

European Journal of Geriatrics

■ EDITORIAL

E. LANG
Science and practice for elderly people

■ REVIEW

W. BANZER, M. BACH, M. BÜRKLEIN, K. LUCKI,
L. VOGT
Confounders of the locomotor outcome of
geriatric rehabilitation

■ CLINICAL INVESTIGATIONS

H. FLEISSNER, D. STERNAT, S. SEIWALD, G. KAPP,
G. KAUDER, B. RAUTER, R. KLEINDIENST,
J. HÖRMANN
Therapeutic climbing improves independence,
mobility and balance in geriatric patients

M. SCHULER, D. RAZUS, P. OSTER, K. HAUER
Monitoring pain therapy in geriatric patients
with back and leg pain by means of pain
intensity measurement during transfer from
a supine to a sitting position

■ FORUM GERIATRICUM

J. M. WENDERLEIN
The elderly woman in the focus of geriatric
oncology

S. SCHILLING
Literature report: Influence of vitamin D
supplementation on the frequency of falls in
elderly patients

■ REPORTS FROM THE WORKING- GROUPS

G. KOLB
Geriatric oncology DGG / DGHO

■ COMMUNICATIONS OF THE DGG, THE ÖGGG, AND THE DVGG

Minutes of the 8th DVGG members' meeting
Tendering for the Promotional Prize
Geriatric Oncology

Minutes of the DGG members' meeting at the
18th Annual Congress of the German Geriatric
Society (DGG)

1/10

EURO J GER VOL. 12 (2010) No. 1, 1-48

Organ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie
und Gerontologie (ÖGGG) und des Dachverbandes der Gerontologischen und Geriatriischen
Gesellschaften Deutschlands e. V. (DVGG) – gerikomm Media GmbH Wiesbaden

THIS JOURNAL IS REGULARLY LISTED IN EXCERPTA MEDICA (EMBASE)

HERAUSGEBERSCHAFT – EDITORIAL BOARD

Editor in chief

E. Lang, Erlangen (D)

Associate Editors:

G. Kolb, Lingen/Ems (D)
(responsible for the German Society
of Geriatrics)

I. Füsgen, Velbert-Nevigés (D)

Editorial board

C. Benz, München (D)
E. Beregi, Budapest (H)
W. Bernard, Düsseldorf (D)
F. Böhmer, Wien (A)
T. v. der Cammen, Rotterdam (NL)
T.I. Diepgen, Heidelberg (D)
T. Frühwald, Wien (A)
G. Gaßmann, Erlangen (D)
D. Grob, Zürich (CH)
B. Grubeck-Loebenstein, Innsbruck (A)
H. Gutzmann, Berlin (D)
K. Hager, Hannover (D)
R. Hardt, Mainz (D)
L. Hegyi, Bratislava (SLO)
H. W. Heiss, Freiburg (D)
R.D. Hirsch, Bonn (D)
B.J. Höltmann, Grevenbroich (D)
K.M. Koeppen, Berlin (D)
O.V. Korkuschko, Kiew (UA)
A. Kurz, München (D)
C. Lucke, Isernhagen (D)
F. Müller- Spahn, Basel (CH)
H.G. Nehen, Essen (D)
I. Nitschke, Leipzig (D)
P. Oster, Heidelberg (D)
L. Pientka, Bochum (D)
P. Pietschmann, Wien (A)
K. Pils, Wien (A)
W. von Renteln-Kruse, Hamburg (D)
W. Reuter, Leipzig (D)
E. Rütger Göttingen (D)
A. Ruiz-Torres, Madrid (E)
J. Schulz, Berlin (D)
J. Schulze, Dresden (D)
U. Schwantes, Berlin (D)
F.W. Schwartz, Hannover (D)
W.O. Seiler, Basel (CH)
C. Sieber, Nürnberg (D)

E. Steinhagen-Thiessen, Berlin (D)

K.H. Tragl, Wien (A)

Senior Editors

H. Häfner, Mannheim (D)
E. Müller, Norderstedt (D)
W. Ries, Leipzig (D)
G. Schlierf, Heidelberg (D)
R.M. Schütz, Lübeck (D)
H.B. Stähelin, Basel (CH)
R. Willvonseder, Wien (A)

Junior Editors

F. Bopp-Kistler, Zürich (CH)
M. Bruchez, Sierre (F)
Ph. Chassagne, Rouen (F)
E. Dejaeger, Leuven (B)
D. Felsenberg, Berlin (D)
R. Kressig, Thonex (CH)
A. Kwetkat, München (D)
D. Lüttje, Osnabrück (D)
R. Mucbe, Ulm (D)
H.J. Naurath, Neumünster (D)
H.D. Pfisterer, Heidelberg (D)
R. Püllen, Velbert (D)
G. Stoppe, Göttingen (D)
A. Welz-Barth, Wuppertal (D)

European Journal of Geriatrics

Organ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG),
der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) und des
Dachverbandes der Gerontologischen und Geriatrischen Gesellschaften Deutschlands e.V. (DVGG)

Herausgeber: E. Lang, Erlangen; G. Kolb, Lingen-Ems; I. Füsgen, Velbert

INHALT

EURO J GER. VOL. 12 (2010) No. 1

■ EDITORIAL

E. LANG
Wissenschaft und Praxis für ältere Menschen
Science and practice for elderly people 5

■ ÜBERSICHT / REVIEW

W. BANZER, M. BACH, M. BÜRKLEIN, K. LUCKI,
L. VOGT
Confounder des lokomotorischen Ergebnisses
geriatrischer Rehabilitation
*Confounders of the locomotor outcome of geriatric
rehabilitation* 6

■ ORIGINALIA / CLINICAL INVESTIGATIONS

H. FLEISSNER, D. STERNAT, S. SEIWALD, G. KAPP,
G. KAUDER, B. RAUTER, R. KLEINDIENST,
J. HÖRMANN
Therapeutisches Klettern verbessert Selbständigkeit,
Mobilität und Gleichgewicht bei geriatrischen
Patienten
*Therapeutic climbing improves independence,
mobility and balance in geriatric patients* 12

M. SCHULER, D. RAZUS, P. OSTER, K. HAUER
Geriatrische Patienten mit Rücken und Bein-
schmerzen – Therapieerfolgskontrolle durch
Schmerzmessung während des Transfers vom
Liegen in den Sitz
*Monitoring pain therapy in geriatric patients
with back and leg pain by means of pain intensity
measurement during transfer from a supine to a
sitting position* 17

■ FORUM GERIATRICUM

J. M. WENDERLEIN
Die ältere Frau im Fokus der gynäkologischen
Onkologie
*The elderly woman in the focus of geriatric
oncology* 27

S. SCHILLING
Literaturreferat: Einfluss einer Vitamin-D-
Substitution auf die Sturzhäufigkeit bei älteren
Patienten
*Literature report: Influence of vitamin D
supplementation on the frequency of falls in
elderly patients* 34

■ BERICHTE AUS DEN ARBEITSGRUPPEN / REPORTS FROM THE WORKING- GROUPS

G. KOLB
Geriatrische Onkologie DGG / DGHO
Geriatric oncology DGG / DGHO 35

■ MITTEILUNGEN DER DGG, ÖGGG UND DES DVGG / COMMUNICATIONS OF THE DGG, THE ÖGGG, AND THE DVGG

Protokoll der 8. Mitgliederversammlung des DVGG
Minutes of the 8th DVGG members' meeting 39
Ausschreibung des Förderpreises
Geriatrische Onkologie
*Tendering for the Promotional Prize
Geriatric Oncology* 42

Protokoll der Mitgliederversammlung anlässlich der 18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

Minutes of the DGG members' meeting at the 18th Annual Congress of the German Geriatric Society (DGG) 43

■ KONGRESSKALENDER /
CONGRESS CALENDAR 46

■ IMPRESSUM / IMPRINT 51

■ EDITORIAL BOARD 2

■ HINWEISE FÜR AUTOREN /
AUTHORS GUIDELINES 4

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
E-Mail: ELang@t-online.de

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 or clinical investigations 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.

All texts submitted in English will be checked by an English native speaker.

Manuscripts

Manuscripts should conform to the Uniform Requirements of the International Committee of Medical Journal Editors (N Engl J Med 1997, 336: 309-315, <http://www.icmje.org/>) For texts in German the new German orthography is binding. Use „Duden: Medizinische Fachausdrücke“ for spelling.

The summary should provide the context or background for the study as well as the studies's purposes and basic procedures, main findings, and principal conclusions. It should emphasize new and important aspects of the study or observations. The title and key words in German and English must follow the summary.

All manuscripts must be submitted by e-mail (ELang@t-online.de). Exceptions will only be made in justifiable cases. The following word processors are accepted:

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

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): 358-361.
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

Wissenschaft und Praxis für ältere Menschen

E. LANG

Unter diesem Leitmotiv stand das diesjährige „Forum für Geriatrie und Gerontologie“, das in der Zeit vom 08.03.–11.03.10 wiederum in Bad Hofgastein stattfand. Vorträge und Posterpräsentationen machten dem Anliegen des Veranstalters, der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie sowie dem Ludwig-Boltzmann-Institut für angewandte Gerontologie, alle Ehre. Sie zeigten nachdrücklich die unabdingbare gegenseitige Abhängigkeit von Wissenschaft und Praxis gerade in der Geriatrie.

Bereits die Vorträge und Diskussionen zum Thema „Frailty und Sarkopenie“ am Eröffnungstag im Plenarsaal ließen unzweifelhaft erkennen, dass Geriatrie keineswegs nur die Innere Medizin des höheren Lebensalters ist, was nach wie vor vielerorts behauptet wird. Die erdrückende demographische Entwicklung und vor allem die Wahrnehmung der zunehmenden geriatrischen Besonderheiten in den Kliniken und Praxen lassen jedoch ein allmähliches Umdenken erkennen.

Auch die vorliegende Ausgabe des European Journal of Geriatrics belegt die Notwendigkeit gemeinsamer Bemühungen von Wissenschaft und Praxis für ältere Menschen.

So weisen *W. Banzer* et al., Frankfurt, in einem Übersichtsbeitrag auf die überragende Relevanz lokomotorischer Funktionseinschränkungen als Prädiktor von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie Mortalität hin. Dabei würden die Ergebnisse funktioneller Testverfahren und des Rehabilitationserfolges nicht unwesentlich von geriatrispezifischen Einflussfaktoren (Confounders) beeinflusst.

Therapeutisches Klettern hat seit kurzem Eingang in neurorehabilitative Programme gefunden. *H. Fleissner* et al., Kötschach-Mauthen, konnten in ihrer Untersuchung an 95 Patienten, die sich vor allem auf Selbstständigkeit, Mobilität, Gleichgewicht und Sturzhäufigkeit konzentrierte, nachweisen, dass therapeutisches Klettern bei ihren geriatrischen Patienten zu signifikanten Verbesserungen hinsichtlich Selbstständigkeit und Mobilität im Vergleich zu konventioneller Physiotherapie führt. Die Sturzhäufigkeit konnte im selben Ausmaß reduziert werden, wie dies in der physiotherapeutischen Kontrollgruppe der Fall war.

