welche?

Problemstellung: Die rezente Literatur zur Rehabilitationsforschung beschreibt eine neue Kategorie von Outcome-Maßen, die so genannten „patient-reported outcomes“ (PROs), die als Überbegriff für unterschiedliche Maße wie Symptomstärke, Behandlungszufriedenheit, hauptsächlich aber gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-related Quality of Life, HrQoL) verwendet werden. Aufgrund einer schier unüberschaubaren Menge an Neuentwicklungen im Bereich der HrQoL ist es nicht immer leicht, das passende bzw. beste Instrument für outcome-orientierte Studien auszuwählen. Die zwei am häufigsten eingesetzten Fragebögen zur Erhebung der HrQoL, Nottingham Health Profile (NHP) und MOS Short-Form-36 Health Survey (SF-36), wurden von uns auf ihre diesbezügliche Einsatzfähigkeit im gerontologischen Bereich geprüft und verglichen.

Untersuchungsmethode: Einem Sample von aktiven „Seniorenturnern“ (Durchschnittsalter 68 Jahre) wurde eine „jugendliche“ Kontrollgruppe (Durchschnittsalter 39 Jahre) gegenübergestellt. Beide Gruppen wurden gebeten, die beiden Fragebögen auszufüllen und danach auf einer visuellen Analogskala (VAS) eine Bewertung abzugeben, inwieweit ihrer Meinung nach jedes der beiden Instrumente für den Einsatz in einer wissenschaftlichen Studie geeignet erscheint.

Ergebnisse: Während die Kontrollgruppe generell die SF-36 bevorzugte und signifikant besser als den NHP bewertete, schnitten die beiden Erhebungsinstrumente bei der Gruppe der Seniorenturner auf gleichem Niveau gut ab. Jüngere Versuchspersonen lehnten insbesondere die Itemformulierungen (alle negativ ausgerichtet) sowie das dichotome Antwortformat des NHP ab (lässt nur ja- vs. nein-Antworten zu, im Gegensatz zur SF-36, die unterschiedliche mehrfach abgestufte Antwortmöglichkeiten vorgibt), während von älteren Personen gerade diese reduzierten Antwortmöglichkeiten als Vorteil empfunden wurden. Die Entscheidung für oder gegen ein Erhebungsinstrument sollte immer individuell auf Basis der Charakteristika der einzubeziehenden Versuchspopulation getroffen werden.

JANIG¹ H., PIPAM² W., PENZ¹ H., LIKAR² R.
¹ KÄRNTEN, ² KLAGENFURT, ÖSTERREICH

Gesundheitszustand und Lebensqualität im höheren Lebensalter

Einleitung: Erstmalig wurde in Österreich eine repräsentative und randomisierte Studie zu den Themenbereichen Gesundheitszustand, Lebensqualität, sozioökonomischer Status und Einstellung zu Tod und Sterben von älteren Menschen durchgeführt.

Methode: Aus den Registern amtlicher Einrichtungen wurde eine Zufallsstichprobe von 520 Personen gezogen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung 65 Jahre und älter waren. Diese Personen wurden, von 40 eigens dafür geschulten Interviewern, einem standardisierten Interview unterzogen. In diesen Einzelinterviews (durchschnittliche Zeitdauer 90 Min.) wurden demographische

Merkmale, Angaben zum gegenwärtigen und vergangenen Gesundheitszustand, die aktuelle psychische Verfassung, aktuelles Schmerzgeschehen sowie der Umgang mit Tod und Sterben erfragt. Die Untersuchung fand im Jahr 2003 in den Monaten Februar bis April statt.

Ergebnisse: 507 vollständig ausgefüllte Fragebögen wurden ausgewertet. 60 % der untersuchten Personen waren weiblich, das Durchschnittsalter betrug 75 Jahre (Range 65-97). Mehr als die Hälfte aller befragten Personen (56 %) lebten in einem Eigenheim und versorgten sich selber. Bei mehr als 60 % der Personen liegt das Netto-Einkommen unter 1.000 Euro, 23 % von ihnen beziehen Pflegegeld. 60 % aller Befragten leiden unter aktuellen Schmerzen, die vor allem auf Erkrankungen des Bewegungsapparates zurückzuführen sind. Nur 50 % der Betroffenen nehmen Schmerzmedikamente ein, im Schnitt 7 Tabletten pro Tag, Generika sind den befragten Personen kaum bekannt (86 % antworteten mit nein).

Mehr als 46 % der Befragten fühlen sich oft niedergeschlagen und traurig, 65 % geben an, zunehmend vergesslich zu sein.

Trotz Beeinträchtigung durch Krankheiten und Schmerzzuständen geben die befragten Personen eine allgemein hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF – 36) an.

Rund 90 % aller Personen wünschen sich eine Lebensbegleitung bis zum Schluss, wobei Schmerzfreiheit als absolut höchstes Gut angegeben wird (96 %). 15 % der Personen geben Angst vor dem Sterben an, aber nur die wenigsten möchten darüber sprechen, wenn dann mit Familienmitgliedern. Eine Patientenverfügung haben lediglich 4 % der Befragten hinterlegt, ebenfalls 4 % haben eine Sterbebegleitung organisiert.

Den letzten Lebensabschnitt möchten 95 % aller Personen zu Hause verbringen, 54 % auch mit einer ambulanten Palliativbetreuung. 9 % würden ihren letzten Lebensabschnitt auch im Krankenhaus verbringen, 13 % in Pflegeheimen, 9 % im HOSPIZ.

Schlussfolgerung: Aufgrund ihrer methodischen Einzigartigkeit gibt diese Studie auf breiter Basis Informationen über den sozialen Status, den Gesundheitszustand, die Lebensqualität, das Schmerzerleben und den Umgang mit Tod und Sterben von älteren Menschen wieder.

KALTEIS K., STANDHARDT H., KRYSPIN-EXNER I., ALESCH F.
WIEN, ÖSTERREICH

Auswirkungen der tiefen Hirnstimulation auf Befindlichkeit und Lebensqualität bei Patienten mit Morbus Parkinson

Einleitung: Die tiefe Hirnstimulation des Nucleus subthalamicus (Stn) stellt ein etabliertes neurochirurgisches Verfahren zur Behandlung von Morbus Parkinson dar. Viele Studien belegen eine deutliche Verbesserung der motorischen Symptomatik. Der Einfluss dieser Therapie auf psychische Funktionen ist noch unklar. Einige Studien zeigen postoperativ eine Verbesserung der Stimmung sowie der Lebensqualität. Im Gegensatz dazu wurde bei einigen Patienten das Auftreten von depressiven oder manischen Episoden nach der Stn-Stimulation dokumentiert. Das Ziel unserer Studie war die prospektive Untersuchung der Auswirkungen der Stn-Stimulation auf psychische Funktionen in einer fortlaufenden Serie von Patienten.

Methoden: 33 Parkinson-Patienten nahmen an dieser Studie teil. Folgende Selbstbeurteilungsverfahren wurden eingesetzt: Beck Depressionsinventar, State-Trait-Angstinventar, Symptom-Checkliste-90-R, Sickness Impact Profile. Die Patienten wurden zu drei

Zeitpunkten vor der Operation (acht, sechs und zwei Wochen) sowie postoperativ nach drei und neun Wochen, sowie nach drei, sechs und zwölf Monaten.

Ergebnisse: Die Daten wurden mittels einer Varianzanalyse mit Messwiederholungen ausgewertet. Verglichen mit der präoperativen Baseline verbesserten sich die Patienten signifikant hinsichtlich der depressiven ($F = 10,858$, $p = 0,003$), ängstlichen ($F = 7,171$, $p = 0,012$) Symptomatik und der gesamten psychischen Symptombelastung ($F = 8,221$, $p = 0,008$). Die Lebensqualität verbesserte sich signifikant ($F = 20,700$, $p \leq 0,001$). Die Verbesserungen zeigten sich direkt nach der Operation und blieben bis zu einem Jahr postoperativ relativ stabil.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Verbesserung der depressiven und ängstlichen Symptomatik nach der Operation. Die Patienten berichten postoperativ über eine geringere psychische und somatische Symptombelastung sowie über eine deutlich höhere Lebensqualität. Die Resultate bestätigen eine positive Auswirkung der Stn-Stimulation auf die Befindlichkeit und die Lebensqualität bei Patienten mit Morbus Parkinson.

KLUG M.
WIEN, ÖSTERREICH

Multiprofessionelles interdisziplinäres Entlassungsmanagement in der Geriatrischen Neuro-Rehabilitation

Immer wieder kommen Menschen mit behindernden neurologischen Erkrankungen in geriatrische Langzeitinstitutionen, obwohl deren Rehabilitationspotential noch nicht ausgeschöpft ist. Teilweise, weil der Patient einfach mehr Zeit für seine Rehabilitation benötigt als ihm von den Krankenanstalten zugebilligt werden kann oder weil sein soziales Umfeld mehr Unterstützung für die Krankheitsverarbeitung benötigt, um die Betreuung extramural übernehmen zu können. In dem Projekt Geriatrische Neuro-Rehabilitation auf der neurologischen Abteilung im Geriatriezentrum am Wienerwald wurde eine multiprofessionelle durchgeführte Leistung als differentialdiagnostischer Ausgang (DDA) definiert um ein qualitativ hochwertiges Entlassungsmanagement zu bieten. Die dafür notwendigen Strukturen und Prozesse wurden durch die Projektgruppe beschrieben. Dieses Referat beschäftigt sich mit den Auswirkungen des multiprofessionellen differentialdiagnostischen Ausgangs auf den Patienten und dessen Angehörige. Es wurden drei Fallbeispiele ausgewählt und eine deskriptive Studie mit qualitativem Schwerpunkt durchgeführt.

Es zeigt sich, dass die Erkenntnisse aus dem DDA die nachfolgende stationäre Betreuung maßgeblich beeinflussen. Der DDA stellt eine wichtige Verbindung zwischen extra- und intramuraler Betreuung dar und bietet eine sichere Grundlage für weitere Entscheidungsprozesse. 90 % erfolgreiche Entlassungen nach durchgeführtem DDA (gemessen an den Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres) von der Station für Geriatrischen Neuro-Rehabilitation an der neurologischen Abteilung des Geriatriezentrums am Wienerwald bestätigen die Notwendigkeit dieser Leistung. Insgesamt ist die Effizienz des DDA als wichtiger Schritt der Entlassungsvorbereitung in der Literatur noch wenig beachtet und sollte Thema weiterer Untersuchungen sein.

KOSTMANN H.
GRAZ, ÖSTERREICH

Gesundheitsförderung in der Altenpflege: Qualitätsmanagement und Überprüfung der Nachhaltigkeit am Beispiel „Schnittstellenmanagement“

Ausgangspunkt dieses steirischen Projektes in stationären Altenpflegeeinrichtungen waren demografische Entwicklungen, welche steigenden Bedarf an solchen Betreuungs- und Pflegeformen erkennen lassen, bzw. die erhöhte Nachfrage nach Fachpersonal in diesem sehr beanspruchenden beruflichen Umfeld.

Die extrem kurze Verweildauer im Altenpflegeberuf mit möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Rückenprobleme, Burnout, etc.) über diesen Arbeitseinsatz hinaus ließen eine Arbeitsplatzsituationsanalyse sinnvoll erscheinen, mit deren Hilfe individuelle gesundheitsförderliche Ressourcen bzw. gesundheitliche Beeinträchtigungen einerseits sowie Optimierungsmöglichkeiten in der Arbeitsorganisation andererseits zu Beginn des Projektes eruiert werden konnten und später, zu Projektende, als Evaluierungsinstrument Einsatz fand.

Die Fokussierung auf Beschäftigte im Altenpflegebereich ist ein wenig beschrittener Weg, Problemen alternder Gesellschaften zu begegnen. Dieses Projekt unternahm den Versuch, Betroffene solcherart zu Beteiligten zu machen, dass das gesundheitliche Problembewusstsein geschärft, zu gesundheitsförderlichem Verhalten animiert und die gewonnene gesundheitliche Kompetenz im Umgang mit den zu betreuenden Menschen zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen für beide Seiten führen sollte. Gesundheitsförderung als essentieller Bestandteil professioneller Pflegepraxis führt dabei nicht notwendigerweise zu Vorbildwirkung von „gesundheitsbewussten Pflegeprofis“ (man denke nur an rauchendes Pflegepersonal, vgl. Jacob, 2004). Am Beispiels des Übergangs aus ihrem primären Umfeld in das stationäre eines Altenpflegeheimes, der für die Hälfte der meist betagten Menschen mit großem Stress verbunden ist, soll hier gesundheitliche Kompetenz in Anwendung als optimiertes Schnittstellenmanagement demonstriert werden.

KOUNTOURIS, D., KOUTSOBELIS, K.
ATHENS, GREECE

The diagnostic value of sleep electroencephalography (EEG) in mild cognitive impairment (MCI)

Background: The MCI syndrome has been increasing immensely over the last years. It mainly causes memory disturbances. This study aims at demonstrating how EEG recordings can contribute diagnostically in these cases.

Methods and Material: 65 patients, 27 female and 38 male, between the ages of 48 and 65 were under observation for two years. All of the patients had the criteria of MCI, such as complaint of defective memory, normal, daily activities, normal cognitive functions, abnormal memory functions and the absence of dementia. All of them underwent in the two-year time period plain EEG's and at least two 24-hour EEG during sleep. Afterwards, the results were confronted and evaluated.

Results: Plain EEG showed clear pathological disturbances in 8 % of patients. After the two years this percentage augmented to 14 patients. On the contrary, the 24-hour EEG and sleep recordings illustrated in all of them, except for three cases, pathologi-

cal focus disturbances and epileptic-like abnormalities. In 60 patients, the epileptic-like abnormalities were basically detected in the frontal lobe and less in the temporal lobe. 18 patients showed a rhythmical dysfunction, out of which two times mono and the rest double. After one year, the 24-hour EEG presented in 34 patients more pathological findings than the time before, and this, both in cases of treatment and without.

Conclusions: The 24-hour EEG recording proves itself as a highly useful tool in the diagnosis of MCI. Furthermore, it represents a substantial help in monitoring the follow-up. The results showed us that it offers important information regarding pathological findings even before the clinical symptoms become manifest.

PEICHL P., TUMA E., MOSER A., QUITTAN M., ENDLER M.
WIEN, ÖSTERREICH

Prozessorientierte Interdisziplinäre Betreuung im Geriatriezentrum Favoriten

Zur Betreuung der BewohnerInnen des Geriatriezentrums Favoriten wurde ein prozessorientiertes interdisziplinäres Betreuungskonzept implementiert.

Alle Berufsgruppen wie Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Diätassistentin, Psychologie, Psychiatrie und die Medizin mit Stationsärzten der Akutgeriatrie als Hausärzte, führen ein gemeinsames problem- und patientenorientiertes Netz an gezielten Besprechungen und Visiten durch.

Das Pflegekonzept stützt sich auf eine bewohnerorientierte und ganzheitliche Betreuung und berücksichtigt dabei die sozialen und multimorbiden Situationen der BewohnerInnen, sowohl in aktiverer als auch in reaktiverer Art und Weise.

Die ärztliche Betreuung erfolgt durch schematisierte Routinehausbesuche mit einer problemorientierten Bearbeitung der täglichen medizinischen Arbeit und akutmedizinischer Interventionen durch praktische Ärzte und einen Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzfach Rheumatologie. Neben einem eigenen Stützpunkt des Physikalischen Institutes des Kaiser Franz Joseph Spitals, ist auch ein eigens dafür implementiertes psychiatrisch/psychologisches Team vor Ort tätig.

Der gemeinsame Fokus ist die individuelle patientennutzenoptimierte Betreuung der Bewohner nach den Grundsätzen der individuellen Selbständigkeit, Ressourcenorientiertheit, Qualität des Lebens und der Multimorbidität.

RAFFEINER¹ C., KEMMLER² G., KURZTHALER² I., HALDER¹ W.
¹ HOCHZIRL, ² INNSBRUCK, ÖSTERREICH

„Ich komm' nicht dran!“ Eine wenig bedachte Ursache gestörter Compliance bei Osteoporosetherapeutika im höheren Lebensalter

Einleitung: Das Risiko, an einer therapiebedürftigen Osteoporose zu erkranken, steigt mit dem Lebensalter an. Die Compliance bei der Medikamenteneinnahme wird im höheren Lebensalter durch zahlreiche Faktoren beeinflusst. Ob ältere Menschen überhaupt in der Lage sind, verordnete Osteoporosetherapeutika selbstständig zur Einnahme vorzubereiten, wurde bisher noch nicht untersucht.

Methode: In einer Pilotstudie untersuchten wir 98 Frauen, 80 Jahre oder älter, die an der Abteilung für Innere Medizin im LKH

Hochzirl stationär aufgenommen wurden. Die Patientinnen erhielten derzeit in Österreich zur Osteoporosetherapie zugelassene Medikamente in der Originalverpackung und wurden aufgefordert, diese selbstständig bis zur Einnahme vorzubereiten.

Ergebnisse: Der Großteil der Medikamente konnte von den Patientinnen problemlos geöffnet werden, das Öffnen einer Phiole war aber fast 40 % und die korrekte Vorbereitung von Tropfen fast 50 % der Getesteten nicht möglich. Außerdem konnten Korrelationen zwischen dem Alter, der kognitiven Fähigkeit und der Selbstständigkeit der Patientinnen einerseits und der Fähigkeit Medikamente zur Einnahme vorzubereiten andererseits gefunden werden.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Unsere Studie zeigt, dass die Art der Verpackung ganz wesentlich die selbstständige Vorbereitung der Medikamente zur Einnahme beeinflusst. 60 % der Patientinnen konnten zumindest eines der getesteten Medikamente nicht öffnen. Vor Verschreibung eines Medikamentes sollte getestet werden, ob der Patient überhaupt in der Lage ist die Verpackung selbstständig zu öffnen.

SCHOENENBERGER A. W., STUCKI A., PERRIG M., ERNE P., BÜRGI U., STUCK A. E.
BERN, SCHWEIZ

Ordnung und Unordnung im Blutdruckverhalten sind nicht altersabhängig

Fragestellung: Das Ziel der Studie war, zu untersuchen, von welchen Faktoren die Ordnung im Blutdruckverhalten abhängt und ob sich altersspezifische Unterschiede finden.

Methodik: Bei 11 Personen ohne Hypertonie und 40 Patienten mit Hypertonie wurde der Blutdruck über 24 Stunden alle 15 Minuten nicht invasiv gemessen (TM-2430, bosco, Jungingen, Deutschland). Die systolischen Blutdruckwerte wurden hinsichtlich nicht-linearem Verhalten mittels Standardsoftware (CDA, Physics Academic Software, Raleigh, USA) geprüft. Als Maß für die Unordnung wurde die Entropie berechnet.

Ergebnisse: Die Entropie betrug im Mittel bei Gesunden (Gruppe 1; n = 11) 0,340, bei nicht medikamentös behandelten Hypertonikern (Gruppe 2; n = 14) 0,490 (p = 0,001 im Vergleich zu Gruppe 1), bei medikamentös behandelten, gut eingestellten Hypertonikern (Gruppe 3; n = 11) 0,491 (p = 0,005 im Vergleich zu Gruppe 1) und bei medikamentös behandelten, schlecht eingestellten Hypertonikern (Gruppe 4; n = 15) 0,558 (p < 0,001 im Vergleich zu Gruppe 1). Das Durchschnittsalter war in Gruppe 1 40,9 Jahre, in Gruppe 2 46,3 Jahre, in Gruppe 3 62,7 Jahre (p = 0,002 im Vergleich zu Gruppe 1) und in Gruppe 4 58,2 Jahre (p = 0,008 im Vergleich zu Gruppe 1). Der Korrelationskoeffizient hinsichtlich Alter und Entropie betrug 0,1.

Schlussfolgerungen: Die höheren Entropiewerte bei Hypertonikern weisen darauf hin, dass die Blutdruckkontrolle ungeordneter verläuft als bei Gesunden. Dies könnte für die Voraussage von hypertensiven Krisen bedeutsam sein. Die Altersunterschiede in den Gruppen sind nicht Ursache der unterschiedlichen Entropiewerte, sondern am ehesten Folge der zunehmenden Prävalenz der Hypertonie mit zunehmendem Alter.

SCHULZ, J., GULBIN, K., GULBIN, H., IVKOVIC, S., BENDZKO, P.
BERLIN, DEUTSCHLAND

Neue Möglichkeiten bei der Behandlung der Psoriasis vulgaris mittels neuartiger Antioxidanzien

Neue Generationen von Antioxidanzien auf Aluminiumsilikatbasis (Tribomechanisch aktivierte Zeolithe – TMAZ) haben einen wesentlich stärkeren Wirkungsgrad infolge einer Stimulierung der antioxidativen Zellen und als Radikalfänger. Durch Anwendung neuer und stärkerer Antioxidanzien gibt es eine Vielzahl noch nicht bekannter klinischer Wirkungen im Sinne einer Immunmodulation.

Bei der Ätiopathogenese der Psoriasis vulgaris spielen HLA-Antigene und hier besonders das HLA-B27 eine entscheidende Rolle. Zusätzlich sind exogene Faktoren für die Manifestation der Erkrankung von Bedeutung.

Bei 20 Patienten mit manifester Psoriasis vulgaris konnte nach einer dreimonatigen Behandlung mit TMAZ eine deutliche Abheilungstendenz beobachtet werden, wobei die typischen Hauteffloreszenzen, die scharf begrenzten schuppigen Hautareale und die punktförmigen Blutungsphänomene deutlich geringer wurden. Hieraus ergeben sich neuartige Therapieansätze mit völlig neuem Wirkungsprinzip durch eine biophysikalische Immunmodulation.

SPATHARAKIS² G., ALOKRIOS¹ G., RIZOU¹ S.,
APOSTOLOPOULOU¹ A., THEODOROPoulos¹ P.
¹ CHALANDRITSA, ² ITEA, GREECE

Functional abilities of rural community-dwelling elderly in Greece

Introduction: Data concerning functional status of community-dwelling elderly in rural Greece are lacking. A study investigating the living conditions was undertaken in order to later implement new strategies.

Methods: The population studied consisted of 618 elderly (257 men, 361 women) aged 65–103 years, mostly ex-farmers, living in (semi-)mountainous communities near Chalandritsa, Achaia, Peloponnese. Data were gathered using a structured questionnaire during door to door home visits of the Health Center's medical staff.

Results: 547/618 (88.51 %) can move alone to their bathroom [44.1 % of the baths are located outside the house] and 571 (92.35 %) can use without problem bath facilities, 564 (91.26 %) can dress themselves adequately without external help, 568 (91.91 %) take their bath alone, 475 (76.80 %) can cook alone, 589 (95.31 %) can eat without help, 478 (77.38 %) use their money without difficulties and 483 (78.16 %) take their drugs correctly. This is in contrast to 229 (37.06 %) reporting rather serious mobility problems while 102 (16.5 %) using canes, 196 (31.72 %) reporting important chronic musculoskeletal pains, 82 (13.27 %) presenting serious visual decline affecting daily activities and 109 (17.64 %) important hearing problems.

Discussion: 1) The level of the functional status of Greek rural community-dwelling elderly seems quite satisfactory in comparison with previous European studies (Langlois JA et al, 1996, Italy – Nybo H et al, 2001, Denmark – van der Brink CL et al., 2003). 2) These elderly represent a fit cohort maybe due to continuing physical activity within their normal way of living.

STEINBACH A., KLIMES R., LEINER S., RESCH H.,
SONNLEITNER M., WEISZ B.
WIEN, ÖSTERREICH

Auf dem Weg zu „Evidence Based Nursing“ bei der Betreuung von WachkomapatientInnen

Hintergrund: An der Apalliker Care Unit werden 25 WachkomapatientInnen in unterschiedlichen Remissionsstadien betreut. Ihre Betreuung stellt eine große Herausforderung dar. Da es fast unmöglich ist, Krankheitsverlauf und Prognose einzuschätzen, ist diese Situation für die PatientInnen und deren Angehörigen kaum zu bewältigen. Verschiedene Konzepte in der Pflege zur Bewegungs- und Wahrnehmungsförderung wie: Basale Stimulation, Kinästhetik, Bobath und Affolter, werden seit vielen Jahren entwickelt.

Erfahrungen/Beobachtungen lassen vermuten, dass sich diese Konzepte in der Pflege positiv auf die PatientInnen auswirken. Im Rahmen eines Projektes soll der Erfolg eines Förderprogramms, welches Elemente aus allen genannten Bereichen enthält, evaluiert werden. Ziel: das pflegerische Förderprogramm auf seine Auswirkungen hin zu evaluieren und es dadurch weiterzuentwickeln.

Weitere Projekte über Belastungssituation der Angehörigen und Zufriedenheit der MitarbeiterInnen, sowie die Erstellung eines speziellen Messinstrumentes für die Langzeitbetreuung von WachkomapatientInnen sind geplant.

Forschungsdesign: Geplant ist eine Vorher – Nachher Messung in Form von Einzelfallstudien durch Status der PatientInnen anhand vorhandener Scores.

Bisherige Resultate und Schlussfolgerungen: In der Literatur finden sich nicht für alle Konzepte wissenschaftlich gestützte Ergebnisse in Bezug auf deren Wirkung bei Menschen im Wachkoma. Die Entwicklung des Förderplans ist abgeschlossen, ein Probelauf in Bezug auf die Umsetzbarkeit und Akzeptanz in der Pflege wurde durchgeführt.

STERBA N.
WIEN, ÖSTERREICH

Demenz aus internistischer Sicht – Internistische Memory-Clinic-Begutachtung im Geriatriezentrum am Wienerwald

Einführende Problemstellung: In den fünf Jahren seit Bestehen der Memory-Clinic im GZW sowie der beiden Demenzstationen an der 9. Medizinischen Abteilung wurden im Rahmen der internistischen Begutachtung interne Erkrankungen, Risikofaktoren und Laborbefunde erfasst. Uns hat interessiert, welches Risikoprofil sich bei unseren Patienten zeigt und ob sich Unterschiede im Hinblick auf die Differentialdiagnose der Demenz finden.