In einer weiteren Originalarbeit berichten *M. Schuler*, Mannheim, und *D. Razus*, *P. Oster* und *K. Hauer*, Heidelberg, über Therapieerfolgskontrollen bei geriatrischen Patienten mit Rücken- und Beinschmerzen durch Schmerzmessung während des Transfers vom Liegen in die sitzende

Position. In ihrer Schlussfolgerung weisen sie darauf hin, dass insbesondere in der frühen Phase der Rehabilitation von geriatrischen Patienten mit muskuloskelettal bedingten Rücken- und Beinschmerzen der Transfer am häufigsten durchführbar ist und am sensitivsten zur Überwachung einer Schmerztherapie geeignet erscheint. Die transferinduzierte Schmerzintensitätsmessung könne bei der überwiegenden Zahl der geriatrischen Klinikpatienten ohne großen Zeitaufwand durchgeführt werden; auch wenn sie ernsthaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

J. Wenderlein, Ulm, berichtet im „Forum geriatricum“ über die „Ältere Frau im Focus der gynäkologischen Onkologie“. Der Bericht bezieht sich auf drei bundesweit nach dem Konzept der Nord-Ostdeutschen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie, der UFK Hamburg-Eppendorf sowie der Charité-Campus Virchow-Klinikum Berlin mit Unterstützung der Firma medac organisierte Workshops für die gynäkologische Praxis.

Ebenfalls im „Forum geriatricum“ finden Sie ein Literaturreferat zum Einfluss einer Vitamin-D-Substitution auf die Sturzhäufigkeit bei älteren Patienten, das *S. Schilling*, Trier, zusammengefasst hat. Nach diesem Referat ist davon auszugehen, dass bei über 80 % der älteren Patienten ein Vitamin-D-Mangel besteht. Dabei wurde aus der Metanalyse einer randomisierten Kontrolluntersuchung bei 1921 Patienten in sieben der eingeschlossenen Studien eine Reduktion des Sturzrisikos um 19 % (relatives Risiko 0,81) festgestellt. In diesen Studien war allerdings eine höhere Vitamin D-Dosis (700-1000 IE tgl.) verabreicht worden. Der Unterschied bei der üblichen Dosierung (200-600 IE tgl.) war hinsichtlich der Verringerung der Stürze nicht signifikant.

Als neue Rubrik werden Sie künftig im European Journal of Geriatrics „Berichte aus den Arbeitsgruppen“ finden. In dieser Ausgabe steht diesmal die Geriatrische Onkologie DGG/DGHO im Blickfeld. *G. Kolb*, der 1999/2000 zusammen mit *C. Bokemeier* die Arbeitsgruppe gegründet hat, berichtet über deren Aktivitäten in den vergangenen zehn Jahren. Die verschiedenen Arbeitsgruppen der Gesellschaft seien in diesem Zusammenhang daran erinnert, möglichst bald die bereits von Mitherausgeber Herrn Prof. *Kolb* erbetenen Berichte einzusenden.

E. Lang, Editor in Chief

Übersicht / Review

Confounder des lokomotorischen Ergebnisses geriatrischer Rehabilitation

W. BANZER¹, M. BACH², M. BÜRKLEIN¹, K. LUCKI¹, L. VOGT¹¹Abteilung Sportmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main, Germany²Geriatrische Klinik, St Elisabethen-Krankenhaus Frankfurt/Main, Germany

Zusammenfassung

Empirische Studien und systematische Reviews belegen die überragende Relevanz von lokomotorischen Funktionseinschränkungen als Prädiktor von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sowie Mortalität. Primärziel geriatrischen Handelns ist es, im Sinne einer Restitutio ad optimum auch bei bestehender Multimorbidität durch Priorisierung die Funktionalität zu verbessern und wiederherzustellen um individuelle Mobilität zu gewährleisten. Lokomotorische Testverfahren sind wesentlicher Bestandteil des multidimensionalen geriatrischen Assessments und gewährleisten die Erfassung und Therapie funktioneller Defizite. Allerdings werden sowohl die Ergebnisse funktioneller Testverfahren als auch des Rehabilitationserfolges nicht unwesentlich von geriatrispezifischen Faktoren beeinflusst. Nachfolgend werden u.a. mit assistiven Hilfsmitteln, kognitiven Defiziten, Schmerz, Malnutrition, Inkontinenz, funktionellem Status und Morbidität wesentliche Determinanten der lokomotorischen Funktions- und Ergebnisevaluation skizziert, die bei der Interpretation und Studiendurchführung in der Rehabilitation zu berücksichtigen sind.

Schlüsselwörter

Geriatrische Rehabilitation – Confounder – lokomotorische Funktionstests – Ergebnisevaluation

Summary

Confounders of the locomotor outcome of geriatric rehabilitation:

Systematic reviews and empirical studies prove the outstanding relevance of locomotor restrictions as prognostic factors for mortality and the need for external assistance and care. In terms of “restitutio ad optimum”, the primary goal of geriatric care is to improve and restore functional capacity and to provide individual mobility by prioritisation, even in multimorbid patients. Locomotive tests are essential components of multidimensional geriatric assessment by providing for the diagnosis and therapy of functional deficits. However, the results of functional tests and the rehabilitation response are considerably influenced by specific geriatric factors. The following paper outlines assistive devices, cognitive deficits, pain, malnutrition, incontinence, functional level and morbidity as relevant determinants for evaluation of function as well as the outcome of the rehabilitation process. These predictors have to be considered in the conduct and interpretation of studies within rehabilitative settings.

Key words

Geriatric rehabilitation – confounders – locomotive tests – outcome evaluation

Lokomotorische Testverfahren ermöglichen die präzise Detektion funktioneller Defizite der Mobilität, Kraft und Balance und sind wesentlicher Bestandteil eines standardisierten, multidimensionalen und interdisziplinären geriatrischen Assessments [45]. Als Funktionstests sind sie stark assoziiert mit unterschiedlichen Faktoren des Gesundheitsstatus und prädiktiven Endpunkten wie Oberschenkelhalsfrakturen, Pflegebedürftigkeit und Mortalität [27]. Wiederholungsmessungen, z.B. im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation, bestätigen Richtigkeit und Angemessenheit gewählter Interventionen und gewährleisten den für Anbieter und Krankenkassen erforderlichen Effektivitätsnachweis im Rahmen der Qualitätssicherung [45, 56].

Aufgrund der Spezifika des geriatrischen Patienten bedarf sowohl die Beurteilung der lokomotorischen Funktion als auch des Rehabilitationserfolges auf der Grundlage funktioneller Testergebnisse stets der Beachtung besonderer Einflussfaktoren. Neben altersbedingten Involutionen bei eingeschränkter Reservekapazität gelten klinische, funktionelle (Immobilität, herabgesetzte Belastbarkeit/Gebrechlichkeit) und kognitive Beeinträchtigungen sowie deren Interaktion als potentielle Hindernisse beim Erreichen von Rehabilitationszielen [53]. Die Abhängigkeit von Gehhilfen zur Fortbewegung, persistierende Schmerzen, Fehl- und Mangelernährung, Inkontinenz, Komorbidität und Multimedikation sind weitere Merkmalskomplexe des geriatrischen Syndroms, die als interne und externe Prädiktoren für den Grad der funktionellen Wiederherstellung modulierenden Einfluss auf die Ergebnisse lokomotorischer Funktionstests und das Outcome der Rehabilitation besitzen [36, 40]. Eine ausschließlich Haupt- und Nebenzielparameter fokussierende testtheoretische Betrachtung motorischer Evaluationsinstrumente scheint vor diesem Hintergrund im klinischen und speziell im geriatrischen Setting nicht ausreichend. Mit einer kritischen Besprechung wesentlicher konfundierender Variablen lokomotorischer Funktionstests versucht die vorliegende Übersichtsarbeit einen Beitrag zu dieser Thematik zu leisten.

ASSISTIVE HILFSMITTEL – GEHHILFEN

Die Verordnung technischer Hilfsmittel besitzt in der geriatrischen Rehabilitation einen hohen Stellenwert. Gehhilfen gelten als entscheidende Faktoren zur Kompensation motorischer Defizite und für den Erhalt motorischer Fähigkeiten auf höchstmöglichem Level [7]. Die hohe Nutzerzufriedenheit und Effizienz von Gehhilfen im Alltag belegen erste Studien [54]. Während *Bateni & Maki* [4] die Nutzung von Rollatoren mit einem erhöhten Sturzrisiko assoziieren, welches jedoch durch optimale Anpassung, Einweisung und angemessene Benutzung minimierbar erscheint [41], konnte in weiteren Studien neben einer signifikanten Reduktion der Sturzangst eine Abnah-

me des Sturzrisikos nachgewiesen werden [2]. *Alkjaer et al.* [1] hingegen gehen von einer Verminderung mobilitätsassoziierter ADL-Funktionen durch regelmäßige Hilfsmittelnutzung aus. Differierende Studien zur Ganggeschwindigkeit, als valider Indikator für ADL-Funktionen [7], beschreiben entweder keine signifikanten Veränderungen in Abhängigkeit der Rollatornutzung [1, 49], eine signifikante Zunahme der Gehgeschwindigkeit [2] oder eine signifikante, hilfsmittelassoziierte Geschwindigkeitsreduktion [61]. Darüber hinaus werden hilfsmittelbedingte Beeinflussungen biomechanischer [1] und physiologischer [16] Parameter sowie der Gang- und Gleichgewichtscharakteristik [24] diskutiert.

Die Erfahrung im Umgang mit Gehhilfen scheint die Ergebnisse in funktionellen Tests gleichsam zu beeinflussen. *Lucki et al.* [38] untersuchten den Einfluss der Rollatornutzung auf die Gehgeschwindigkeit und den Timed-up-and-Go-Test (TuG) bei einer a priori anhand der individuellen Rollatorvorerfahrung stratifizierten Stichprobe geriatrischer Rehabilitanden. Im TuG-Test als validem Prädiktor zur Quantifizierung von Mobilität und lokomotorischer Kapazität [1], erreichten Rollatornutzer bessere Testleistungen als Probanden ohne Gehhilfe. Die selbstgewählte Ganggeschwindigkeit nahm unabhängig von der Vorerfahrung in allen Gruppen zu. In Übereinstimmung mit weiteren Studien [2, 54] lässt sich eine unmittelbare Steigerung des Sicherheitsgefühls im Umgang mit dem Rollator ableiten. Die Ergebnisse dokumentieren den modulierenden Einfluss der Rollatorvorerfahrung auf Veränderungen der Mobilität und indizieren die sorgfältige Dokumentation der Hilfsmittelnutzung im Rahmen der motorischen Funktionstestung.

Die Einflüsse von Rollatoren auf die Rehabilitationsergebnisse in der Geriatrie wurden aktuell von *Vogt et al.* [57] untersucht. Die dabei erzielten Ergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede der a priori in Abhängigkeit ihrer Rollatorvorerfahrung stratifizierten Gruppen für das Resultat der Rehabilitation. Nutzer von Rollatoren profitierten im Hinblick auf Verbesserungen der Mobilitäts-, Kraft- und Gleichgewichtsfähigkeiten unabhängig vom Erfahrungslevel in vergleichbarem Umfang von den rehabilitativen Maßnahmen wie Patienten ohne Gehhilfe. Eine freiwillige und/oder auf Empfehlung basierende Nutzung von Rollatoren interferiert demzufolge nicht mit dem rehabilitativen Outcome respektive dem lokomotorischen Rehabilitationsfortschritt. Allerdings ist zu beachten, dass die Verordnung assistiver Hilfsmittel vielfach erst im Verlauf der Rehabilitation erfolgt, so dass neben einer mangelnden Vergleichbarkeit der Vorher/Nachher-Testergebnisse davon auszugehen ist, dass der Erfolg der rehabilitativen Intervention nicht unwesentlich auf dem Einsatz der Gehilfe beruht. Im Hinblick auf die Qualitätssicherung

sollte insbesondere im längsschnittlichen Ansatz bei Beachtung ausreichender Eingewöhnungsphasen vor und nach der Intervention unter konstanter Verwendung der Gehhilfe getestet werden.

KOGNITIVER STATUS

Kognitive Beeinträchtigungen gelten als wesentliches Hindernis für die erfolgreiche Durchführung und Zielrealisierung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen [29]. Beispielsweise verstehen kognitiv beeinträchtigte geriatrische Patienten die therapeutischen Anweisungen im Rehabilitationsverlauf häufig nicht, so dass lokomotorische Tests zwar Verbesserungen des funktionellen Status infolge der fachlichen, spezifischen Testanweisungen dokumentieren, aber keine langfristige Wirksamkeit der Maßnahme erzielt werden kann. Bis zu 67% der geriatrischen Patienten weisen kognitive Defizite bis hin zu dementiellen Zustandsbildern auf [59].

Muir & Johannes [43] schlussfolgern in ihrer aktuellen Übersichtsarbeit, dass aufgrund der unzureichenden Datenlage und geringen Studienqualität sowie variierender Erhebungs- und Analysemethoden derzeit keine generalisierbaren Rückschlüsse zum Einfluss kognitiver Beeinträchtigungen auf das Rehabilitationsergebnis bei geriatrischen Patienten möglich sind. Während einige Autoren [11, 31] keine kognitionsassoziierten Beeinträchtigungen der Rehabilitationsmaßnahmen ermitteln konnten, dokumentieren andere Studien [22, 30, 32, 36] lediglich begrenzte Funktionsverbesserungen und mäßige Rehabilitationsergebnisse bei kognitiv Beeinträchtigten. *Moncada et al.* [42] ermittelten vergleichbare kurzfristige Verbesserungen der ADL-Funktionen bei signifikant längerer Rehabilitationsdauer bei kognitiv eingeschränkten geriatrischen Patienten gegenüber intakten Rehabilitanden. Ein differenziertes Bild zeigen die Ergebnisse der Längsschnittstudie von *Vogt et al.* [58]. Im Vergleich zur Aufnahmeuntersuchung zeigte sich unabhängig vom kognitiven Status bei Beendigung des stationären Aufenthalts für nahezu zwei Drittel aller geriatrischen Patienten eine signifikant verbesserte Fortbewegungsfunktion. Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung wiesen allerdings ein 3,4 mal (Odds Ratio 95 %-CI = 1,4–8,6) höheres Sturzrisiko auf. Lediglich 24 % der kognitiv Beeinträchtigten konnten zum Entlassungszeitpunkt Treppen ohne oder mit nur leichten Schwierigkeiten bewältigen. Diese Resultate dokumentieren in Übereinstimmung mit weiteren Studien [31] eine kognitionsunabhängige, rehabilitationsbedingte Gesamtverbesserung der Gang- und Fortbewegungsfunktion mit Steigerungen der allgemeinen Fähigkeit, funktionelle Alltagsaktivitäten auszuführen oder Beiträge zur Selbstversorgung zu leisten. Gleichzeitig imponiert bei kognitiv Beeinträchtigten eine im Vergleich zu intakten Rehabilitan-

den defizitäre Beweglichkeit und lokomotorische Funktion bei erhöhter Wahrscheinlichkeit einer absehbaren Pflegebedürftigkeit [25].

SCHMERZ

Chronische Schmerzen im Alter sind mit der Gefahr erheblicher funktioneller Einbußen und dem Verlust an Selbstständigkeit assoziiert [39]. Wenngleich für das Jahr 2020 in Deutschland von etwa drei Millionen chronisch Schmerzkranken bei den über 65-Jährigen auszugehen ist [6] und 47–80 % der geriatrischen Schmerzpatienten nicht oder lediglich inadäquat algesiologisch behandelt werden [3], gewinnt das Thema Schmerz erst langsam an Bedeutung. Obgleich einzelne Studien [17] den limitierenden Einfluss der Schmerzintensität auf die körperliche Leistungsfähigkeit und ADL-Funktionen beschreiben, ist die aktuelle Datenlage zur schmerzassoziierten Modulation der lokomotorischen Funktion und des Rehabilitationsprozesses rar. Der Einfluss der Schmerzintensität (Numeric rating scale, NRS) auf die individuelle lokomotorische Leistungsfähigkeit und Sturzangst wurde von *Hübscher et al.* [33] unlängst bei Patienten mit spinaler Osteoporose gezeigt. Patienten mit starken Schmerzen (NRS: 7–10) wiesen neben einer signifikant geringeren Beinkraft und Gehgeschwindigkeit sowie eingeschränkter Balance eine gesteigerte Sturzangst (Falls-Efficacy-Scale International Version, FES-I) auf. Patienten mit stärkeren Schmerzen (NRS \geq 5) hatten eine 6,4-fach (Odds Ratio; 95 %-CI: 1,5–26,7) höhere Wahrscheinlichkeit für unterdurchschnittliche Ergebnisse der funktionellen Tests sowie der sturzassoziierten Selbstwirksamkeitserwartung. Unabhängig von bestehenden Wirbelsäulenfrakturen oder vorausgegangenem Stürzen dokumentieren diese Resultate in Übereinstimmung mit *Liu-Ambrose et al.* [37], dass das aktuelle Schmerzempfinden sowohl die lokomotorische Leistungsfähigkeit als auch die Sturzangst beeinflusst. Diese schmerzassoziierten Einflüsse bedürfen ungeachtet der ursächlichen Schmerzquelle einer besonderen Beachtung bei Interpretation und Vergleich lokomotorischer Funktionsuntersuchungen.

MALNUTRITION

Mit einer Prävalenz von 20–60 % der geriatrischen Krankenhauspatienten ist die Malnutrition die häufigste Komorbidität [46]. Übersichtsarbeiten [9, 12, 46] belegen einen direkten, negativen Zusammenhang zwischen Mangelernährung und Schwere der Primärerkrankung sowie einer erhöhten Komplikationsrate, längeren Klinikverweildauer, verringerten Lebensqualität und steigendem Mortalitätsrisiko.

Obgleich einige Studien einen ernährungsbedingt eingeschränkten funktionellen Status nachweisen konnten

[13], ist die Datenlage zum modulierenden Einfluss des Ernährungsstatus auf das lokomotorische geriatrische Assessment rar. Beispielsweise könnte Fehlernährung infolge eines Kraftdefizits die funktionellen Testergebnisse negativ beeinflussen und gleichzeitig zu einem positiven Rehabilitationsergebnis führen, das letztlich primär auf die Effektivität der Ernährungsumstellung zurückgeht.

Die Resultate der retrospektiven Studie von Guo et al. [26] zeigten in Übereinstimmung mit Kaur et al. [34] keine signifikanten Unterschiede für die Verbesserung der funktionellen Kapazität (Functional Independence Measure, FIM) zwischen mangelernährten und nicht mangelernährten Krebspatienten. Demgegenüber konnten Neumann et al. [44] und Ghisla et al. [22] bei geriatrischen, mangelernährten Patienten signifikant geringere Verbesserungen der lokomotorischen Funktion und des Rehabilitationsergebnisses ermitteln. Übereinstimmend selektierten Hersbkovitz et al. [32] einen schlechten Ernährungszustand als wesentlichen Prädiktor erzielbarer Rehabilitationsergebnisse. Die Autoren weisen auf eine möglichst frühzeitige Diagnose und Ernährungstherapie hin, die sowohl Voraussetzung für den Erhalt bzw. die Verbesserung der individuellen Funktionalität, Aktivität und Rehabilitationsergebnisse als auch ein Erfolgsprädiktor für die rehabilitative Zielerreichung zu sein scheint.

INKONTINENZ

Schätzungen gehen von etwa vier Millionen Harninkontinenten in Deutschland aus [19]. Bei Befragungen im hausärztlichen Wartezimmer geben allerdings 37–45, 5 % der Patienten an, unter unfreiwilligem Harnabgang zu leiden [55]. Der Inkontinenz wird im aktuellen wissenschaftlichen Kontext im Rahmen des „Disablement Process-Modells“ ein direkter Einfluss auf die Pathogenese von funktionellen Einschränkungen und Behinderungen zugesprochen. Sie gilt u.a. als Gebrechlichkeitsindikator und Risikofaktor für funktionellen Abbau und reduzierte körperliche Aktivität bei erhöhtem Sturz- und Frakturrisiko [10].

In einer aktuellen Studie evaluierten Fusco et al. [20] den Einfluss von Inkontinenz auf das rehabilitative Outcome bei geriatrischen Patienten. Die Ergebnisse zeigten lediglich bei 33% der Patienten rehabilitationsassoziierte Verbesserungen der ADL-Funktionen. Neben kognitiven und sensorischen Einschränkungen sowie Depressionen erwies sich eine bestehende Harninkontinenz als signifikanter Prädiktor eingeschränkter funktioneller Verbesserungen. Dieses Ergebnis steht in guter Übereinstimmung mit weiteren Studien [5, 30, 60], die von einem modulierenden Einfluss der Inkontinenz auf das Outcome funktioneller Testverfahren sowie den Rehabilitationserfolg berichten und die Bedeutung der Berücksichtigung einer vorliegen-

den Blasenschwäche im Rahmen der Evaluation und Interpretation von Studien unterstreichen.

FUNKTIONELLER STATUS, KOMORBIDITÄT UND MULTIMEDIKATION

Der funktionelle Status vor Rehabilitationsbeginn gilt als bedeutsame Determinante der erreichbaren lokomotorischen Funktionsverbesserung in der Geriatrie [9]. Hersbkovitz et al. [32] konnten signifikant größere Rehabilitationserfolge im Sinne verbesserter lokomotorischer Fähigkeiten bei funktionell intakten Rehabilitanden gegenüber funktionell eingeschränkten geriatrischen Patienten evaluieren. Dieser Befund wird in weiteren Studien bestätigt [5, 9, 30, 60] und um signifikant negative Zusammenhänge, u.a. mit der stationären Aufenthaltsdauer, Wiedereinweisung und Mortalität ergänzt [8].