Untersuchungsmethode: Die Memory-Clinic des GZW erstellt ihre Diagnosen durch Zusammenschau von psychologischer Demenzdiagnostik sowie neurologischer, psychiatrischer und interner Untersuchung. Die internistische Begutachtung umfasst neben der Anamnese den internen Status, ein EKG, ein Thoraxröntgen sowie Laborparameter. Diese internistischen Daten wurden seit 1999 systematisch erfasst, wobei bisher mehr als 200 Personen mit dementiellen Erkrankungen begutachtet wurden.

Die Auswertung der internen Diagnosen und Laborparameter erfolgte sowohl gesamt als auch unter Berücksichtigung der Demenzdifferentialdiagnosen. Auch die Häufigkeit der Multimorbidität wurde berücksichtigt.

Diskussion der Ergebnisse: Im Mittel fanden sich, abgesehen von der Diagnose Demenz, zwei oder drei zusätzliche chronische Erkrankungen. Neben chronischer Herzinsuffizienz, KHK und Hypertonie zeigte sich die Diagnose Anämie mit einem Anteil von knapp 50 % am häufigsten. Auffällig war auch ein hoher Anteil von PatientInnen mit Folsäuremangel, was zu weiterführender Analyse bezüglich Ursachen und Konsequenzen Anlass gibt.

VERDES D., HALDER W.
ZIRL, ÖSTERREICH

Ein 30-Sekunden-Test zur Abschätzung der Fähigkeit geriatrischer Patienten zur selbständigen Medikamentenvorbereitung

Einleitung: Multimorbidität und Polypharmacie sind Alltag in der Betreuung geriatrischer Patienten. Medikamente sind schnell verordnet, aber es fehlt meist die Zeit abzuklären, ob die empfohlenen Präparate auch selbständig zur Einnahme vorbereitet werden können.

Fragestellung: Ziel der Untersuchung war es, einen einfachen und kurzen Test zu entwickeln, der zuverlässig die motorische Fähigkeit geriatrischer Patienten zur selbständigen Medikamentenvorbereitung (Medikamentenschachteln öffnen, Tablette aus dem Blister herauszudrücken) testet.

Methoden: Im LKH Hochzirl wurden 113 Patienten im Alter von 75 Jahren und älter auf ihre Fähigkeit zur selbständigen Medikamentenvorbereitung (Medikamentenschachteln öffnen, Tablette aus den Blister herauszudrücken) untersucht. Außerdem wurden erhoben: Die Fähigkeit einen Faustschluss und den Spitzgriff Daumen-/Zeigefinger durchzuführen und das Vorliegen eines Intentionstremors. Die Auswertung erfolgte mittels standardisierter Berechnungsmodelle.

Ergebnisse: Ein Patient, der die Faust nicht schließen kann, benötigt im Vergleich zu einem Patienten der diese Fähigkeit besitzt, im Durchschnitt für das Öffnen einer Medikamentenschachtel und das Herausdrücken einer Tablette/Kapsel aus dem Blister 24,8 Sekunden länger.

Ein Patient, der den Spitzgriff Daumen-Zeigefinger nicht durchführen kann, benötigt im Vergleich zu einem Patienten mit intakter Spitzgrifffunktion für die gleiche Tätigkeit 66,6 Sekunden länger.

Ein Intentionstremor verlängert in Durchschnitt die Medikamentenvorbereitung pro Arzneimittel um 14,8 Sekunden.

Alle Unterschiede waren statistisch signifikant ($p < 0,05$)

Diskussion: Durch Testung von zwei einfachen motorischen Fähigkeiten und Achten auf das Vorliegen eines Intentionstremors können in 30 Sekunden mit großer Wahrscheinlichkeit jene geriatrischen Patienten erkannt werden, denen eine selbständige Medikamentenvorbereitung nicht zugemutet werden kann.

WEISSBACHER F., SCHLÖGL M., HALDER W.
INNSBRUCK, ÖSTERREICH

„Sturzvermeidung in den eigenen 4 Wänden“ – Ein neues Angebot in Tirol

Stürze und deren Folgen gehören zu den häufigsten Begleiterscheinungen des Alters und sind oft Auslöser schwerwiegender Veränderungen und Verlust der Selbständigkeit bei alten Menschen.

Ca 50 % der Stürze passieren in den eigenen vier Wänden. Zumindest einige von ihnen sollten aber durch eine qualifizierte Wohnraumanalyse mit Beseitigung möglicher Sturzquellen und Adaptierungen zur Reduktion des Sturzrisikos vermeidbar sein.

Der Sozialmedizinische Verein Tirol (SMVT) bietet seit 2004 eine individuelle Wohnraumanalyse und Beratung durch zwei Ergotherapeutinnen mit mehrjähriger praktischer Erfahrung auf diesem Gebiet, zum Teil in England erworben, und mit fundiertem theoretischem Hintergrundwissen an.

Trotz mehrerer Informationskampagnen kommt das Projekt „Sturzvermeidung in den eigenen vier Wänden“ nur langsam ins Laufen. Bisher wurden fünf Wohnraumabklärungen in Innsbruck durchgeführt, die von den Beratern gut angenommen wurden.

Die individuelle Wohnraumabklärung zur Sturzvermeidung steckt in Tirol noch in den Kinderschuhen und es erfordert noch viel Öffentlichkeitsarbeit, um dieses Angebot als wertvolle Präventivmaßnahme in der Geriatrie zu etablieren.

WIEDNER K., BACH D., LUDWIG C., GISINGER C.
WIEN, ÖSTERREICH

Warum Herrn M. die Zeitung wichtiger ist als seine Zahnbürste

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die Wirkung eines adaptierten Rehabilitationsprogramms auf die kognitive Funktionen und die zerebrale Leistungsfähigkeit geriatrischer PatientInnen im Stationssetting zu überprüfen.

Insgesamt wurden 60 PatientInnen (w: 46/m: 14, Altersdurchschnitt 84,5 J.), mit leichter bis mittelschwerer Demenz (MMS 23-17), in die Studie eingeschlossen. 20 PatientInnen erhielten ein speziell adaptiertes Realitätsorientierungstraining (ROT), die übrigen PatientInnen wurden in zwei Kontrollgruppen eingeteilt.

Kontrollgruppe 1 (KG 1) erhielt das im Hause standardisierte Therapieangebot (Physiotherapie, Ergotherapie,...), die zweite Kontrollgruppe (KG 2) erhielt zusätzlich täglich eine 15-minütige nicht-therapeutisch orientierte Zuwendung („Small talk“).

ROT wurde in 15 Minuten Einheiten, täglich über 8 Wochen abgehalten (Verwendete Medien: Zeitungsartikel, farbige Servietten und Wochenstundenpläne)

Das Training zielte darauf ab, die kognitiven, sozialen und emotionalen Fähigkeiten in einer lebensnahen, leicht integrierbaren Weise einzubringen.

Zur Evaluation des Trainingsprogramms wurden die PatientInnen im Abstand von acht Wochen insgesamt zwei Mal mittels einer mehrdimensionalen Testbatterie (kognitive Leistungstests, Fremdbeurteilungsskalen zur Erfassung der ADLs und Befindlichkeitskalen) untersucht. Zur statistischen Auswertung wurden nonparametrische Tests verwendet.

Unsere Ergebnisse zeigten eine signifikante Verbesserung der erhobenen Parameter: Im kognitiven Bereich konnte eine Verbesserung um 73 % erzielt werden, im emotional-affektiven Bereich verbesserten sich die PatientInnen durchschnittlich um 51 %, im ADL Bereich 11,6 %.

Weiter zeigten die PatientInnen wieder ein erhöhtes Interesse an ihrer Umgebung. Dieses ROT könnte ein effizientes Trainingsprogramm darstellen, welches bei geriatrischen PatientInnen mit leichter bis mittelschwerer Demenz und auch unter Berücksichtigung der zukünftig zu erwartenden knappen Zeitressourcen gut durchführbar ist.

ZAK M.
KRAKOW, POLAND

Results of the GET UP & GO test versus potential risk of incidental falls in the frail elderly; a randomised study

Introduction: Incidental falls tend to be anxiously perceived by an increasing number of elderly persons as an unequivocal symptom of ageing, instilling them with fear of becoming invariably care-dependent in the wake of any serious incident.

Methods: The study group comprised 73 community dwellers (aged 78-96). A timed „Up and Go“ test was applied, in compliance with the Tinetti test constraints, to assess individual mobility. Group I comprised the subjects who scored 21 seconds or more (45 subjects – 36 women, 9 men; mean age 81 years), whereas Group II consisted of those who scored 20 seconds or less (28 subjects – 17 women, 11 men; mean age 79 years).

Results: There were no statistically significant differences in the risk of fall assessment. In Group I a high risk of fall was reported in 63 % of subjects, whereas in Group II (better test scores) it remained around 52 %. The subjects proved most at risk when attempting to change their posture, or assessed for individual sense of balance.

Conclusions: It may not therefore be unequivocally concluded that higher locomotive capabilities in the elderly diminished in any way the individual risk of sustaining an incidental fall. Paradoxically enough, the highest risk of fall was correlated with execution of the ostensibly simple tasks of daily living.

VERZEICHNIS SÄMTLICHER AUTOREN

A

ABDULRAHMAN REDA, DGUK
GERIATRIEZENTRUM AM WIENERWALD,
9. MED. ABTEILUNG,
JAGDSCHLOSSGASSE 59, A-1130 WIEN

AELLIG MARKUS, OA DR.
GERIATRIESPITAL ADULLAM STIFTUNG
BASEL, MITTLERE STRASSE 15,
CH-4003 BASEL

ALEKSIC DRAGAN, DIPL. PT.
AKH MARIBOR, ABT. FÜR PHYSIO-
THERAPIE, LJUBLJANSKA ULICA 5,
2000 MARIBOR, SI

ANDERS JENNIFER, DR.
ALBERTINEN HAUS HAMBURG,
ZENTRUM FÜR GERIATRIE UND
GERONTOLOGIE,
SELLHOPSWEG 18-22,
D-22459 HAMBURG

ATTEMS JOHANNES, DR.
SMZ-OTTO-WAGNER-SPITAL,
PATHOLOGISCH-BAKTERIOLOGISCHES
INSTITUT,
BAUMGARTNER HÖHE 1, A-1145 WIEN

B

BAROVIC JOZE, PRIM. DR.
AKH MARIBOR, ABT. FÜR PHYSIO-
THERAPIE, LJUBLJANSKA ULICA 5,
2000 MARIBOR, SI

BAUBIN MICHAEL, OA UNIV.-DOZ. DR.
UNIV.KLINIK FÜR ANÄSTHESIE UND
ALLG.INTENSIVMEDIZIN,
ANICHSTRASSE 35, A-6020 INNSBRUCK

BAYER ANTONY, DR.
CARDIFF UNIVERSITY, DEPARTMENT OF
GERIATRIC MEDICINE, LLANDOUGH
HOSPITAL, PENLAN ROAD, PENARTH,
VALE OF GLAMORGAN CARDIFF
CF642XX, UK

BERZLANOVICH ANDREA, DR.
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN,
INSTITUT FÜR GERICHTLICHE MEDIZIN,
SENSENGASSE 2, A-1090 WIEN

BLOZIK EVA, DR.
SPITAL BERN-ZIEGLER,
FORSCHUNGSSTELLE ALTER,
POSTFACH, CH-3001 BERN

BÖHMDORFER BIRGIT, MAG.
KRANKENHAUS LAINZ,
ANSTALTSAPOTHEKE,
WOLKERSBERGENSTRASSE 1, A-1130 WIEN

BREITENBACH MICHAEL, UNIV.-PROF. DR.
UNIVERSITÄT SALZBURG,
ABTEILUNG FÜR ZELLBIOLOGIE,
HELLBRUNNERSTRASSE 34,
A-5020 SALZBURG

BROSCH WERNER, PRIM. DR.
DONAUKLINIKUM GUGGING,
ABTEILUNG FÜR GERONTOPSYCHIATRIE,
HAUPTSTRASSE 2, A-3400 GUGGING

C

CHAPPUIS CHARLES, CHEFARZT DR.
SPITAL BERN-ZIEGLER,
ZENTRUM GERIATRIE,
POSTFACH, CH-3001 BERN

D

DAPP ULRIKE
ALBERTINEN-HAUS-HAMBURG,
ZENTRUM FÜR GERIATRIE,
ABT. FORSCHUNG UND DOKUMENTATION,
SELLHOPSWEG 18-22,
D-22459 HAMBURG

DVORAK SILVIA, DGUK
GERIATRIEZENTRUM AM WIENERWALD,
KONTINENZ- UND STOMABERATUNG,
JAGDSCHLOSSGASSE 59, A-1130 WIEN

E

EBENBICHLER GEROLD, UNIV.-PROF. DR.
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PHYSIKALISCHE
MEDIZIN, WÄHRINGER GÜRTEL 18-20,
A-1090 WIEN