Als bedeutende Risikofaktoren für Fähigkeitsstörungen gelten Vor- und Begleiterkrankungen. Modellhafte Berechnungen gehen von etwa 40–50 % chronisch Kranken in der geriatrischen Rehabilitation aus [21]. Der Anteil multimorbider geriatrischer Patienten im Sinne einer Prävalenz von drei und mehr Vorerkrankungen beträgt je nach Studie zwischen 10–64 % [15]. Ko- und Multimorbidität summieren sich nicht nur in ihren funktionsbeeinträchtigenden Effekten, sondern wirken sich häufig komplex synergistisch negativ aus [51]. Die Cardiovascular Health Study [18] liefert eine Übersicht modulierender Einflüsse verschiedener Erkrankungen und Gesundheitsstörungen auf unterschiedliche Komponenten funktioneller Alltagsanforderungen. Im Hinblick auf die lokomotorische Funktions- und Ergebnisevaluation ermittelten Patrick et al. [48] einen negativen Zusammenhang zwischen Komorbidität und Effektivität stationärer, geriatrischer Rehabilitation. Mit zunehmenden Begleiterkrankungen zeigten sich signifikant geringere Verbesserungen des funktionellen Status, unabhängig von Alter, kognitiven Defiziten und depressiven Symptomen. Übereinstimmend bestätigen Campbell et al. [9] in ihrem systematischen Review die prädiktive Bedeutung einer bestehenden Ko- respektive Multimorbidität sowohl für die Ergebnisse der funktionellen Verbesserungen als auch für das Treatment-Outcome.

Multimorbidität und Mobilitätsstörungen korrespondieren zumeist mit einer medikamentösen Mehrfachbehandlung. Durch Multimedikation wird der geriatrische Patient a priori zum Risikopatient bei steigender Wahrscheinlichkeit für mögliche Abweichungen vom avisierten Therapieziel (Non-Compliance) [50]. Eingeschränkte Rehabilitationserfolge bei Multimedikation wiesen u.a. Keepnews et al. [35] nach. Darüber hinaus wird sie als iatrogenes sturzassoziiertes Merkmal beschrieben [14]. Im Sinne einer evidenzbasierten Ergebnisevaluation empfehlen Hanke & Füsgen [28] die syste-

matische Erfassung und Berücksichtigung arzneimittelassoziierter funktioneller, psychischer und sozialer Einschränkungen im Rahmen des geriatrischen Medikationsassessment.

SCHLUSSFOLGERUNG UND FAZIT

In zahlreichen Studien und systematischen Übersichten werden u.a. mit Depressionen [9, 20, 32], neurologischen Defiziten [30], sensorischen respektive visuellen und auditiven Beeinträchtigungen [20, 36], psychosozialen [23, 47] und motivationalen Aspekten [52] sowie dem Alter [60] weitere Einflussfaktoren auf lokomotorische Funktionstests und Rehabilitationsprozesse beschrieben.

Die vorliegende Übersichtsarbeit verdeutlicht, dass die skizzierten klinischen, funktionellen, kognitiven und psychosozialen Determinanten sowohl die funktionellen Testergebnisse als auch das Interventionsergebnis der Rehabilitation beeinflussen und eine differenzierte Beurteilung und interpretatorische Berücksichtigung erfordern.

Zwar stellen die erörterten Einflussfaktoren mögliche Indikatoren für ein ungünstiges Behandlungsergebnis dar, dennoch sollten sie nur in Ausnahmefällen Ablehnungsgrund für rehabilitative Maßnahmen sein. Auch geriatrische Patienten mit komplizierten Behandlungsverläufen und ausgeprägter Begleitsymptomatik erreichen nachweisbare Verbesserungen ihrer Mobilitätskompetenz bei Optimierung klinischer, physischer und psychosozialer Komponenten.

Literatur

- Alkjaer T, Larsen PK, Pedersen G, Nielsen LH, Simonsen EB: Biomechanical analysis of rollator walking. *Biomedical Engineering Online* (2006) doi: 10.1186/1475-925X-5-2
- Balash Y, Hadar-Frumer M, Herman T et al.: The effects of reducing fear of falling on locomotion in older adults with higher level gait disorder. *J Neural Transm* 114 (2007) 1309-1314
- Basler HD: Schmerz im Alter, Interdisziplinärer Arbeitskreis Schmerz im Alter. Lukon Verlag, Puchheim 1999
- Batani H, Maki BE: Assistive devices for balance and mobility: benefits, demands, and adverse consequences. *Arch Phys Med Rehabil* 86 (2005) 134-145
- Becker G, Kruse A, Tronnier J et al.: Rehabilitationsverlauf und Nachhaltigkeit – Erste Ergebnisse einer Studie zur Rehabilitation älterer Schlaganfallpatienten. *Z Gerontol Geriatr* 39 (2006) 365-370
- Brabant T, Junker U, Sarnow E, Tilke C, Brassler M: Verbesserte Alltagskompetenz und Funktionalität bei geriatrischen Patienten mit chronischen Schmerzen – eine Anwendungsbeobachtung mit retardiertem Tilidinphosphat/Naloxon. *Eur J Geriatr* 10, 1 (2008) 22-27
- Brand A, Iwarsson S, Stahl A: Satisfaction with rollators among community-living users: a follow-up study. *Disabil Rehabil* 25 (2003) 343-353
- Cameron ID & Kurrle SE: Rehabilitation and older people. *MJA* 177 (2002) 387-391
- Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR: A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital *Age and Ageing* 33 (2004) 110-115
- Coll-Planas L, Denking MD, Nikolaus T: Relationship of urinary incontinence and late-life disability: Implications for clinical work and research in geriatrics. *Z Gerontol Geriatr* 41 (2008) 283-290
- Colombo M, Guaita A, Cottino M, Previdere G, Ferrari S, Vitali S: The impact of cognitive impairment on the rehabilitation process in geriatrics. *Arch Gerontol Geriatr* 9, Suppl. (2004) 84-92.
- Correia MI, Waitzberg DL: The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 22, 3 (2003) 235-239
- Crogan NL, Pasvogel A: The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 58 (2003) 159-164
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin: DEGAM-Leitlinie Nr. 4: Ältere Sturzpatienten. omokron publishing 2004. www.degam-leitlinien.de
- Drastig O, Drastig P: Identifikation von Einflussfaktoren bei Patienten mit proximaler Femurfraktur (PFF) zur Vorhersage des Behandlungs- und Rehabilitationserfolgs. *Eur J Geriatr* 9, 1 (2007) 14-20
- Eggermont LH, van Heuvelen MJ, van Keeken BL et al.: Walking with rollator and the level of physical intensity in adults 75 years of age or older. *Arch Phys Med Rehabil* 87 (2006) 733-736
- Ekström H, Elmstahl S: Pain and fractures are independently related to lower walking speed and grip strength: results from the population study "Good Ageing in Skåne". *Acta Orthop* 77 (2006) 902-911.
- Ettinger WH, Fried LP, Harris T et al.: Self-reported causes of physical disability in older people: The Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc* 42 (1994) 1035-1044
- Füsigen I: Die vielen Aspekte der Harninkontinenz - ein großes, noch immer nicht vollständig gelöstes Problem. *Eur J Geriatr* 9, Suppl. 1 (2007) 4-5.
- Fusco D, Bochicchio GB, Onder G et al.: Predictors of Rehabilitation Outcome Among Frail Elderly Patients Living in the Community. *J Am Med Dir Assoc* 10, 5 (2009) 335-341
- Gerste B, Niemeyer M, Lauterberg J (2000) Wieviel chronisch Kranke gibt es? – Annäherungen mit Hilfe einer Analyse von Routinedaten. In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg.) *Krankenhaus-Report '99*. Schattauer, Stuttgart, New York, 67-92
- Ghisla MK, Cossi S, Timpini A et al.: Predictors of successful rehabilitation in geriatric patients: subgroup analysis of patients with cognitive impairment. *Aging Clin Exp Res* 19, 5 (2007) 417-423
- Giusti A, Barone A, Oliveri M et al.: An analysis of the feasibility of home rehabilitation among elderly people with proximal femoral fractures. *Arch Phys Med Rehabil* 87, 6 (2006) 826-831
- Goldstein FC, Strasser DC, Woodard JL, Roberts VJ: Functional outcome of cognitively impaired hip fracture patients on a geriatric rehabilitation unit. *J Am Geriatr Soc* 45 (1997) 35-42
- Gorgon E, Said C, Galea M: Mobility on discharge from an aged care unit. *Physiotherapy Research International* 12, 2 (2007) 72-81
- Guo Y, Palmer JL, Kaur G et al.: Nutritional status of cancer patients and its relationship to function in an inpatient rehabilitation setting. *Support Care Cancer* 13 (2005) 169-175
- Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF et al.: Lower Extremity Function and Subsequent Disability: Consistency Across Studies, Predictive Models, and Value of Gait Speed Alone Compared With the Short Physical Performance Battery. *J Gerontol* 55, 4 (2000) M221-M231
- Hanke F, Füsigen I: Medikationssicherheit bei geriatrischen Patienten. *Eur J Geriatr* 11, 2 (2009) 58-63
- Hauer K, Becker C, Lindemann U, Beyer N: Effectiveness of physical training on motor performance and fall prevention in cogni-