EISELE RALF, PD DR. MED.
CHEFARZT DER ABTEILUNG FÜR UNFALL-
UND WIEDERHERSTELLUNGSSCHIRURGIE,
STIFTUNGSKLINIKEN WEISSENHORN,
NEU-ULM, ILLERTISSEN,
GÜNZBURGERSTR 41,
D-89264 WEISSENHORN

ERHART CHRISTA, OA DR.
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR GERIATRIE,
CHRISTIAN DOPPLER KLINIK, IGNAZ HAR-
RER STRASSE 79, A-5020 SALZBURG

EQUILUZ-BRUCK SUSANNE, DR.
GERIATRIEZENTRUM BAUMGARTEN,
I. INTERNE ABTEILUNG,
HÜTTELDORFER STRASSE 188,
A-1140 WIEN

F

FASCHING PETER, PRIM. UNIV.-DOZ. DR.
GERIATRIEZENTRUM BAUMGARTEN,
3. INTERNE ABTEILUNG,
HÜTTELDORFER STRASSE 188,
A-1140 WIEN

FASTENBAUER DORIS, DR.
SEILERSTÄTTE 10/I/2/7, A-1010 WIEN

FISCHER PETER, UNIV.-PROF. DDR.
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN,
KLINISCHE ABTEILUNG FÜR ALLGEMEINE
PSYCHIATRIE,
LBI FÜR ALTERSFORSCHUNG,
WÄHRINGER GÜRTEL 18-20,
A-1090 WIEN

FREIBERGER ELLEN, DR.
INSTITUT FÜR SPORTWISSENSCHAFT,
UNIVERSITÄT ERLANGEN-NÜRNBERG,
GEBBERTSTR. 123 B, D-91058 ERLANGEN

FUCHSHUBER ELISABETH
FACHHOCHSCHULE, STUDIENGANG
PROZESSMANAGEMENT GESUNDHEIT,
WEHRGRABENGASSE 1-3, A-4400 STEYR

G

GATTERER GERALD, MAG.
GERIATRIEZENTRUM AM WIENERWALD,
ABTEILUNG FÜR PSYCHOSOZIALE
REHABILITATION, JAGDSCHLOSSGASSE 59,
A-1130 WIEN

GEORGE WOLFGANG, DR.
GESELLSCHAFT ZUR INTEGRATION VON
ANGEHÖRIGEN IM GESUNDHEITSWESEN,
JAHNSTRASSE 14, D-35394 GIessen

GÖRTZ HARTMUT, DR.
ST. BONIFATIUSHOSPITAL LINGEN,
CHIRURGISCHE KLINIK, FACHBEREICH
GEFÄSSCHIRURGIE, WILHELMSTRASSE 13,
D-49808 LINGEN

GOSCH MARKUS, OA DR.
LKH HOCHZIRL, ABTEILUNG FÜR
INNERE MEDIZIN, A-6170 ZIRL

VERZEICHNIS SÄMTLICHER AUTOREN

GRILL FRIEDERIKE, MSc, Dipl.ET
GERIATRISCHES TAGESZENTRUM DES FSW,
FINSTERERGASSE 12, A-1220 WIEN

GRÖSCHEL CLAUDIA, MAG.
ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ,
WIEDNER HAUPTSTRASSE 32,
A-1041 WIEN

GRUBER WERNER, DAS
HELGA-TREICHL-HOSPIZ, HAUS DES
ROTEN KREUZES,
DR. SYLVESTER STRASSE 1,
A-5020 SALZBURG

GUMPINGER INGRID I, Dipl. Ing.
FORSCHUNGSINSTITUT 2020 UND
STADT WIEN, MA 21,
SCHOTTENFELDGASSE 49/6,
A-1070 WIEN

GUTSCHMIDT SWEN, Dipl. Soz.
WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT
DER AOK, KORTIJKER STRASSE 1,
D-53177 BONN

H

HAGER KLAUS, Univ.-Prof. Dr.
KLINIK FÜR MEDIZINISCHE
REHABILITATION UND GERIATRIE
DER HENRIETTENSTIFTUNG,
SCHWEMANNSTRASSE 19,
D-30559 HANNOVER

Haid THOMAS, MAG.
LKH HOCHZIRL,
ANNA-DENGEL-HAUS,
ABT. F. NEUROLOGISCHE AKUTNACH-
BEHANDLUNG, A-6170 ZIRL

HALLWIRTH-SPÖRK CHRISTINA, MSc
BEREICHSLEITUNG STATIONÄRE PFLEGE,
CS PFLEGE- UND SOZIALZENTRUM
RENNWEG,
OBERZELLERGASSE 1, A-1030 WIEN

HASKE PELSOECZY HEDWIG E.,
Prof. Dr.
UNIVERSITÄT ZÜRICH,
GERONTOPSYCHIATRISCHES ZENTRUM
HEGIBACH,
MINERVASTR. 145,
CH-8032 ZÜRICH

HEIDINGER CHRISTINE, MAG.
DR. GERNOT SCHUHRIED GmbH,
HYRTLSTRASSE 45, A-2340 MÖDLING

HEPPNER HANS JÜRGEN, OA DR.
KLINIKUM NÜRNBERG NORD,
MEDIZINISCHE KLINIK 2 / INTENSIV-
STATION 39 E,
PROF.-E.-NATHANSTR. 1,
D-90419 NÜRNBERG

HUBBARD RUTH, DR.
DEPARTMENT OF GERIATRIC MEDICINE,
CARDIFF UNIVERSITY,
3RD FLOOR, ACADEMIC CENTRE,
LLANDOUGH HOSPITAL,
PENLAN ROAD, PENARTH,
CF64 2XX, UK

HÜRNY CHRISTOPH, Prof. Dr.
CHEFARZT, BÜRGERSPITAL ST. GALLEN,
RORSCHACHER STRASSE 94,
CH-9000 ST. GALLEN

J

JAGSCH REINHOLD, MAG. DR.
INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE,
UNIVERSITÄT WIEN,
UNIVERSITÄTSSTRASSE 7/B606,
A-1010 WIEN

JANIG HERBERT, Univ.-Prof. Dr.,
FH TECHNIKUM KÄRNTEN,
STUDIENGANG FÜR HUMAN- UND
PFLEGEMANAGEMENT,
SPARKASSENSTRASSE 1,
A-9560 FELDKIRCHEN

JENULL-SCHIEFER BRIGITTE,
Univ. Ass. Mag. Dr.
INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE,
ABTEILUNG FÜR ANGEWANDTE PSYCHO-
LOGIE UND METHODENFORSCHUNG,
UNIVERSITÄT KLAGENFURT,
UNIVERSITÄTSSTRASSE 65-67,
A-9020 KLAGENFURT

K

KAISER HEINZ JÜRGEN, Prof. Dr.
INSTITUT FÜR PSYCHOGERONTOLOGIE DER
UNIVERSITÄT ERLANGEN-NÜRNBERG,
NÄGELSBACHSTR. 25,
D-91052 ERLANGEN

KALTEIS KARIN, MAG.
UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR
NEUROCHIRURGIE,
WÄHRINGER GÜRTEL 18-20,
A-1090 WIEN

KANZIAN BARBARA,
ARGE FEUERSTEIN & KANZIAN &
MERZEDER,
FRANZENSGASSE 12/5,
A-1050 WIEN

KERSCHAN-SCHINDL KATHARINA,
Univ.-Prof. Dr.
INSTITUT FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN
UND REHABILITATION,
WÄHRINGER GÜRTEL 18-20,
A-1090 WIEN

KING MANFRED
GESCHÄFTSFÜHRER,
ST. ANNA-HILFE FÜR ÄLTERE MENSCHEN
GMBH, KIRCHSTRASSE 9A,
A-6900 BREGENZ

KITTL HANNES, DGKP
PDL, HELGA-TREICHL-HOSPIZ,
HAUS DES ROTEN KREUZES,
DR. SYLVESTER STRASSE 1,
A-5020 SALZBURG

KLIE THOMAS, Prof. Dr.
EVANGELISCHE FACHHOCHSCHULE
FREIBURG,
HOCHSCHULE FÜR SOZIALE ARBEIT,
DIAKONIE UND RELIGIONSPÄDAGOGIK,
BUGGINGER STRASSE 38,
D-79114 FREIBURG

KLUG GÜNTER, DR.
PSYCHOSOZIALES ZENTRUM GRAZ OST,
HASNERPLATZ 4, A-8010 GRAZ

KLUG MARGARETHE, DGKS
GERIATRIEZENTRUM AM WIENERWALD,
NEUROLOGISCHE ABTEILUNG,
JAGDSCHLOSSGASSE 59, A-1130 WIEN

KOLB GERALD. F., Univ.-Prof. DDr.
ST. BONFATIUS-HOSPITAL,
ABT. FÜR INNERE MEDIZIN, GERIATRIE,
WILHELMSTRASSE 13,
D-49808 LINGEN (Ems)

KOLLAR DORIS E, MAS
ST. ANNA HILFE FÜR ÄLTERE MENSCHEN
GMBH,
REGIONALLEITUNG OBERÖSTERREICH,
HERAKHSTRASSE 2,
A-4810 GMUNDEN

KOSTMANN HARALD, MAG.
ZEGIS,
REININGHAUSSTRASSE 5,
A-8020 GRAZ

VERZEICHNIS SÄMTLICHER AUTOREN

SCHOENENBERGER ANDREAS W., OA DR.
INSELSPITAL,
KLINIK FÜR INNERE MEDIZIN ,
CH-3010 BERN

SCHOLS JOS, PROF. DR.
HOGLERAAR FACULTEIT DER SOCIALE
WETENSCHAPPEN,
TRANZO KAMER S 310,
POSTBUS 90153,
NL-5000 LE T ILBURG

SCH...N GISELE, DGKS
FONDS SOCIALES WIEN ,
FACHBEREICH PFLEGE,
NEUTORGASSE 15, MEZZANIN ,
A-1010 WIEN

SCHRENK OTTO H., MAG.
AKADEMIE FÜR FORT- UND SONDERAUS-
BILDUNG ,
WEHRINGER GÜRTEL 18-20,
A-1090 WIEN

SCHULZ J...RG, UNIV.-PROF. DR.
HELIOS-K LINIKUM BERLIN-BUCH ,
KLINIK FÜR AKUTE UND REHABILITATIVE
GERIATRIE ,
WILTBERGSTRASSE 50,
D-13125 BERLIN

SILBERBAUER KARL,
PRIM. UNIV.-PROF. DR.
ÄRZTLICHER LEITER, A... KRANKENHAUS
DER BARMHERZIGEN BRÜDER ,
INTERNE ABTEILUNG ,
ESTERHAZYSTRASSE 26,
A-7000 EISENSTADT

SPATAHARAKIS GEORGE, DR.
CLINICAL DIRECTOR PUBLIC MEDICAL
(HEALTH) CENTER, GR-1TEA-332 00

ST...HL AGNETA, PROF. DR.
DEPARTMENT OF TECHNOLOGY AND
SOCIETY,
DIVISION FOR TRAFFIC PLANING ,
P.O.Box 118, SE-221 00 LUND

STAUDER REINHARD , UNIV.-PROF. DR.
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK,
KLINISCHE ABTEILUNG FÜR HÄMATOLO-
GIE UND ONKOLOGIE ,
ANICHSTRASSE 35, A-6020 INNSBRUCK

STEINBACH ANITA, DGKS
GERIATRIEZENTRUM AM WIENERWALD ,
NEUROLOGISCHE ABTEILUNG ,
JAGDSCHLOSSGASSE 59, A-1130 WIEN

STERBA NADIA, PRIM. DR.
GERIATRIEZENTRUM AM WIENERWALD ,
9. MED. ABTEILUNG ,
JAGDSCHLOSSGASSE 59, A-1130 WIEN

STIPPLER ANDREAS, DR.
DAVID I NSTITUT KREMS,
KASERNSTRASSE 16, A- 3500 KREMS

T

TADD WIN, DR.
UNIVERSITY OF WALES, COLLEGE OF
MEDICINE ,
DEPARTMENT OF GERIATRIC MEDICINE ,
LLANDOUGH HOSPITAL, PENLAN ROAD,
PENARTH , SOUTH GLAMORGAN ,
UK-C ARDIFF CF64 2XX

THÜR GABRIELE, OSR DGKS
SMZ-FLORIDS DORF ,
HINAYSGASSE 1, A-1210 WIEN

TITTLBACH SUSANNE, DR.
UNIVERSITÄT KARLSRUHE, INSTITUT FÜR
SPORT UND SPORTWISSENSCHAFTEN,
KAISERSTRASSE 12, D-76128 KARLSRUHE

TRAGL KARL-HEINZ, UNIV.-PROF. DR.
LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR
ALTERNRSFORSCHUNG ,
LANGOBARDENSTRASSE 122, A-1220 WIEN

TRUTTMANN BERTA, OA DR.
STADTSPITAL WAID ZÜRICH ,
KLINIK FÜR AKUTGERIATRIE ,
TIECHESTRASSE, CH-Z ÜRICH

U

ULLMANN RAMONA, DR.
HELIOS-K LINIKUM BERLIN-BUCH ,
KLINIK FÜR AKUTE UND REHABILITATIVE
GERIATRIE ,
WILTBERGSTRASSE 50,
D-13125 BERLIN