- tively impaired older persons: A systematic review. *Am J Phys Med Rehabil* 85 (2006) 847-857
30. Hegener K, Krause T, von Renteln-Kruse W: Faktoren für ein ungünstiges Ergebnis stationärer rehabilitativer Behandlung hochaltriger geriatrischer Patienten mit erstem ischämischen zerebralen Infarkt. *Z Gerontol Geriatr* 40 (2007) 457-462
 31. Hershkovitz A, Brill S: The association between patients' cognitive status and rehabilitation outcome in a geriatric day hospital. *Disab Rehab* 29, 4 (2007) 333-337
 32. Hershkovitz A, Kalandarov Z, Hermush V et al.: Factors Affecting Short-Term Rehabilitation Outcomes of Disabled Elderly Patients With Proximal Hip Fracture. *Arch Phys Med Rehab* 88, 7 (2009) 916-921
 33. Hübscher M, Vogt L, Schmidt K, Fink M, Banzer W: Perceived pain, fear of falling and physical function in women with osteoporosis. *Arch Phys Med Rehabil* (under review)
 34. Kaur S, Miller MD, Halbert J, Giles LC, Crotty M: Nutritional status of adults participating in ambulatory rehabilitation. *Asia Pac J Clin Nutr* 17, 2 (2008) 199-207
 35. Keepnews D, Capitman JA, Rosati RJ: Measuring patient-level clinical outcomes of home health care. *J Nurs Scholarsh.* 2004; 36 (1): 79-85
 36. Landi F, Bernabei R, Russo A et al. Predictors of Rehabilitation Outcomes in Frail Patients Treated in a Geriatric Hospital. *J Am Geriatr Soc* 50 (2002) 679-684
 37. Liu-Ambrose T, Eng JJ, Khan KM et al.: The influence of back pain on balance and functional mobility in 65- to 75-year-old women with osteoporosis. *Osteoporos Int* 13, 11 (2002) 868-873
 38. Lucki K, Bach M, Banzer W, Vogt L: Walker Use Affects Timed Up and Go and Gait Speed Measures. *J Am Geriatr Soc* 57, 10 (2009) 1963-1965
 39. Maier C: Besonderheiten bei Patienten mit chronischen Schmerzen. In: Diener HC, Maier C: *Das Schmerztherapie-Buch*. Urban und Schwarzenberg, München (1997) 6-14.
 40. Michel JP, Hoffmeyer P, Klopfenstein C: Prognosis of functional recovery 1 year after hip fracture: Typical patient profiles through cluster analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 55A (2000) M508-M515
 41. Mitchell KD, Newton RA: Performance-oriented mobility assessment (POMA) balance score indicates need for assistive device. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* 1, 3 (2006) 183-189
 42. Moncada LV, Andersen RE, Franckowiak SC, Christmas C: The impact of cognitive impairment on short-term outcomes of hip fracture patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 43, 1 (2006) 45-52
 43. Muir SW, Yohannes AM: The impact of cognitive impairment on rehabilitation outcomes in elderly patients admitted with a femoral neck fracture: a systematic review. *J Geriatr Phys Ther* 32, 1 (2009) 24-32
 44. Neumann SA, Miller MD, Daniels L, Crotty M: Nutritional status and clinical outcomes of older patients in rehabilitation. *J Hum Nutr Diet* 18, 2 (2005) 129-136
 45. Nikolaus T: Das geriatrische Assessment. Aktueller Kenntnisstand hinsichtlich der Eignungskriterien (Diskrimination, Prädiktion, Evaluation, Praktikabilität). *Z Gerontol Geriatr* 34, Suppl (2001) 36-42
 46. Norman K, Lochs H, Pirlich M: Malnutrition als prognostischer Faktor. *Chir Gastroenterol* 20 (2004) 175-180
 47. Ostir GV, Goodwin JS, Markides KS et al.: Differential effects of premorbid physical and emotional health on recovery from acute events. *J Am Geriatr Soc* 50, 4 (2002) 713-718
 48. Patrick L, Knoefel F, Gaskowski P, Rexroth D: Medical comorbidity and rehabilitation efficiency in geriatric patients. *J Am Geriatr Soc* 49, 11 (2001) 1471-1477
 49. Protas EJ, Raines ML, Tissier S: Comparison of Spatiotemporal and Energy Cost of the Use of 3 Different Walkers and Unassisted Walking in Older Adults. *Arch Phys Med Rehabil* 88 (2007) 768-773
 50. Renteln-Kruse von W, Thiesemann R, Haase M: Medikamentöse Behandlung und Sekundärprävention. In: Blum HE, Haas R (Hrsg) *Determinanten der Schlaganfall-Rehabilitation. Ergebnisse der Prospektiven Albertinen-Haus Schlaganfall-Studie (PASS)*. Publikationen der Jung-Stiftung für Wissenschaft und Forschung, Band 10. Thieme, Stuttgart, New York (2000) 92-104
 51. Renteln-Kruse von W.: Epidemiologische Aspekte der Morbidität im Alter. *Z Gerontol Geriatr* 34, Suppl 1, (2001) I/10-I/15
 52. Resnick B: Geriatric rehabilitation: the influence of efficacy beliefs and motivation. *Rehabil Nurs* 27 (2002) 152-159
 53. Runge M, Rehfeld G: *Geriatrische Rehabilitation im therapeutischen Team*. Thieme, Stuttgart (2001)
 54. Samuelsson K, Wressle E: User satisfaction with mobility assistive devices – An important element in the rehabilitation process. *Disabil Rehabil* 30 (2008) 551-558
 55. Shaw C, Gupta RD, Bushnell DM, Assassa RP, Abrams P, Wagg A et al.: The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms. *Fam Pract* 23, 5 (2006) 497-506
 56. Vogel W, Braun B: Qualitätssicherung geriatrisch-rehabilitativer Krankenhausbehandlung. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 94 (2000) 95-100
 57. Vogt L, Lucki K, Bach M, Banzer W.: Rollator use and functional outcome of geriatric rehabilitation. *J Rehab Res Devel.* (in press)
 58. Vogt L, Wieland K, Bach M, Himmelreich H, Banzer W: Cognitive status and ambulatory rehabilitation outcome in geriatric patients. *J Rehabil Med* 40, 10 (2008) 876-878.
 59. Welz-Barth A, Stella S, Füsgen I: Häufigkeit kognitiver Störungen in der Geriatrischen Rehabilitation Incidence of Cognitive Dysfunction in Geriatric Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror* 17 (2007) 94-97
 60. Wu AW, Yasui Y, Alzola C et al.: Predicting functional status outcomes in hospitalised patients aged 80 years and older. *J Am Geriatr Soc* 48, Suppl. 5 (2000) 6-15
 61. Youdas JW, Kotajarvi BJ, Padgett DJ, Kaufman KR: Partial weight-bearing gait using conventional assistive devices. *Arch Phys Med Rehabil* 86 (2005) 394-398

FÜR DIE VERFASSER:

PROF. DR. DR. WINFRIED BANZER,
 ABTEILUNG SPORTMEDIZIN,
 JOHANN WOLFGANG GOETHE-UNIVERSITÄT,
 FRANKFURT/MAIN,
 GINNHEIMER LANDSTRASSE 39,
 60487 FRANKFURT/MAIN
 GERMANY
 E-MAIL: BANZER@SPORT.UNI-FRANKFURT.DE

received/eingegangen: 19.01.2010

accepted/angenommen: 14.02.2010

Originalie / Clinical investigation

Therapeutisches Klettern verbessert Selbständigkeit, Mobilität und Gleichgewicht bei geriatrischen Patienten

H. FLEISSNER, D. STERNAT, S. SEIWALD, G. KAPP, G. KAUDER, B. RAUTER, R. KLEINDIENST, J. HÖRMANN

Landeskrankenhaus Laas, Kötschach-Mauthen, Austria

Zusammenfassung

Fragestellung: Therapeutisches Klettern hat rezent Eingang in neurorehabilitative Programme gefunden. Im Rahmen unserer Studie wollten wir untersuchen, ob diese Form der Therapie auch in der Rehabilitation geriatrischer Patienten zu messbaren Verbesserungen führen kann.

Methode: Wir untersuchten 95 Patienten unserer Abteilung für Akutgeriatrie im Anschluss an die akutmedizinische Therapie in Hinblick auf Selbständigkeit, Mobilität, Gleichgewicht sowie Sturzhäufigkeit. Davon waren 48 Personen in der Zielgruppe mit therapeutischem Klettern an der Kletterwand in geringer Höhe und 47 Personen in der Kontrollgruppe mit konventioneller physiotherapeutischer Intervention. Das mittlere Alter in der Zielgruppe betrug 81,0 Jahre, in der Kontrollgruppe 81,5 Jahre. Im Rahmen des geriatrischen Assessments wurden u.a. der Timed-Up-and-Go-Test, der Mobilitätstest nach Tinetti und eine Handkraftmessung durchgeführt, sowie der Barthel-Index und eine Sturzanamnese erhoben. Alle Patienten erhielten fünf Therapieeinheiten zu je 30 Minuten.

Ergebnisse: Beim Timed-Up-and-Go-Test, Mobilitätstest nach Tinetti, der Handkraftmessung sowie dem Barthel-Index kam es während der Beobachtungszeit in beiden Gruppen zu einer signifikanten Verbesserung. Im Zeitraum von vier Monaten nach Therapieende gab es zudem weniger Stürze als während der vier Monate vor Therapiebeginn in beiden Gruppen.

Weiterhin zeigten sich signifikante Verbesserungen in der Klettergruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe beim Timed-Up-and-Go-Test, beim Mobilitätstest nach Tinetti und Barthel-Index. Bezüglich Handkraftstärke und Sturzhäufigkeit nach Therapie war allerdings kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachweisbar.

Schlussfolgerungen: Therapeutisches Klettern führte bei unseren geriatrischen Patienten zu signifikanten Verbesserungen in Bezug auf Selbständigkeit und Mobilität im Vergleich zu konventioneller Physiotherapie und konnte die Sturzhäufigkeit im selben Ausmaß reduzieren wie dies in der Kontrollgruppe der Fall war. Das Kletterwand-Training wies eine hohe Akzeptanz bei den Patienten auf. Unsere Ergebnisse zeigen, dass therapeutisches Klettern als innovative Therapieform auch in der Rehabilitation geriatrischer Patienten zielführend und sicher eingesetzt werden kann.

Schlüsselwörter

Therapeutisches Klettern – geriatrische Patienten – Handkraftmessung – Mobilität – Gleichgewicht – Sturz – Physiotherapie – Rehabilitation – Selbständigkeit

Summary

Therapeutic climbing improves independence, mobility and balance in geriatric patients:

Objective: Therapeutic climbing has recently been introduced to neurological functional rehabilitation programmes. We wanted to investigate whether this form of therapy may also contribute to significant progress in functional rehabilitation of geriatric patients.

Method: After completion of their medical therapy we studied 95 patients from our geriatric ward on the basis of activities of daily living (ADL, Barthel-index), mobility, balance, and number of falls. Forty-eight of these in-

dividuals were included in the target group practising therapeutic low-level climbing on a boulder wall, and 47 persons received conventional physiotherapy as a control group. The mean age of the target group was 81.0 years, that of the control group was 81.5 years. As part of the geriatric assessment we performed the timed up & go test, the Tinetti test, measured hand grip strength and surveyed activities of daily living by the Barthel-index and history of number of falls. All the patients had undergone 5 therapeutic units lasting 30 minutes each.

Results: According to the timed up & go test, the Tinetti test, handgrip strength and ADL we observed significant improvement in both groups in our study. The number of falls decreased significantly in both groups during the four-month observation period after therapy compared with the four months before therapy started.

Furthermore, significant improvements were achieved by therapeutic climbing with respect to the timed up & go test, the Tinetti test and ADL in comparison to the control group. However, no significant difference could be observed between the two groups regarding handgrip strength or incidence of falls after therapy.

Conclusions: Therapeutic climbing led to significant improvements in activities of daily living and mobility in our geriatric patients compared to conventional physiotherapy. It was able to reduce the incidence of falls as much in the control group. Therapeutic climbing was highly appreciated by our patients. Our results demonstrate the successful and secure approach of innovative therapeutic climbing for functional rehabilitation of geriatric patients.

Key words

therapeutic climbing – geriatric patients – handgrip strength – mobility, balance – falls – physiotherapy – rehabilitation – activities of daily living

Untersuchungen zeigen, dass 30 Prozent aller über 65-Jährigen mindestens einmal pro Jahr stürzen, 50 Prozent aller über 80-Jährigen stürzen einmal jährlich. Neben den weitreichenden und leidvollen Folgen für die Betroffenen haben Stürze auch eine beachtliche gesundheitspolitische Dimension [12]. Etliche der gestürzten Personen werden aus dem stationären Bereich mit erhöhtem Pflegeaufwand entlassen oder müssen bei vorheriger Selbstständigkeit in einen Pflegebereich umziehen.