V

VAN DER CAMMEN TISCHA J.M.,
PRIM. DR.
ERASMUS MEDICAL CENTER,
DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE ,
ROOM D 442,
DR. MOLEWATERPLEIN 40,
NL-3015 GD R OTTERDAM

VERDES DAN, DR.
ABTEILUNG FÜR INNERE MEDIZIN ,
LKH H OCHZIRL , A-6170 ZIRL

W

WAGNER JAN T., DR.
ZENTRUM GERIATRIE UND REHABILITATION ,
SPITAL BERN-ZIEGER,
MORTILLONSTRASSE 75-91,
CH-3007 BERN

WALTER ANDREAS, PRIM. DR.
5. MED. ABTEILUNG MIT GERONTO -
PSYCHIATRISCHEM SCHWERPUNKT ,
GERIATRIEZENTRUM AM WIENERWALD ,
JAGDSCHLOSSGASSE 59,
A-1130 WIEN

WEBER GERMAIN , UNIV.-PROF. DR.
UNIVERSITÄT WIEN,
INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE ,
AG KLINISCHE PSYCHOLOGIE UND
GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE ,
UNIVERSITÄTSSTRASSE 7,
A-1010 WIEN

WEISSBACHER FRANZISKA, DIPL. ET
ABTEILUNG FÜR INNERE MEDIZIN ,
LKH H OCHZIRL , A-6170 ZIRL

WIEDNER KARIN, MAG. DIPL. PT
HAUS DER BARMHERZIGKEIT ,
VINZENZGASSE 2-6,
A-1180 WIEN

WILD MONIKA, MAG. MAS
...STERREICHISCHES ROTES KREUZ,
WIEDNER HAUPTSTRASSE 32,
A-1041 WIEN

Z

ZAK MAREK, PH.D, PT
ACADEMY OF PHYSICAL REHABILITATION ,
UL. KAZIMIERZA WIELKIEGO 87/39,
PL-30-074 KRAKOW

ZAKOWSKA LIDIA, DR.
CRACOW UNIVERSITY OF TECHNOLOGY ,
WARSZAWSKA 24,
PL-31-155 KRAKOW, PL

ZANGERL MICHAELA , DGKS
ABTEILUNG FÜR INNERE MEDIZIN ,
LKH H OCHZIRL ,
A-6170 ZIRL

Buchbesprechung / Book review

Ergotherapie bei Demenzerkrankungen: ein Förderprogramm

Schaade, G.
Springer Berlin, Heidelberg, New York,
2004; 3. überarb. Aufl., ISBN 3-540-20468-7
2 Abbildungen XVII, 101 Seiten, broschiert,
EUR 29,95, SFR 51,00

Wenn von aktivierender Übungsbehandlung Demenzkranker die Rede ist, dann liegt der Akzent immer noch primär auf den Aspekten intellektuelle Leistungsfähigkeit und verbale Kommunikation. Um so erfreulicher daher, wenn mit dem Buch von Gudrun Schaade nicht allein ein blinder Fleck getilgt, sondern darüber hinaus auch ein Werk aus der Praxis für die Praxis präsentiert wird.

Die Autorin, erfahrene Ergotherapeutin mit langjährigem Geriatrie-Hintergrund, stellt ein Programm für die Arbeit mit schwer Demenzkranken vor, das vor allem auf die Elemente Rhythmus und Langzeitgedächtnis rekurriert und dem Patienten auf spielerischem Wege eine Orientierungshilfe im Umgang mit Angstzuständen und

Verwirrung vermittelt. Besonderen Wert gewinnt das Werk durch seinen recht umfangreichen Materialteil, der vielgestaltige Themenvorschläge in jahreszeitbezogener Gliederung bereit hält. Ein kurz gefasster gerontopsychiatrisch-ergotherapeutischer Befunderhebungsbogen im Anhang rundet das handliche Büchlein sinnvoll ab.

Wenngleich Schaade sich mit ihrem Förderprogramm in erster Linie naturgemäß an FachkollegInnen wendet, so wird doch auch der praktisch tätige Geriater mit Gewinn aus dem reichen Methodenfundus der Autorin schöpfen können und erkennen, dass viele zuvor unverstandene dementielle Handlungsmuster als Annäherung an eine Realität, die der inneren Wirklichkeit des Patienten nicht mehr entspricht, zu werten sind. Man würde sich wünschen, auf einen ähnlich gelungenen, erfahrungsgeliteten Programmwurf auch bei der Arbeit mit leichter dementen Patienten zurückgreifen zu können.

PD Dr. Karl Günther Gaßmann, Erlangen

Mitteilungen der DGG / Communications of the DGG

Protokoll der Mitgliederversammlung der DGG

anlässlich 12. Jahrestagung
der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
28.10.2004, Berlin,
Hotel proArte Maritim, Raum I A (Plenum)

Anwesend waren 114 Mitglieder und 4 Gäste.

TOP 1: Begrüßung durch den Präsidenten

Der Präsident Prof. Kolb begrüßte die zur ordentlichen Mitgliederversammlung anwesenden 114 Mitglieder und erläuterte die Agenda der diesjährigen Mitgliederversammlung. Er stellte fest, dass ordnungsgemäß eingeladen worden war.

Daraufhin verlas er die Namen der seit der letzten Mitgliederversammlung verstorbenen gemeldeten Mitglieder:

Dr. Anselm Lessmann, Köln

Dr. Wili Schwarzlose, Hamburg

Dr. Annelore Buhr, Berlin

Dr. A. Zywietz, Bad Harzburg

Dr. Rainer Kniebel, Berlin

Prof. Dr. Ernst Fünfgeld, Marburg

Prof. Dr. Dietrich Nolte, Bad Reichenhall

Zusätzlich erwähnte er den ebenfalls verstorbenen Dipl. Kfm. Gerd Hamel, der zwar nicht Mitglied der Gesellschaft ist, jedoch als Vorstandmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen der Arbeit unserer Gesellschaft nahe stand.

Die Mitgliederversammlung erhob sich zu einem Gedenken an die verstorbenen Mitglieder.

TOP 2: Annahme des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung vom 06.11.2003

Veröffentlicht im Euro J Ger Vol. 6 (2004) No. 1, 43-46

Das Protokoll wurde ohne Einwände, Ergänzungen und Widersprüche angenommen. Ebenfalls angenommen wurde die Tagesordnung der Mitgliederversammlung.

TOP 3: Bericht des Präsidenten

Der Präsident berichtete über die Vorstandsarbeit des vergangenen Jahres, die einen erheblichen Zuwachs des Schriftverkehrs bedeutete. Er verwies auf die Einführung eines neuen praktikablen Archivierungssystems, mit deren Hilfe die massenhaft anfallenden Dokumente, Briefe und E-Mail-Verkehr geordnet werden können.

Als wesentliche erfreuliche Entwicklungen des vergangenen Jahres stellte Prof. Kolb die Zusammenarbeit mit

der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie heraus, mit der eine enge Zusammenarbeit auch in Zukunft verabredet wurde. So sei es gelungen, auch ein gemeinsames Symposium auf dem diesjährigen Jahreskongress zu organisieren.

Auch mit anderen Gesellschaften, vor allen Dingen der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie hab sich die Zusammenarbeit erheblich verbessert, so wurden sowohl in Bad Hofgastein wieder ein „Preussentag“ veranstaltet als auch zum 7. Internationalen Wiener Geriatriekongress zahlreiche Beiträge über die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie eingebracht.

An dieser Stelle überbrachte Herr Prof. Kolb Grüße des Past Präsidenten Prof. Fügen, der erkrankt war und nicht teilnehmen konnte. Er habe einen Blumengruß und Genesungswünsche übersandt.

Außerdem teilte er mit, dass Herr Prof. Fügen anlässlich des 7. Internationalen Wiener Geriatriekongresses den Ignatius Nascher Preis für Geriatrie der Stadt Wien erhalten hat. Diese hohe Auszeichnung sei ihm für sein bisheriges Lebenswerk in Anerkennung seiner Verdienste um die Geriatrie auf deutscher und europäischer Ebene verliehen worden.

Im Übrigen sei die Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie soweit gediehen, dass ab 2005 das wissenschaftliche Organ unserer Gesellschaft, das European Journal of Geriatrics, auch als wissenschaftliches Organ der Österreichischen Gesellschaft akzeptiert werde.

Als weitere Aktivität erwähnte Herr Prof. Kolb die Gerontologica in Wiesbaden, an deren Gestaltung die DGG mit drei Symposien teilgenommen hat.

Auch der Kongress der European Geriatric Medicine Society (EUGMS) sei mit einer großen Zahl von Referenten nicht nur ideell, sondern auch durch Übernahme von Reisekosten finanziell unterstützt worden. Herr Prof. Kolb teilte mit, dass vor allem der Anteil der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie wesentlich zum Zustandekommen dieses Kongresses beigetragen hat. Er berichtete, dass er die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie als möglichen Träger für die geplante Geschäftsstelle der EUGMS ansieht und eine entsprechende Bewerbung abgesandt hat.

Darüber hinaus wies Prof. Kolb auf die Aktivitäten der Gruppe „Young Geriatricians of Europe“ hin, die sich auf der Ebene EUGMS und der EAMA konstituiert haben. Ansprechpartner in Deutschland sei der Kollege Dr. Leischker aus Rheine.

Die Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie habe auch in diesem Jahr wieder gut funktioniert. Die DGG war mit einigen Beiträgen vertreten. Für die Zukunft sei von beiden Gesellschaften der Wunsch geäußert worden, Kongresse enger miteinander abzustimmen und eventuell auch in Zusammenarbeit mit der Österreichischen und anderen Europäischen Gesellschaften für Geriatrie auszurichten.

An dieser Stelle teilte Herr Prof. Kolb mit, dass der Kongress „Aktiv altern“ (geplant 2005) wegen mangelnder finanzieller Unterstützung abgesagt werden musste.

Der 13. Jahreskongress der DGG findet vom 03.11. bis 05.11.2005 statt. Die Planung wurde bereits im Januar 2004 festgelegt. Die Schwerpunktthemen liegen ebenfalls fest und ein entsprechendes Handout findet sich in der Mappe des diesjährigen Kongresses. Herr Prof. Kolb begründete die Wahl des Kongressortes Fulda durch die zentrale Lage der Stadt und die Möglichkeit, dort preiswert großzügige Kongressraum-Angebote zu erhalten. Er wies an dieser Stelle auf die Schwierigkeiten hin, ausreichend wissenschaftliche Beiträge für die Kongresse einzuwerben und bat alle Anwesenden, aktiv an der Kongressplanung teilzunehmen.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen sprach Prof. Kolb die Irritationen an, die aufgrund von Aktivitäten der DRG-Projektgruppe und einzelner Mitarbeiter von Kliniken mit Rehabilitationsschwerpunkt im Bundesministerium für Gesundheit entstanden seien. Er stellte klar, dass die Position der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie war und ist, eine Polarisierung der Geriatrie speziell zwischen § 109 und § 111 geführten Einrichtungen in jedem Fall zu vermeiden. Darüber hinaus seien alle Aktivitäten, die seitens der DRG-Projektgruppe oder sonstiger Gruppierungen der BAG getätigt werden, unter Einbeziehung von Rehabilitationseinrichtungen und akutmedizinischen Einrichtungen der Geriatrie im jeweiligen Proporz durchzuführen.

Bezüglich einer Anfrage der DRG-Projektgruppe zur Finanzierung des Kodierleitfadens erklärte Herr Prof. Kolb, dass ein Vorstandbeschluss vorliege, die Arbeit der DRG-Gruppe, die weiterhin im Wesentlichen ehrenamtlich tagt, in der Form zu unterstützen, dass ein Werkvertrag zur Herstellung des Kodierleitfadens finanziert werden soll.

Auch zur Leitlinienarbeit im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie nahm Herr Prof. Kolb Stellung

und erklärte, dass z.B. die Leitlinie „Diabetes mellitus im höheren Lebensalter“ mittlerweile abgeschlossen sei und erfreulicherweise von der Österreichischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie „adoptiert“ wurde.

Weitere Leitlinien zur Coxarthrose und zur Carotisstenose seien ebenfalls unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie fertiggestellt worden.

Den Vorstoß der AWMF, alle Leitlinien erst nach interdisziplinärer Abstimmung zwischen den Fachgesellschaften herausgeben zu wollen, begrüßte Herr Prof. Kolb sehr.

Prof. Kolb berichtete über eine Umfrage hinsichtlich der Prüfungsberechtigungen der Fakultativen Weiterbildung Klinische Geriatrie bei den jeweiligen Landesärzten. Die Umfrage sei mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden. Nicht alle Ärztekammern hätten sofort geantwortet. Das Ergebnis dieser Umfrage werde im European Journal of Geriatrics mitgeteilt. Zur Zeit laufe eine weitere Umfrage an alle Mitglieder mit dem Ziel, die Lehrbeauftragten der verschiedenen Universitäten zu erfassen. Die Umfrage sei noch nicht ausgewertet.

Der Bericht des Präsidenten schloss mit der erfreulichen Mitteilung, dass die finanziellen Angelegenheiten um den ehemaligen Schatzmeister Süß jetzt zur vollen Zufriedenheit, d.h. mit einer Entschädigung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie geregelt werden konnten.

TOP 4: Bericht des Präsidenten elect

Herr Prof. Sieber berichtete über die Bemühungen, wissenschaftliche Originalbeiträge für die Kongresse und Symposien einzuwerben. Er richtete noch einmal einen Appell an alle, mitzuarbeiten und Beiträge einzusenden. Sein Ziel sei die Zusammenarbeit mit den ausländischen Gesellschaften wie der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie, der EUGMS und auch der Schweizer Gesellschaft für Geriatrie zu intensivieren. Seine Bemühungen richten sich dahingehend, ein Dreiländertreffen zwischen Österreich, Schweiz und Deutschland auszurichten.

TOP 5: Bericht des Past Präsidenten

Der Past Präsident Prof. Füsigen ist erkrankt und kann an der diesjährigen Jahrestagung nicht teilnehmen.

TOP 6: Bericht des Schatzmeisters

Herr Prof. Hardt legte eine Übersicht der Einnahmen und Ausgaben des Jahres 2003 vor. Er stellte fest, dass durch die Versäumnisse des Vincentz-Verlages die Mitgliedsbeiträge aus dem Jahre 2003 nicht vollständig eingezogen worden seien. Insgesamt sei die finanzielle Entwicklung der Gesellschaft jedoch weiterhin positiv und auch nach der Trennung vom Vincentz-Verlag bestehe finanzielle Handlungsfähigkeit. Auch die Vorfinanzierung des Kongresses in Höhe von 95 000 Euro, die diesmal von der

Deutschen Gesellschaft für Geriatrie getragen werden musste, konnte problemlos geleistet werden. Herr Prof. Hardt wies darauf hin, dass es wichtig sei, für die Veranstaltung von größeren Kongressen finanzielle Reserven bereitzustellen.

TOP 7: Bericht des Weiterbildungsbeauftragten

Herr Dr. Lüttje wies darauf hin, dass ein großer Teil seines Berichtes bereits in der vor der Mitgliederversammlung abgehaltenen ausgelagerten Diskussion zum Thema „Weiterbildung und Curriculum zur Studentenausbildung“ abgehandelt worden sei. Die Ergebnisse einer Umfrage hinsichtlich der universitären Einbindung der Geriatrie in die Entwicklung von Lehrplänen im Wintersemester 2004/2005 und Sommersemester 2005 wurde im Rahmen einer Umfrage des Präsidenten erhoben. Die Ergebnisse sollen im EJM veröffentlicht werden. Herr Dr. Lüttje berichtete, dass mittlerweile zwei Bundesländer die Schwerpunkte Weiterbildung Klinische Geriatrie als Teil der Inneren Medizin in ihren Weiterbildungsverordnungen verankert hätten. Zahlreiche Ärztekammern hätten die neue Weiterbildungsverordnung noch gar nicht umgesetzt. Insgesamt zeichnen sich jedoch große Schwierigkeiten ab, das Fach Geriatrie als Schwerpunkt Weiterbildung im Bereich der Inneren Medizin auszuweisen. Mit diesem Ziel habe Herr Dr. Lüttje zahlreiche Schreiben an verschiedene Ärztekammern der Länder gerichtet. Zurzeit seien jedoch konkrete Ergebnisse nicht absehbar.

TOP 8: Bericht des Sekretärs

Der Sekretär berichtete über die Aktivitäten des Geschäftsjahres 2003/2004. Nach seinem Amtsantritt habe er die vorhandenen Aktenbestände sowohl des vorhergehenden Sekretärs als auch des Vincentz-Verlags – soweit sie nicht dort vernichtet worden waren! – übernommen und gesichtet. Die Mitgliederdaten waren in Form einer Adressdatenbank vorhanden, die jedoch unvollständig und viele Monate nicht mehr gepflegt worden war. Bei der Erstaussendung über diese Datenbank wurden ca. 300 Mitglieder nicht erreicht. Durch Anschreiben der Einwohnermeldeämter und Suche in Telefonbuchkarteien konnte die Zahl der nicht auffindbaren Mitglieder auf zuletzt 50 reduziert werden. Zur verbesserten Abwicklung der Mitgliederaktivitäten wurde eine neue Mitgliederdatenbank aufgebaut. Diese musste zum großen Teil aus den vorhandenen Aktenbeständen neu recherchiert und abgeglichen werden.

Im Hinblick auf das 20-jährige Bestehen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie im Jahre 2005 wurden die Aufnahme- und Geburtsdaten erstmalig erfasst, ebenso wie die Geburtsdaten, die für spätere Mitgliedererhebungen in den Geriatrie News verwendet werden sollen.

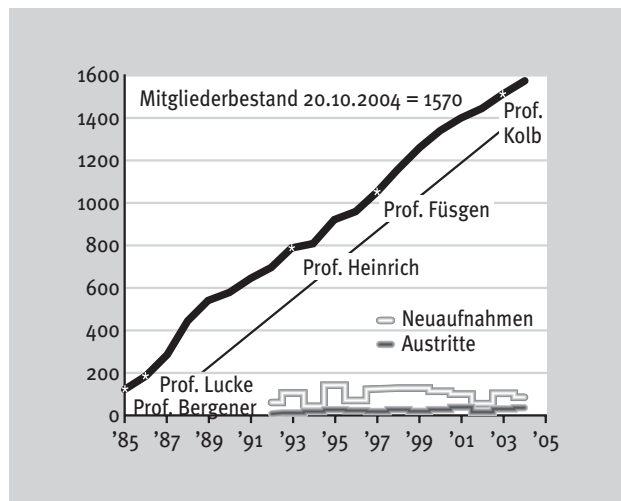


Abb. 1: Mitgliederentwicklung der DGG von 1984–2004.

Mit in die Datenbank aufgenommen wurde das Rechnungswesen zur Beitragsberechnung und zum Datenträgeraustausch mit den Geschäftsbanken für das Lastschriftverfahren.

Da es in der Regel schwierig ist, vorhandene Datenbanken von einem Computer auf den anderen zu übertragen und insbesondere Buchungsdaten oft nicht übertragbar sind, wurde eine eigene mobile Arbeitsstation in Form eines PC für die Gesellschaft angeschafft, auf der sowohl die Mitgliedsstammdaten als auch die Beitrags- und Kontodaten gepflegt werden.

In Zusammenarbeit mit dem scheidenden Sekretär Herrn Kollegen Bernard konnte für 2003 erfolgreich das Mitgliederverzeichnis erstellt werden, das im Jahr 2004 ausgesandt wurde.

Die Bilanz in der Mitgliederentwicklung zeigt sich weiterhin positiv. Der über fast 20 Jahre stabile Trend des jährlichen Mitgliederzuwachses um etwa 80 bis 100 Mitglieder hat auch im letzten Jahr angehalten. Der Mitgliederzuwachs zeigte das ungebrochene Interesse an geriatrischen Problemstellungen. Die Analyse der Mitgliederstruktur im Jahr 2004 hat ergeben, dass der überwiegende Teil der 1 570 Mitglieder (71 % Kollegen, 29 % Kolleginnen) im Klinikbereich tätig sind. Lediglich 13 % der Mitglieder sind niedergelassene Ärzte, so dass hier noch ein erhebliches Entwicklungspotential besteht.

TOP 9: Bericht der Kassenprüfer

Die Kassenprüfer, anwesend ist Herr Dr. Bernard, berichteten, dass die Kontostände und Kassenbücher geprüft worden seien. Zur Beanstandung fand sich kein Anlass. Die finanziellen Vorgänge seien geordnet und nachvollziehbar.

TOP 10: Entlastung des Vorstandes

Aus dem Plenum wurde der Antrag auf Entlastung des Vorstandes gestellt. Dieser Antrag wurde bei fünf Enthaltungen ohne Gegenstimmen angenommen.

TOP 11: Antrag auf Aufnahme der DGG in den Dachverband der Osteologischen Gesellschaft:

Herr Prof. Pientka stellte den Antrag, darüber zu beschließen, dass die Deutsche Gesellschaft Mitglied im Dachverband Osteologie wird. Er begründete dies damit, dass vor allem im Bereich der Osteoporoseleitlinien dieser Dachverband eine besondere Rolle gespielt habe und die geriatrischen Belange dort in die Leitlinie eingebracht werden konnten. Über den Antrag wurde abgestimmt. Die anwesenden Mitglieder waren ohne Gegenstimmen bei 3 Enthaltungen für die Aufnahme der DGG in den Dachverband Osteologie.

Herr Prof. Pientka wies noch einmal auf die Anfrage der DRG-Arbeitsgruppe hinsichtlich der Finanzierung ihrer Arbeit hin. Herr Prof. Kolb antwortete, dass ein Vorstandsbeschluss zu dieser Frage vorläge, und dass Details am Folgetag in einer Frühstücksrunde ausgehandelt werden sollen.

TOP 12: Antrag auf AG „Klinische Behandlungspfade“

Herr Prof. Wrobel appellierte an die Mitgliedsversammlung und den Vorstand, dringend eine Arbeitsgruppe zur

Erstellung klinischer Behandlungspfade als Arbeitsgruppe der DRG zu etablieren. Im Rahmen der Diskussion zu diesem Antrag wiesen einige Mitglieder darauf hin, dass bereits eine Arbeitsgruppe Qualitätssicherung II mit der Erstellung klinischer Behandlungspfade beauftragt sei, die dies im Rahmen der Ausschüsse der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen durchführe. Hieran nehmen bereits Vertreter aller geriatrischen Fachgesellschaften teil. In der Diskussion wurde von einigen Rednern befürwortet, diese als Arbeitsgruppe „Klinische Pfade“ weiterzuführen. Ein eigener Beschluss der Mitgliederversammlung hierzu wurde jedoch nicht gefasst.

TOP 13: Verschiedenes

Nachdem der ehemalige Sekretär der Gesellschaft, Dr. Bernard, den Saal verlassen hatte, nutzte Prof. Höltnann die Gelegenheit, der Mitgliederversammlung per Antrag vorzuschlagen, Herrn Dr. Bernard zum Ehrenmitglied der Gesellschaft zu ernennen. Der Antrag wurde ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen einstimmig angenommen. Prof. Kolb teilte ihm unmittelbar die Ernennung zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie mit. Die formelle Urkunde soll anlässlich der nächsten Jahresversammlung überreicht werden.

Prof. Bernhard Höltnann
Sekretär

Förderpreis Geriatrie

Der Förderkreis der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. schreibt für das Jahr 2005 den Förderpreis Geriatrie aus. Der Förderpreis ist mit 10.000 Euro dotiert und wird für ein besonderes wissenschaftliches Projekt aus dem Bereich der Geriatrie (Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation oder Langzeitpflege) vergeben.

Eine Jury, bestehend aus Vertretern des Präsidiums der DGG und Mitgliedern des Förderkreises der Gesellschaft, entscheidet nach Ablauf der Einreichungsfrist unabhängig über die Prämierung. Die Ehrung der Preisträger wird im Rahmen des 13. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie vom 04. bis 05.11.2005 in Fulda stattfinden.

Antragsunterlagen nebst Formular zur Projektkurzbeschreibung können unter Stichwort „Förderpreis DGG 2005“ angefordert werden bei:

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V.
- Geschäftsstelle -
c/o Herr Uwe Wegner,
Kampstr. 7,
30629 Hannover
Fax: 0511/58 32 84
E-Mail: wegner@gerikomm.de

Einreichungsfrist: 01.05.2005

Die Bewerber/Innen sollen das 45. Lebensjahr noch nicht überschritten haben! Mit dem Preis sollen insbesondere jüngere forschende Kollegen in der Geriatrie angeregt werden, ein neues, nicht ein bereits abgeschlossenes Projekt einzureichen, das durch den Preis mit einer Anschlag-Finanzierung versehen wird.