Klettern ist zu einer Trendsportart der Gegenwart geworden und hat sich in den letzten Jahren in Form des therapeutischen Kletterns in einige rehabilitative medizinische Bereiche integrieren lassen. Ob auch geriatrische Patienten vom Klettern profitieren könnten war bislang kaum untersucht und wurde daher nur in geringem Ausmaß in Erwägung gezogen. Mäßige Erfolge in der Verbesserung von Kraft und Beweglichkeit konnten in einer Diplomarbeit an neun gesunden Senioren nachgewiesen werden [11]. Unserem Wissen nach gibt es jedoch bislang keine wissenschaftliche Untersuchung an einer größeren Probandengruppe, die der Frage nachgeht, welche Effekte das therapeutische Klettern bei älteren Patienten ausübt.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu untersuchen, ob therapeutisches Klettern bei geriatrischen Patienten die Selbstständigkeit und Mobilität sowie das Gleichgewicht verbessern und die Sturzhäufigkeit reduzieren kann. Es sollte exploriert werden, ob therapeutisches Klettern als eine neue Behandlungsoption in die Rehabilitation geriatrischer Patienten integriert werden kann. Unser spezielles

Interesse galt der Fragestellung, ob therapeutisches Klettern effektiver als herkömmliche Therapiemethoden in Bezug auf die Verbesserung der Selbstständigkeit, auf Mobilität und Gleichgewicht wirkt und zu einer Reduktion der Sturzhäufigkeit führen kann.

METHODIK

Im Rahmen des geriatrischen Assessments wurden unter anderem folgende Verfahren durchgeführt: Timed-Up-and-Go-Test [13], Mobilitätstest nach Tinetti [8], beidseitige Handkraftmessung [5, 6] und Barthel-Index [10] jeweils zu Beginn und am Ende der Therapie. Die Sturzanamnese wurde für den Zeitraum von vier Monaten vor Therapiebeginn bis zu vier Monaten nach Therapieende erhoben. Der erste Zeitabschnitt konnte dabei nur mehr retrospektiv, der zweite allerdings prospektiv betrachtet werden. Zusätzlich wurden Alter, Geschlecht, Hilfsmittelverwendung und die Sturzrisikoeinschätzung nach *Huhn* [4] (Modifiziert nach Abington Memorial Hospital, Dept. Of Nursing, Pennsylvania, USA, 1998) bei der Erstvorstellung erfasst.

An der Vorselektion für die Studie nahmen all jene Patienten teil, die in einem Zeitraum von acht Monaten an unserer Abteilung für Akutgeriatrie aufgenommen wurden und bei denen die akutmedizinische Therapie abgeschlossen worden war. Sie durften den Timed-Up-and-Go-Test nicht in weniger als zehn Sekunden absolvieren und es durften keine medizinischen Ausschlusskriterien vorliegen. Auch Patienten, die vor Abschluss von fünf Therapieeinheiten entlassen wurden, mussten von der Auswertung

ausgeschlossen werden. Zu Beginn der Studie wurden die folgenden medizinischen Ausschlusskriterien festgelegt: akute Infektion oder Fieber, akutes Koronarsyndrom, Herzinsuffizienz im NYHA Stadium III oder IV sowie kardiale Dekompensation, Zustand nach Thorakotomie vor weniger als sechs Wochen, aktuelle Fraktur, Epilepsie oder eine dementielle Erkrankung (wegen fehlender Einverständnissfähigkeit, Mini-Mental-State-Test < 19 Punkte [2]). Folgende Ausschlussgründe mussten im Verlauf der Studie noch hinzugenommen werden: akute Lungenembolie, Aortenaneurysma mit Dissektionsgefahr, Hautläsionen palmar oder plantar sowie Gangrän im Vorfußbereich.

Die Studienpatienten wurden nach Beachtung der Ausschlusskriterien randomisiert einer Zielgruppe mit therapeutischem Klettern bzw. einer Kontrollgruppe mit konventioneller Physiotherapie zugeordnet. Alle Messungen erfolgten nach einem Blinddesign. Es wurden Alter, Geschlecht, Hilfsmittelverwendung, Timed-Up-and-Go-Test, Mobilitätstest nach Tinetti und Sturzanamnese, die Handkraft und Sturzrisikoeinschätzung sowie der Barthel-Index erfasst. Für die Teilnahme an der Studie wurde von den Patienten nach Aufklärung ein schriftliches Einverständnis eingeholt.

Insgesamt wurden 95 Patienten (48 Personen in der Zielgruppe und 47 Personen in der Kontrollgruppe) im Rahmen der Studie untersucht. Das mittlere Alter in der Zielgruppe betrug 81,0 Jahre (Frauen : Männer = 60,4 % : 39,6 %), in der Kontrollgruppe 81,5 Jahre (Frauen : Männer = 63,8 % : 36,2 %). 334 Patienten mussten im Endeffekt aus oben genannten Gründen oder fehlendem Einverständnis von der Studie ausgeschlossen werden.

Die Patienten wurden fünf Therapieeinheiten zu je 30 Minuten unterzogen. Die Therapie der Zielgruppe war therapeutisches Klettern an der Kletterwand. Die Griffe sind in einem Bohrlochrastrer von 15 mal 15 Zentimetern angebracht, die Griffgröße hat zumindest Sprossenwandniveau [14]. Die verwendete Kletterwand bestand aus einem horizontal angeordneten senkrechten und einem um zwei Grad nach außen geneigten Teil, wobei beide Teile je 180 Zentimeter breit und 290 Zentimeter hoch waren. Die Therapie erfolgte zur Minimierung des Risikos allgemein in Bodennähe, die Sicherheit des Patienten war durch Turnmatten am Boden und Sicherung durch den Therapeuten gegeben [9]. Das Aufwärmen spielt beim therapeutischen Klettern wie bei jeglicher anderen Sport- und Therapieform eine große Rolle, um Verletzungen vorzubeugen. Mit leichten Greif- und Griffübungen sowie Trittvorsuchen an der Kletterwand wurde in der Zielgruppe aufgewärmt. Dies ist jedoch kein „Einklettern“ wie aus dem Bereich des Sportkletterns bekannt, sondern der Versuch, Gelenke durch Steigerung des Synovialflüssigkeitsanteiles und Muskeln am Therapiegerät durch Steigerung des Stoffwechsels und der Durchblutung vorzubereiten. Als Belastbarkeitsparameter während den

Einheiten wurde die Kontrolle der Herzfrequenz, der Atemfrequenz, die Sauerstoffsättigung (Pulsoximeter) und/oder der Blutdruckwert (Oberarmmanschette) gewählt. Selbstverständlich wurde auf die allgemeine Verfassung des Patienten im Verlauf der Einheit geachtet, dies ist jedoch als subjektiver Parameter zu sehen.

Die Therapie der Kontrollgruppe war definiert durch Gangschulung nach *Klein-Vogelbach* [7] sowie Kraft- und Gleichgewichtsübungen. Das Krafttraining erfolgte in geschlossener Kette zur Steigerung der Kraftfähigkeit v.a. der unteren Extremitäten und des Rumpfes, das Gleichgewichtstraining wurde auf labilen und stabilen Unterlagen mit offenen bzw. geschlossenen Augen durchgeführt. Schnellkraftkomponenten wurden in das Training miteinbezogen.

Zuerst wurden die beiden Gruppen bezüglich ihrer Ausgangswerte vor der Therapie verglichen. Es zeigten sich nur tendenzielle Unterschiede in der Sturzrisikoeinschätzung nach *Huhm* ($p = 0,056$; Zielgruppe: $M = 12,4$ und Kontrollgruppe: $M = 14,0$) und in der Handkraft rechts ($p = 0,052$; Zielgruppe: $M = 205,4$ N und Kontrollgruppe: $M = 168,9$ N). Bei Alter, Geschlecht, Hilfsmittelverwendung, Timed-Up-and-Go, Mobilitätstest nach Tinetti, Handkraft links, Barthel-Index und Anzahl der Stürze vier Monate vor Therapiebeginn unterschieden sich die Gruppen ebenfalls nicht.

Die statistische Analyse erfolgte mit SPSS Software 7.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Es handelt sich um ein Vorher/nachher-2-mal-2-Studiendesign (Zeit mal Gruppe). Ausgewertet wurde mittels einer einfaktoriellen Kovarianzanalyse mit Differenzwerten gebildet aus „vor-“ und „nach der Therapie“. Die tendenziellen Unterschiede in der Sturzrisikoeinschätzung sowie der Handkraft rechts wurden in der Auswertung berücksichtigt.

ERGEBNISSE

Im longitudinalen Vergleich kam es bei beiden Gruppen zu einer Verbesserung beim Barthel-Index, dem Timed-Up-and-Go-Test sowie dem Mobilitätstest nach Tinetti und der Handkraft links ($p < 0,005$). Beim Barthel-Index gewann die Zielgruppe 11,4 Punkte und die Kontrollgruppe 9,1 Punkte. Die Differenz ist statistisch signifikant ($p = 0,017$). Es verbesserten sich beide Gruppen im Vorher/Nachher-Vergleich signifikant bei den folgenden Items: Bett-(Roll-) Stuhltransfer, Gehen auf Flurebene, Treppensteigen, An- und Auskleiden (sämtlich $p < 0,001$), Essen, Waschen, Harninkontinenz (jeweils $p < 0,01$), Toilettenbenutzung und Baden (jeweils $p < 0,05$). Es kam jedoch zu keiner Verbesserung bei der Stuhlkontinenz. Allerdings zeigte sich bei den Einzelitems kein Gruppenunterschied beim Vergleich der Differenzwerte von „vor-“ und „nach der Therapie“, d.h. die Zielgruppe hat in keinem Einzelitem eine Signifikanz gegenüber der Kontrollgruppe erreicht und erst in der Summenbetrachtung des Barthel-Index zeigt sich der Vorteil in der Klettergruppe.

Im Timed-Up-and-Go-Test zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Zielgruppe um 6,4 Sekunden und der Kontrollgruppe um 3,5 Sekunden. Auch diese Differenz ist statistisch signifikant ($p = 0,001$). Im Tinetti-Test kam es zu einer Verbesserung der Zielgruppe um 4 Punkte und der Kontrollgruppe um 2,6 Punkte. Dieser Unterschied ist ebenfalls signifikant ($p = 0,006$). Sowohl beim Balancetest als auch in der Gehprobe kam es in beiden Gruppen zu einer Verbesserung von vorher auf nachher ($p < 0,05$) (Tab. 1). Im Balancetest zeigte sich eine tendenzielle Verbesserung der Zielgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Erstere hat um 1,98 Punkte und Zweitere um 1,18 Punkte zugelegt. Diese Differenz ist allerdings knapp nicht statistisch signifikant ($p = 0,059$). Beim Gehtest legte die Zielgruppe um 1,76 Punkte und die Kontrollgruppe um 1,04 Punkt zu. Diese Differenz ist statistisch signifikant ($p = 0,036$).

Die Handkraft rechts betreffend hatte die Zielgruppe einen höheren Ausgangswert und hat nicht mehr profitiert als die Kontrollgruppe. Die erstere hat um 24,8 N gewonnen und die zweite um 23 N. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Bei der Handkraft links hat sich die Zielgruppe um 27,1 N verbessert und die Kontrollgruppe um 10 N. Dieser Unterschied ist knapp nicht signifikant geworden ($p = 0,069$).

In der Sturzhäufigkeit zeigte sich zwischen den Gruppen kein Unterschied. Vier Monate nach Therapieende gab es jeweils weniger Stürze ($M = 0,33$) als vier Monate vor Therapiebeginn ($M = 0,99$).

DISKUSSION

Beim Timed-Up-and-Go-Test als Maß für die Mobilität verbesserten sich die Ziel- und die Kontrollgruppe. Beide steigerten sich in der Klassifizierung von der Gruppe der Patienten mit eingeschränkter Mobilität und funktionellen Aus-

wirkungen (Zeitdauer 20 bis 29 Sekunden) zur Gruppe der Patienten die weniger mobil sind, bei denen aber noch keine Einschränkungen für die Erfordernisse des täglichen Lebens bestehen (Zeitdauer 11 bis 19 Sekunden) [13]. Im Gruppenvergleich verbesserte sich die Mobilität signifikant höher in der kletternden Zielgruppe als in der Kontrollgruppe.

Beim Mobilitätstest nach Tinetti erreichte die Zielgruppe einen Mittelwert von 20,6 Punkten, welcher deutlich höher lag als in der Kontrollgruppe. Die statistische Aufschlüsselung zeigt, dass der Mobilitätsteil des Tests für die Signifikanz verantwortlich zeichnet, während der Balanceteil nur eine Tendenz widerspiegelt. In der Interpretation des Tests konnte damit in dieser Gruppe das Sturzrisiko von „signifikant erhöht“ auf „eventuell erhöht“ reduziert werden. Das Sturzrisiko der Kontrollgruppe muss allerdings unverändert als „signifikant erhöht“ eingestuft werden.

Dass sich die Handkraft durch therapeutisches Klettern verbessern könnte, war zu Beginn der Studie eine Erwartungshaltung. Hier zeigten sich allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen Zielgruppe und Kontrollgruppe. Ursache dafür könnte sein, dass beim therapeutischen Klettern mehr die Gesamtkörpermuskulatur trainiert wird als spezifisch die Hand- und Unterarmmuskulatur. Da die Handkraft rechts in beiden Gruppen vor Therapiebeginn bereits höher war als links, konnte aber von vornherein ein nicht so starker Anstieg erzielt werden wie es bei der Handkraft links der Fall war.

Die Erhebung der Sturzanamnese erfolgte für den Zeitraum von vier Monaten vor Therapiebeginn bis zu vier Monate nach Therapieende. In beiden Gruppen reduzierte sich die Sturzhäufigkeit nach dem Ende der Therapie. In der Sturzhäufigkeit zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen. In diesem Zusammenhang muss angemerkt werden, dass Gang und Gleichgewicht nur einzelne Aspekte des

Variable	Zielgruppe				Kontrollgruppe				p
	vorher		nachher		vorher		nachher		
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	
Timed Up & Go-Test (s)	20,63	11,95	14,21	6,23	21,94	8,39	18,38	7,06	0,001
Mobilitätstest n. Tinetti (Pkt)	16,58	3,45	20,58	2,94	16,72	3,46	19,19	3,33	0,006
Balancetest	8,90	2,17	10,88	2,12	8,93	2,18	10,11	2,09	0,059
Gehtest	8,02	1,77	9,78	1,59	8,09	1,78	9,13	1,46	0,036
Handkraft rechts (N)	205,42	100,38	230,21	112,62	168,93	79,0	191,92	87,34	0,887
Handkraft links (N)	169,17	100,82	196,25	106,42	157,87	74,51	167,87	76,27	0,069
Barthel-Index (Pkt)	75,52	21,27	86,88	16,17	68,83	18,24	77,87	16,08	0,017

Tab. 1: Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD) in Abhängigkeit von Gruppe und Zeitpunkt der Variablen Timed-Up-and-Go, Mobilitätstest nach Tinetti mit Aufschlüsselung in Balance- und Gehtest, Handkraft rechts, Handkraft links und Barthel-Index. „p“ gibt die Signifikanz der Differenz der Werte vor- und nach der Therapie im Gruppenvergleich an.

Sturzrisikos darstellen. Andere Risikofaktoren, wie etwa die Einnahme von Sedativa, kognitive Beeinträchtigungen und Aufmerksamkeitsdefizite wiegen laut Literaturangaben stärker [15]. Darin liegt unserer Meinung nach auch ein wahrscheinlicher Grund für dieses Ergebnis. Limitierend für die Studie muss angeführt werden, dass die Sturzanamnese teils retrospektiv und teils prospektiv durchgeführt werden musste und somit von der Erinnerungsfähigkeit der Patienten und der subjektiven Definition des Ereignisses beeinflusst worden sein könnte.

Bei der Betrachtung des Barthel-Index erreichte die Zielgruppe am Ende der Therapie eine Gesamtpunktzahl von 86,9. Das bedeutet, dass die Teilnehmer am therapeutischen Klettern ein signifikant höheres Maß an Selbständigkeit erreicht haben als die Teilnehmer der Kontrollgruppe, die im Mittel 77,9 Punkte erreichten. Aus den negativen statistischen Ergebnissen der Einzelitems beim Barthel-Index lässt sich folgern, dass nur durch die Summenbildung ein Signifikanzniveau zu erreichen war und keinem der einzelnen Items dabei eine überragende Rolle zugekommen ist, obwohl bei der Beurteilung pflegebedürftiger alter Menschen prinzipiell einzelne Items eine größere Bedeutung haben können als der Summenscore [2].

Insgesamt konnten also mit therapeutischem Klettern sehr positive Ergebnisse erzielt werden. Eine große Rolle spielte sicherlich auch der Motivationsfaktor. Rein subjektiv konnte von den behandelnden Therapeuten eine große Bereitschaft von Seiten der Patienten zur aktiven Mitarbeit beim therapeutischen Klettern festgestellt werden. Während der Klettereinheiten waren die meisten Patienten deutlich motiviert und ausdauernd, hatten Freude an der Bewegung und trainierten unbewusst Kraft, Gleichgewicht, Koordination und Beweglichkeit. Außerdem ist die Ganzkörperspannung, die beim therapeutischen Klettern aufgebaut wird, zu erwähnen [1]. Diese Form der Ganzkörperspannung ist wohl spezifisch für das Therapiemedium Kletterwand. Durch die Aktivität an der Kletterwand kann dadurch periphere Bahnung geschaffen und koordinative Fähigkeiten trainiert werden. Diese ermöglicht komplexere Bewegungsmuster, mehr Ausdauer und eine höhere Beweglichkeit.

SCHLUSSFOLGERUNG

Mobilität und Selbständigkeit, gemessen mittels Tinetti-Test und Barthel-Index, konnten durch therapeutisches Klettern signifikant im Vergleich zu konventioneller Physiotherapie verbessert werden. Die Sturzhäufigkeit konnte jedoch auch durch konventionelle Physiotherapie signifikant reduziert werden. Die vorliegende Studie zeigt, dass therapeutisches Klettern als eine innovative Therapieform auch in der Rehabilitation geriatrischer Patienten sinnvoll, sicher und zielführend eingesetzt werden kann.

Danksagung

Für die Mithilfe bei der Datenerhebung für die vorliegende Studie gebührt ein Dank Dr. Gerhard Martin, Dr. Josef Sulzenbacher, dem Team der Pflegekräfte an der Geriatrie Laas sowie Hr. Patrick Braunsberger.

Literatur:

1. Flecken G, Heise-Flecken D: Klettern in der Halle. Meyer & Meyer Verlag, Aachen, 2008
2. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 1975; 12 (3) 189-198.
3. Gatterer G.: Multiprofessionelles Geriatriches Assessment. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 2007; 20 (2/3): 125-134.
4. Huhn S: Stolperfälle Alter. *Die Schwester / Der Pfleger*, 2002; 09: 228-228.
5. Hyatt RH, Whitelaw MN, Bhat A, Scott S, Maxwell JD: Association of muscle strength with functional status of elderly people. *Age Ageing*, 1990; 19 (5): 330-336.
6. Kirkpatrick JE: Evaluation of grip loss. *Calif Med*, 1956; 85 (5): 314-320.
7. Klein-Vogelbach S: Funktionelle Bewegungslehre. Bewegung lehren und lernen. 5. Aufl. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2000.
8. Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM Jr, Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC, Tinetti ME: A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med*, 1990; 112 (9): 699-706.
9. Lazik D: Therapeutisches Klettern. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2007.
10. Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med J*, 1965; 14 (2): 56-61.
11. Marfiewicz I: Studie zu den Auswirkungen eines gezielten Klettertrainings mit Senioren. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Sportmedizin und Prävention der Universität Potsdam, Potsdam, 2002.
12. Pierobon A, Funk M: Sturzprävention bei älteren Menschen. Risiken – Folgen – Maßnahmen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2007.
13. Podsiadlo D, Richardson S: The Timed „Up & Go“: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 1991; 39 (2): 142-148.
14. Scharler D: Therapeutisches Klettern – Alpenfeeling in der Praxis. *Physiopraxis*, 2004; 07-08: 40-43.
15. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF: Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*, 1988; 319 (26): 1701-1707.

FÜR DIE VERFASSER:

DR. MED. UNIV. ROMAN KLEINDIENST,
 LANDESKRANKENHAUS-LAAS,
 LAAS 39,
 A-9640 KÖTSCHACH-MAUTHEN
 AUSTRIA
 E-MAIL: ROMAN.KLEINDIENST@KABEG.AT

received/eingegangen: 27.03.2009

accepted/angenommen: 25.08.2009

Originalie / Clinical investigation

Monitoring pain therapy in geriatric patients with back and leg pain by means of pain intensity measurement during transfer from a supine to a sitting position

M. SCHULER¹, D. RAZUS², P. OSTER², K. HAUER²¹Diakonie-Krankenhaus, Mannheim, Germany²Bethanien-Krankenhaus, Geriatric Center of the University of Heidelberg, Heidelberg, Germany

Summary

Background: Musculoskeletal diseases are the most frequent pain disorders in older patients and are often accompanied by movement-induced pain. The aim of the study was to identify movements which were feasible for geriatric patients in the early phase of rehabilitation and sensitive enough to monitor the pain therapy.

Methods: Ten geriatric inpatients (5 with pain in the right leg and 5 in the back) who were able to answer the 11-point numeric rating scale for pain intensity (NRS 0-10) were included in the observational study. Pain intensity was measured while 10 standardised movements were performed (in a supine position, during transfers, in a standing position and while walking) at baseline and at 15, 30 and 45 minutes during i.v. application of morphine sulphate over 45 minutes.

Results: The highest pain intensities were induced by the transfer from a supine to a sitting position (mean NRS: 6.1 SD 2.6). A significant decrease in pain intensity as a result of the intervention was seen only during the transfer at 30 minutes (mean NRS: 3.2 SD 2.3; $p = 0.016$) and at 45 minutes (mean NRS: 2.4 SD 2.2; $p = 0.008$). Procedures carried out in a supine position were less sensitive to treatment, and standing and walking were difficult to perform.