Prof. Dr. Dr. Kolb
für den Vorstand DGG

Dr. Geerke
für den Förderkreis

European Journal of Geriatrics

Organ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

Herausgeber: E. Lang, Erlangen
G. Kolb, Lingen-Ems

Koordination: I. Füsgen, Velbert

REGISTER 2004

Editor in chief

E. Lang, Erlangen

Associate Editors:

G. Kolb, Lingen/Ems
(responsible for the German Society
of Geriatrics)
I. Füsgen, Velbert-Neviges (coordination)

Editorial board

Edit Beregi, Budapest (Ungarn)
W. Bernard, Düsseldorf
F. Böhmer, Wien (Österreich)
T.I. Diepgen, Heidelberg
T. Frühwald, Wien (Österreich)
G. Gaßmann, Erlangen
B. Grubeck-Loebenstein, Innsbruck
(Österreich)
K. Hager, Hannover
R. Hardt, Trier
L. Hegyi, Bratislava (Slovakei)
R. Heinrich, München
H. W. Heiss, Freiburg
R.D. Hirsch, Bonn
B.J. Höltmann, Grevenbroich
K.M. Koeppen, Berlin
O.V. Korkuschko, Kiew (Ukraine)
A. Kurz, München
C. Lucke, Langenhagen
F. Müller- Spahn, Basel (Schweiz)
H.G. Nehen, Essen
P. Oster, Heidelberg
L. Pientka, Bochum
P. Pietschmann, Wien (Österreich)
K. Pils, Wien (Österreich)
W. von Renteln-Kruse, Bergisch Gladbach
W. Reuter, Leipzig

E. Rütther Göttingen
A. Ruiz-Torres, Madrid (Spanien)
J. Schulz, Berlin
J. Schulze, Dresden
U. Schwantes, Berlin
F.W. Schwartz, Hannover
W.O. Seiler, Basel (Schweiz)
C. Sieber, Nürnberg
E. Steinhagen-Thiessen, Berlin
A. Stuck, Bern (Schweiz)
K.H. Tragl, Wien (Österreich)

Senior Editors

H. Häfner, Mannheim
E. Müller, Norderstedt
W. Ries, Leipzig
G. Schlierf, Heidelberg
R.M. Schütz, Lübeck
H.B. Stähelin, Basel (Schweiz)
R. Willvonseder, Wien (Österreich)

Junior Editors

C. Becker, Ulm
M. Bruchez, Sierre (Frankreich)
Ph. Chassagne, Rouen (Frankreich)
E. Dejaeger, Leuven (Belgien)
D. Felsenberg, Berlin
D. Grob, Zürich (Schweiz)
R. Kressig, Thonex (Schweiz)
A. Kwetkat, München
D. Lüttje, Osnabrück
R. Mucbe, Ulm
H.J. Naurath, Neumünster
H.D. Pfisterer, Heidelberg
R. Püllen, Velbert
G. Stoppe, Göttingen
A. Welz-Barth, Wuppertal

gerikomm Media GmbH Hannover

Editorials

G. KOLB
Vorschau auf 2004 und 2005
Preview on 2004 and 2005 5

G. KOLB
Musterweiterbildungsordnung bringt Geriatriekonzepte in akute Gefahr
Model professional advancement regulations acutely imperil geriatric concepts 61

D. LÜTTJE
Geriatrer in nur 18 Monaten
Geriatric specialist in just 18 months? 62

G. KOLB
Einladung zur Jahrestagung nach Berlin: Einheit in der Vielfalt
Invitation to the annual DGG conference in Berlin: Unity within diversity 113

E. LANG
Geriatrie mit „Kopf, Herz und Hand“
Geriatric medicine with "head, heart and hand" 165

I. FÜSGEN
Nachdenken über die Medizin für den Älteren von morgen
Reflexions on medicine for the elderly of tomorrow 166

Originalia / Clinical Investigations

R. ULLMANN, J. SCHULZ, K. SCHAARSCHMIDT
Ein einfacher diagnostischer Bluttest auf M. Alzheimer auf der Grundlage der immunologischen Pathogenese
A simple blood test for Alzheimer's disease based on its immunological pathogenesis 82

G. AHNE, T. EGGER, U. RUNGE, H. DORMANN, A. NEUBERT, M. CRIEGEE-RIECK, K. G. GASSMANN, K. BRUNE
Risikofaktoren für unerwünschte Arzneimittelwirkungen im Alter: Welche Hinweise gibt das geriatrische Assessment?
Patient risk factors for adverse drug reactions in the elderly: the influence of geriatric assessment 88

C. HADER, W. WEINREBE, J. KÖBBERLING
Form und Umfang der Betreuung diabeteskranker Heimbewohner in Alten- und Pflegeheimen einer deutschen Großstadt

Quality assessment of diabetes care in residential and nursing homes in an urban district of Germany 114

H. BURKHARDT, M. GEHRLEIN, R. GLADISCH
Die Bedeutung erhöhter HbA_{1c}-Werte älterer Diabetiker bei Aufnahme in ein Akutkrankenhaus
Significance of elevated HbA_{1c} in elderly patients with diabetes referred to a hospital 124

K. TIMMER, E. BOCK, J. TRÖGNER, T. TÜMENA
Assessment Körperpflege (AKP) – ein einfaches Instrument zur Einschätzung der Körperpflege
Assessment of Personal Hygiene (APH) – a simple instrument for assessing personal hygiene 130

Z. DURAKOVIC, M. MICIGOJ-DURAKOVIC, J. SKAVIC
Plötzlicher Herztod im Zusammenhang mit körperlichem Training älterer Männer
Sudden cardiac death associated with recreational physical exercise in elderly men 135

A. ESKAU, L. HIRSCHMEIER, I. FÜSGEN
Psychiatrischer Handlungsbedarf bei geriatrischen Krankenhauspatienten
Geriatric patients in general hospitals need psychiatric care 140

G. STOPPE, S. HENNENKEMPER, J. STAEDT
Gerontopsychiatrische Konsiliartätigkeit in Deutschland: eine retrospektive Untersuchung
Geriatric consultation psychiatry in Germany – a retrospective study 180

Übersichten / Reviews

ARBEITSGRUPPE „INKONTINENZ“ DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GERIATRIE (DGG)
DGG-Leitlinie „Harninkontinenz“ (Teil II b: Operative Therapie)
DGG-Guideline "Urinary incontinence" (Part II b: surgical therapy) 7

P. WAGENER
DHEA, das Altershormon – Grundlagen, Anwendungen und Risiken
DHEA – Physiology, applications and risks 67

A. WIEDEMANN
Die neuen Inkontinenzmedikamente: Solifenacin, Darifenacin, Oxybutynin TTS und Duloxetine
New drugs for the treatment of urinary incontinence: Solifenacin, darifenacin, oxybutynine TTS and duloxetine 173

**Geriatric Medicine in Europe /
Geriatric Medicine In Europe**

D. GROB
Geriatric Medicine in der Schweiz
Geriatric Medicine in Switzerland 63

T.J.M. VAN DER CAMMEN
Geriatric Medicine in den Niederlanden
Geriatric Medicine in The Netherlands 65

**Geriatric Care Provision /
Provision of Geriatric Care**

R. HERMES, W. SWOBODA, G. KOLB
Physiotherapy in hospital under DRG-conditions
Physiotherapy in hospital under DRG-conditions 168

Kasuistik / Case Study

H. J. KOCH, A. SZECSEY, K. GÜRTLER, M. VOGEL,
D. FISCHER-BARNICOL, M. SEGMÜLLER
Nächtliche Demenz mit Empfindlichkeit gegenüber
Psychopharmaka und partieller interner Desynchroni-
sation: Atypische Lewy-Körperchen-Demenz?
*Night time dementia with marked sensitivity with
regard to psychiatric drugs and partial internal desyn-
chronisation: An atypical Lewy body dementia?* 96

N. VAN DER VELDE, B. ZIERE, T.J.M. VAN DER
CAMMEN
Arzneimittel und Stürze bei Älteren: Sind
potenzielle Folgen reversibel?
*Drugs and falls in older persons: Potential for
reversibility?* 187

Pharmacotherapy / Phamacotherapy

H.J. GRUSS, G. ULM
Wirksamkeit und Sicherheit von Macrogol 3350
plus balanzierte Elektrolyte bei Patienten mit
Morbus Parkinson und chronischer Obstipation
*Efficacy and tolerability of PEG 3350 plus electrolytes
(Movicol®) in chronic constipation associated with
Parkinson's disease* 143

K.J. GOERG, H.J. GRUSS
Sicherheit von peroralen Darmspülungen zur Kolos-
kopie-Vorbereitung mit einer balanzierten Elektrolyt-
Lösung

*Safety of orthograde intestinal lavage with a balanced
PEG-electrolyte solution (Golytely) as preparation
for colonoscopy in elderly patients* 193

H. J. KOCH
4-Aminopyridin und 3,4-Diaminopyridin: Pharma-
kologie, Pharmakokinetik und therapeutischer Einsatz
*4-Aminopyridine and 3,4-diaminopyridine: pharma-
cology, pharmacokinetics and therapeutic use* 200

Forum geriatricum

D. MEISSNER-PÖTHIG, U. MICHALAK, J. SCHULZ
„Anti-aging“ und Vitalität
„Anti-Aging“ and vitality 28

G. KOLB
Sexualhormone in der Menopause erhöhen das
kardiovaskuläre Risiko
*Steroid treatment during menopause increases the
cardiovascular riskand* 36

S. SCHILLING
Schützt Finasterid vor einem Prostatakarzinom?
Can Finasteride prevent prostate cancer? 101

G. KOLB
Konventionell dosierte Antikoagulation zur Sekundär-
prophylaxe von Thrombosen besser als reduzierte
Dosierungen
*Conventional dosage of anticoagulants is a more
effective secondary prevention strategy against
thomboembolism than reduced dosages* 205

**Berichte aus den Arbeitsgruppen /
Reports from the study groups**

BERLINER KREBSGESELLSCHAFT, ARBEITSGRUPPE
„GERIATRISCHE ONKOLOGIE“ DER DGG UND DGHO
Krebs im Alter – Abstracts vom 12. Berliner
Onkologischen Sommerseminar
*Cancer in old age – Abstracts of the 12th Oncologic
Summer Course in Berlin* 14

C. BOKEMEYER, G. KOLB, INTERDISZIPLINÄRE AG
GERIATRISCHE ONKOLOGIE DER DGG UND DGHO
Symposium Geriatric Onkologie (im Rahmen
des 26. Deutschen Krebskongresses 2004, Berlin)
*Symposium Geriatric Oncology at the 26th German
Cancer Congress, Berlin, 2004* 151

Buchbesprechung / Book Review

E. LANG
Geriatric medicine – an evidence-based approach 156

E. LANG
 Molekularmedizinische Grundlagen von altersspezifischen Erkrankungen 206

Protokoll der Mitgliederversammlung
Minutes of the Members' meeting 43

Wahlprotokoll
Election protocol 46

I. FÜSGEN, H.J. GRUSS, R. HARDT, R. WANITSCHKE, ST. WIRZ

Konsensuskonferenz zum Tabuthema Obstipation – ein schmerztherapeutisches Problem?
Consensus-conference: Constipation – a problem related to pain therapy? 102

Mitteilungen der Gesellschaft / Communications of the DGG

M. JÄGER, T. RITTIG
 Einführung und Vorstellung eines Erfassungsprogramms von Schluckstörungen in der Geriatrie
Introduction and presentation of a dysphagia screening program for geriatric patients 37

A. LEISCHKER
 Young Geriatricians of Europe – ein Netzwerk für Geriater
Young Geriatricians of Europe – a network for geriatricians 207

Autoren / Authors

Ahne G.	88	Interdisziplinäre AG Geriatrie	Ullmann R.	82
Arbeitsgruppe „Geriatrische Onkologie“ der DGG und DGHO	14	Onkologie der DGG und DGHO	Ulm G.	143
Arbeitsgruppe „Inkontinenz“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)	7	Jäger M.	van der Cammen T.J.M.	65, 187
Bock E.	130	Köbberling J.	van der Velde N.	187
Bokemeyer C.	151	Koch H.J.	Wagener P.	67
Burkhardt H.	124	Kolb G.	Weinrebe W.	114
Durakovic Z.	135	Lang E.	Wiedemann A.	173
Egger T.	88	Leischker A.	Ziere B.	187
Eskau A.	140	Lüttje D.		
Füsgen I.	102, 140, 166	Meissner-Pöthig D.		
Gehrlein M.	124	Michalak U.		
Gladisch R.	124	Micigoy-Durakovic M.		
Goerg K.J.	193	Rittig T.		
Grob D.	63	Runge U.		
Gruss H.J.	102, 143, 193	Schaarschmidt K.		
Gürtler K.	96	Schilling S.		
Hader C.	114	Schulz J.		
Hardt R.	102	Skavic J.		
Hennenkemper S.	180	Staedt J.		
Hermes R.	168	Stoppe G.		
Hirschmeier L.	140	Swoboda W.		
		Szecsey A.		
		Timmer K.		
		Trögner J.		

Schlüsselworte

3,4-Diaminopyridin (3,4-DAP)	200	geriatrische Klinikabteilung	140	Nächtliche Demenz	96
4-Aminopyridin (4-AP)	200	geriatrische Onkologie	14, 151	Obstipation	102
Adjuvante Therapie	67	geriatrisches Assessment	88	Obstipation	143
Akutkrankenhaus	124	Gerontologie	28	operative Therapie	7
Altenheim	114, 124	Gerontopsychiatrie	140, 180	Oxybutynin	173
ältere Männer	135	Goletely	193	Parkinson, Morbus	143
Alzheimer, Morbus	82	Harninkontinenz	7, 173	PET	96
Annexin V	82	Herzinfarkt	135	Pflege	130
Anti-Aging	28, 67	Herztod, unerwarteter	135	Pflegeassessment	130
Apoptose	82	ICD-10	168	Pflegeheim	114
Arzneimittelnebenwirkungen	187	ICF	168	Pharmakotherapie	173
Arzneimittelsicherheit	193	immunologische Pathogenese	82	Physiotherapie	168
Assessment	130	interdisziplinäre		Plötzlicher Herztod	135
Augenmotilitätsstörungen	200	Zusammenarbeit	180	Polyethylenglykol (PEG)	143
Barthel-Index	88	Koloskopie	193	Prävention	101
biologisches Alter, Bestimmung	28	Komorbidität	180	Prostatakarzinom	101
CD25	82	Konsilpsychiatrie	180	Psychopharmaka- Empfindlichkeit	96
CD95	82	Koronare Herzkrankheit	135	Qualitätsmanagement	130
Chronobiologie	96	Körperliche Aktivität	135	Reversibler Kaliumkanal- blocker	200
Darifenacin	173	Körperpflege	130	Rückenmarksverletzungen	200
Darmspülung	193	Krebsrisiko	67	Schluckstörungen	37
Demenz	82	Lambert-Eaton-Syndrom	200	Solifenacin	173
DHEA	67	Lebensdauer	28	Sturzrisiko	187
Diabetes mellitus	114, 124	Lebenserwartung	28	Tumorscreening	193
DRG	168	Leitlinie	7	Unerwünschte Arzneimittel- wirkungen (UAW)	88
Duloxetine	173	Lewy-Körperchen-Demenz	96	Versorgungsqualität	114
Elektrolyte	143	M3-spezifische		Vitalität	28
Fas-Ligand	82	Anticholinergika	173		
Fatigue-Syndrom	200	medikamenteninduzierte			
Fesoterodin	173	Stürze	187		
Finasterid	101	metabolische Kontrolle	124		
Frührehabilitation	168	Mini-Mental-State- Examination	88		
Geriatrische Depressionsskala	88	Multiple Sklerose	200		

Key words

3,4-diaminopyridine (3,4-DAP)	200	electrolytes	143	Night-time dementia	96
4-aminopyridine (4-AP)	200	exercise	135	non-interventional study	143
Acute care setting	124	eye movement disorders	200	nursing	130
adverse drug reaction (ADR)	88, 187	Fas-ligand	82	nursing home	114, 124
Alzheimer's disease	82	fatigue syndrome	200	Oxybutynine	173
annexin V	82	fesoterodine	173	Parkinson's disease	143
anti-ageing	28, 67	finasteride	101	PEG	143
apoptosis	82	GDS	88	PET	96
assessment	130	geriatric assessment	88	physiotherapy	168
Barthel index	88	geriatric division	140	polyethylene glycol	143
Carcinomas	67	geriatric oncology	14, 151	potassium-channel blocker	200
care quality	114	gerontology	28	prevention	101
CD25	82	golytely	193	prostate cancer	101
CD95	82	guideline	7	psychogeriatrics	140
chronobiology	96	gut lavage	193	Quality management	130
colonoscopy	193	Hospital	140	Residential home	114
concordance	180	ICD-10	168	reversible calcium channel blocker	200
constipation	102, 143	ICF	168	risk of falling	187
consultation psychiatry	180	immunological pathogenesis	82	Solifenacin	173
coronary heart disease	135	intolerability with regard to psychiatric drugs	96	spinal cord injury	200
Darifenacin	173	Lambert-Eaton syndrome	200	substitution	67
dementia	82	Lewy body dementia	96	sudden death syndrome	135
determination of biological age	28	life expectancy	28	surgical therapy	7
DHEA	67	life span	28	Tumour screening	193
diabetes mellitus	114, 124	M3-specific anticholinergic agents	173	Unexpected cardiac death	135
DRG	168	medical comorbidity	180	urinary incontinence	7, 173
drug safety	193	metabolic control	124	Vitality	28
drug treatment	173	MMSE	88		
drug-induced falls	187	movicol	143		
duloxetine	173	multiple sclerosis	200		
Early rehabilitation	168	myocardial infarction	135		
elderly men	135				

Kongresskalender / Congress Calender

■ GERIATRIE

Ulm: 05.03.2005

10. Ulmer Tagung für Alter(n)sfragen (UTA)

Information: Bethesda Geriatriische Klinik Ulm gGmbH

Veranstaltungssekretariat: Frau Regine Faul

Tel.: 07 31/18 71 85

Fax: 07 31/18 73 87

E-Mail: regine.faul@bethesda-ulm.de

Würzburg: 12.03.05

9. Würzburger Geriatrie-Symposium

Information: Geriatriische Rehabilitationsklinik

Kantstr. 45, 97074 Würzburg

Tel: 09 31/79 51 102

Fax: 09 31/79 51 103

Mannheim: 31.03.–02.04.2005

71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

Thema: Herzerkrankungen beim älteren Patienten

Information: Congress Center Rosengarten Mannheim, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim.

Tel: 06 21/41 06-152 oder -102

Fax: 06 21 41 06-202

E-Mail: kongress@dgk.org

Internet: www.dgk.org

Wiesbaden: 02.04.–06.04.2005

111. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Thema: u.a. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Nierenerkrankungen, Versorgungsforschung

Information: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

Haus der Internisten, Schöne Aussicht 1,

65193 Wiesbaden

Internet: www.dgim2005.de

Wien: 20.–23.04.2005

8. Wiener Internationaler und 45. Österreichischer Geriatriekongress

50 Jahre Österr. Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (21.04.05: Bürgermeisterempfang im Rathaus, 22.04.05: Gesellschaftsabend im Technischen Museum, begrenzte Teilnehmerzahl, um umgehende Anmeldung im Kongressbüro wird gebeten!)

Information: LBI für Interdisziplinäre Rehabilitation

in der Geriatrie, Ilse Howanietz,

Apollogasse 19, A-1070 Wien

Tel: 00 43/152-10 35-770

Fax: 00 43/152-10 35-779

E-Mail: ilse.howanietz@wienkav.at

Internet: www.wrk.at/geriatriekongress

München: 20.–23.04.2005

Interdisziplinärer Kongress: Zähne im Alter

Information: www.blzk.de

Tel: 089/72 48 02 00

Fax: 089/72 48 0-188

E-Mail: unover@blzk.de

Bad Schwalbach: 21.05.05

6. Hessisch-Thüringischer Geriatrietag der Länderarbeitsgemeinschaft Hessen-Thüringen in der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen e.V

„Neurogeriatrie – Innovative Ansätze in Diagnostik und Therapie neurologischer Erkrankungen im Alter“

Information: Chefarztsekretariat Dr. med. Klaus Weil,

Otto-Fricke-Krankenhaus Bad Schwalbach,

Martha-von-Opel-Weg 34, 65307 Bad Schwalbach

Tel.: 06124 / 506 - 412

Fax: 06124 / 506 ^ 532

E-Mail: klaus.weil@otto-fricke-krankenhaus.de

Münster: 18.06.2005

1. Symposium Altersmedizin Münster

Information: Dr. med. Dirk K. Wolter, Dr. med. Peter

Kalvari, Zentrum für Altersmedizin Münster,

Westfälische Klinik Münster, Friedrich-Wilhelm-Weber-Straße 30, 48147 Münster

Tel.: 02 51/5 91-52 68/9 oder 02 51/27 06-750/1

Fax: 02 51/5 91-48 68

E-Mail: d.wolter@wkp-lwl.org; kalvari@evk-muenster.de

Berlin 21.–24.09.2005

4. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung in Verbindung mit den Wiss. Jahrestagungen des DGMS und DGSMP

Thema: Versorgungsbedarf und Versorgungsgerechtigkeit

Tel: 030/31 42 90 01

Fax: 030/31 42 15 78

E-Mail: info@zukunft-gesundheitsversorgung.de

Internet: www.zvfk.de

Pörtlach, Kärnten: 22.9.–24.9.2005

Interdisziplinärer Seminarkongress

Information: Ärztekammer für Kärnten,

Fr. Petra Spendier, St. Veiterstr. 34, A-9020 Klagenfurt

Kongresskalender / Congress Calender

Tel: 00 43/463 58 56 17
Fax: 00 43/463 58 56 45
E-Mail: fortbildung@ackktn.at
Internet: www.ackktn.at unter Fortbildung

Istanbul/Turkey: 28.09.–01.10.2005
**21th International Conference of Alzheimer's Disease
International**

Thema: Basic science; Global impact of dementia;
Quality of life
Tel: 00 90/216/467 06 47
Fax: 00 90/216/ 467 06 51
E-Mail: congress@topkon.com
Internet: www.topkon.com

Fulda: 03._05.11.2005
13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
Thema: Medizin der Zukunft
Information: Geschäftsstelle der DDG und gerikomm
Media, Herr Uwe Wegner, Kampstr. 7,
30629 Hannover
Tel.: 05 11/58 15 85
Fax: 05 11/58 32 84
E-Mail: veranstaltungen@gerikomm.de
Internet: www.dggeriatrie.de

■ GERONTOLOGIE

Wien: 10.–12.03.2005
Internationales Symposium „Altern ist Leben“
anlässlich des 80. Geburtstages von
Herrn Univ. Prof. Dr. Leopold Rosenmayr
Information: Frau Dr. Martina Milletich,
Österr. Akademie der Wissenschaften,
Dr. Ignaz Seipel Platz 2, A-1010 Wien,
Tel.: 00 43/1/5 15 81-12 12
E-Mail: martina.milletich@oeaw.at

Rio de Janeiro/Brazil: 26.–30.06.2005
**The 18th Congress of the International Association
of Gerontology**

Information: SHN Qd. 02 BL. E Sobreloja 50; Kubit-
scheke Plaza Hotel; Brasilia-DF Brazil CEP 70710-908
Tel./Fax: 00 55/55 61/328-69 12
E-Mail: secretariat@aeceventos.com.br
organizingcommittee@aeceventos.com.br
Internet: www.gerontology2005.org.br

IMPRESSUM

EUROPEAN JOURNAL OF GERIATRICS –
EUROPÄISCHE ZEITSCHRIFT FÜR GERIATRIE
Organ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie



Herausgeber:

Prof. Dr. med. Erich Lang
(presserechtlich verantwortlich)
Carl-Korth-Institut
Rathsberger Straße 10
D-91054 Erlangen
Tel.: +49/91 31/82 23 32
Fax: +49/91 31/20 68 95

Prof. Dr. Dr. med. Gerald Kolb, Lingen-Ems
(für die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie)
St. Bonifatius Hospital
Geriatrische Abteilung
Wilhelmstr. 13
D-49808 Lingen
Tel.: +49/5 91/9 10 15 01
Fax: +49/5 91/9 10 12 90

Koordination:

Prof. Dr. med. Ingo Füsgen, Velbert

Redaktion:

Dr. rer. biol. hum. Ina Schicker, Füssen
Susanne Urlichs (Assistenz), Füssen

Herstellung:

Sabine Löffler (verantwortlich)

Verlag:

gerikomm Media GmbH Hannover,
Kampstr. 7, 30629 Hannover.
Tel.: +49/511/58 15 84
Fax: +49/511/58 32 84
Geschäftsführer: Uwe Wegner

Anzeigen:

Uwe Wegner (verantw. für den Anzeigenteil,
Anschrift wie Verlag),
Tel.: +49/511/58 15 84
Fax: +49/511/58 32 84
Z. Zt. gilt Anzeigenpreisliste Nr. 1 vom
01.09.1999.
Anzeigenschluss: drei Wochen vor Erscheinen.

Hinweis:

Die in dieser Zeitschrift angegebenen Dosierungen,
vor allem von Neuzulassungen, sollten in
jedem Fall mit den Beipackzetteln der verwendeten
Medikamente verglichen werden.

Erscheinungsweise:

EUROPEAN JOURNAL OF GERIATRICS –
EUROPÄISCHE ZEITSCHRIFT FÜR GERIATRIE
erscheint viermal jährlich bei der gerikomm
Media GmbH, Hannover.

Vertrieb / Abonnement:

Bestellung beim Buch- und Zeitschriftenhandel
oder beim gerikomm Media-Aboservice
(Anschrift wie Verlag),
Tel.: +49/5 11/58 15 84
Fax: +49/5 11/58 32 84

Bezugspreise:

- Einzelheft 13 Euro.
- Jahresbezugspreis: 38 Euro,
für Studenten/AiP (gegen Nachweis): 28 Euro,
alles jeweils zuzüglich Versandkosten und MwSt.

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für
Geriatrie ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag
enthalten.

Bezugszeit: Das Abonnement gilt zunächst für
ein Jahr. Es verlängert sich um jeweils ein Jahr,
wenn die Kündigung nicht bis drei Monate vor
Ablauf des Abonnements im Verlag vorliegt.
Aufnahme in Lesezirkel nur mit Zustimmung des
Verlages. Bei höherer Gewalt und Streik besteht
kein Anspruch auf Ersatz.

Gerichtsstand und Erfüllungsort: Hannover.

Druck:

Verlag Gödicke Druck und Consulting,
Carl-Zeiss-Str. 24, 30966 Hemmingen.
Tel.: +49/511/41 02 89-0
Fax: +49/511/41 65 77

© gerikomm Media GmbH 2005.

ISSN 1439-1147