Conclusion: In the early phase of the rehabilitation process in geriatric patients with musculoskeletal back and leg pain, the transfer from a supine to a sitting position is feasible most frequently and is the most sensitive procedure for monitoring pain therapy. Further controlled studies are needed to confirm the results and define the efficacy of long-term pain management using this procedure for monitoring pain intensity.

Key words:

transfer – pain monitoring – geriatric inpatients – musculoskeletal pain – movement

Zusammenfassung

Geriatrische Patienten mit Rücken und Beinschmerzen – Therapieerfolgskontrolle durch Schmerzmessung während des Transfers vom Liegen in den Sitz:

Hintergrund: Muskuloskeletale Erkrankungen sind die häufigsten Schmerzerkrankungen in höherem Lebensalter und gehen häufig mit bewegungsabhängigen Schmerzen einher. Das Ziel dieser Untersuchung lag darin, eine Aktivität zu identifizieren, die bei geriatrischen Patienten in der Frühphase der Rehabilitation durchführbar ist und ausreichend sensitiv ist, den Erfolg einer Schmerztherapie zu messen. Zehn stationäre Patienten (fünf mit überwiegend Rückenschmerzen und fünf mit überwiegend Beinschmerzen), die eine 11er-numerische Schätzskaala beantworten konnten, wurden in die Beobachtungsstudie aufgenommen. Während zehn standardisierten Aktivitäten (u.a. im Liegen, beim Transfer, Stehen und Gehen) wurde die Schmerzintensität vor, nach 15, 30 und 45 Minuten während einer intravenösen Morphin-Applikation erfasst.

Ergebnisse: Die Schmerzen wurde am intensivsten während des Transfers vom Liegen zum Sitzen an der Bettkante angegeben (Mittelwert der NRS: $6,1 \pm 2,6$). Eine signifikante Schmerzreduktion konnte nach 30 (NRS: $3,2 \pm 2,3$; $p = 0,016$) und 45 Minuten (NRS: $2,4 \pm 2,2$; $p = 0,008$) nur während des Transfers gemessen werden. Aktivitäten im Liegen waren weniger veränderungssensitiv gegenüber Behandlung; Stehen und Gehen waren schwierig durchzuführen.

Schlussfolgerung: In der frühen Phase der Rehabilitation von geriatrischen Patienten mit muskuloskelettal bedingten Rücken- und Beinschmerzen ist von den untersuchten Aktivitäten der Transfer am häufigsten durchführbar und am sensitivsten zur Überwachung einer Schmerztherapie. Weitere kontrollierte Studien sollten diese Resultate bestätigen und die Wirksamkeit eines längerfristig angelegten Schmerzmanagements auf der Basis von Intensitätsmessungen während des Transfers prüfen.

Schlüsselwörter

Transfer – Schmerzüberwachung – geriatrischer Patient – muskuloskelettaler Schmerz – Aktivität

It is recommended that all older persons on initial presentation or admission to hospital should be assessed for pain. Furthermore, patients with pain disorders should be reassessed regularly for pain. The assessment should include pain intensity, medication use, response to treatment and associated movements [1].

The measurement of pain intensity and treatment response is usually performed according to the following principles, although there are specific limitations for geriatric patients:

1. Prospectively: the patient is asked to keep a diary to assess and regularly record pain intensity, the situation of increasing pain intensity, pain treatment and pain intensity after treatment. This method is of limited use in the geriatric population due to cognitive and functional impairment.
2. The former method can be adapted to reduced cognitive and functional abilities with the help of health professionals and carers. Such an assessment is time-consuming for the carers and depends, therefore, on the available resources.
3. Retrospectively: A method often used is to ask about pain and about the worst, least or average pain intensity with regard to a time span in the past [13]. However, retrospective pain estimations are inaccurate because they vary as a function of cognition [3]. Furthermore, the pain-increasing circumstances are difficult to assess with this method.

Another important issue is the instrument with which to measure pain intensity. Older adults seem to prefer verbal descriptor scales (VDS). The completion rate of such scales is fairly good, even in cognitively impaired elderly people because VDS relies on simple cognitive tasks (recognition and the ability to point) [6]. A disadvantage of VDS is that the distances between the points cannot be assumed to be equal. The numeric rating scale (NRS), how-

ever, is more sensitive to minor changes in pain intensity and is widely used [12], but it requires higher cognitive abilities than VDS.

Since pain in older people is frequently caused by musculoskeletal disease [8], these patients often have little pain at rest and aggravated pain during movement. Therefore the movement which increases the pain is important in pain monitoring, but so far little attention has been paid to this aspect. The geriatric guidelines for pain management do not specify the evaluation and re-evaluation of treatment efficacy with respect to movement [1, 14].

The aim of this study was to answer the question whether there is a “standard movement” which is suitable for monitoring the most common pain syndromes of geriatric patients. The “standard movement” should increase pain to its maximum and should be sensitive to therapy (e.g. analgesics). The movement should be easy or have been already used by all members of the geriatric team with a high degree of agreement between the patient and the observer regarding the induced pain intensity (inter-rater reliability). Furthermore, the pain intensity measurement during the “standard movement” should not be too time-consuming.

Therefore, we studied several daily living-related movements including lying, transfer, standing and walking procedures in geriatric patients with mainly leg or back pain (see below). We presumed from clinical experience that transfer, as a combined movement – rotation and flexion of the back and flexion of the lower extremity joints – might best fulfil the above-mentioned criteria.

METHODS

We recruited ten patients with non-malignant, persistent pain of musculoskeletal origin, the most frequent, persistent pain in a geriatric hospital. All patients had to be able to answer the 11-point numeric rating scale measuring pain intensity [5]. They were being ineffectively treated with

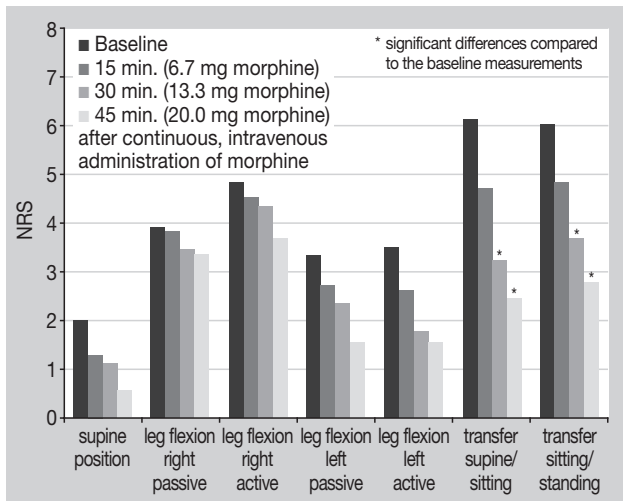


Fig. 1: Mean pain intensity ratings measured with the 11-point numeric rating scale (0-10) during seven movements.

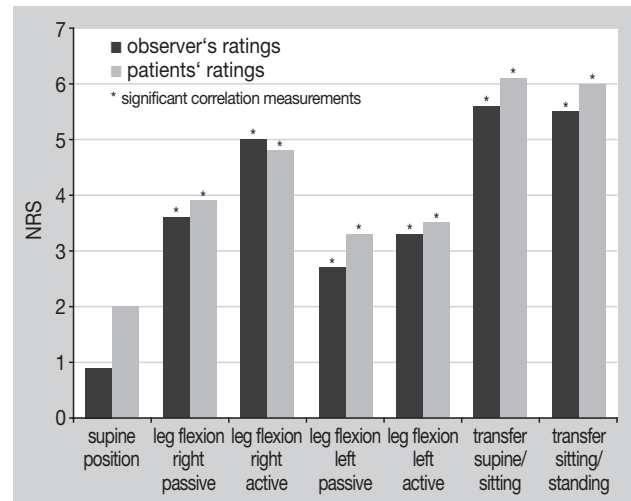


Fig. 2: Mean pain intensity ratings of the patients (n = 10, compared to the observer with the 11-point numeric rating scale 0-10) during seven movements before administration of morphine (baseline measurements). All correlations between the patients' and the observer's ratings are significant with the exception of those in supine position.

non-opioids and the usual non-pharmacological therapies. Four patients were on metamizole, four on paracetamol and two on rofecoxibe at the maximum dose recommended for geriatric patients [1, 14]. They were to state an at least strong impact of pain on physical function. Exclusion criteria were: medical restriction of the movement (e.g. full body weight not allowed on either leg), critical illness, contraindication to i.v. morphine sulphate.

The responsible physician decided to prescribe an opioid for the first time. The indication for opioids followed the recommendation for the treatment of persistent pain in older persons [1]. The patients agreed to the intravenous application of morphine to relieve their pain [11]. All patients gave informed consent for the study.

Age, gender, analgesics and pain diagnosis were recorded from the charts of the patients. Activities of daily living were measured by means of the Barthel Index [10]. Folstein's Mini-Mental State Examination (MMSE) was used for screening cognitive function [7]. Both instruments were carried out on the day of the investigation, followed by questions concerning the pain location and pattern. With an open question the patients were asked to report movements which increased pain intensity to the maximum. Then the patients estimated the pain intensity of ten different movements with a structured protocol in the following order:

1. supine position in the patient's bed (supine position),
2. flexion of the right hip and knee in a supine position by the medical assistant (passive flexion of the right leg),

3. the same procedure with the left leg (passive flexion of the left leg),
4. flexion of the right hip and knee in a supine position by the patient himself/herself (active flexion of the right leg),
5. the same procedure with the left leg (active flexion of the left leg),
6. transfer from a supine position to sitting on the edge of the bed (transfer supine/sitting),
7. transfer from sitting on the edge of the bed to a standing position in front of the bed (transfer sitting/standing),
8. in a standing position the total body weight had to be shifted to the right leg,
9. the same procedure to the left leg.
10. Finally, the pain intensity had to be evaluated during a three-meter walk at "normal" speed. The time needed was measured.

Passive flexion was carried out until resistance occurred or the discomfort of the patient was unbearable. Help from the physician who monitored the morphine titration was allowed if necessary. During all movements the 11-point NRS was used to assess the pain intensity as described by *Farrar et al.* [5] (0 = no pain and 10 = worst conceivable pain).

After the baseline assessment and the injection of 10 mg metoclopramide we gave 20 mg morphine intravenously over 45 minutes. The procedure of morphine titration was adapted from the report of *Kalman et al.* [9]. The maximum dose of morphine was limited to the lowest amount suggested by *Kalman et al.* The time of infusion was ex-

tended from 20 to 45 minutes to allow the pain intensity measurement during all procedures (duration about 1.5 minutes) without major changes in the plasma morphine concentration at 15 and 30 minutes. The three-meter walk was only performed at baseline and at the end of morphine application. We monitored blood pressure, heart rate and respiration every 15 minutes during the intravenous morphine injection.

During the baseline assessment, an observer rated the pain intensity induced by the movements independently of the patients' rating.

Statistical analysis

A mean decrease of 3 points on the NRS was defined as a clinically relevant difference in pain intensity after intravenous application of morphine [12]. In the included patients suffering from serious pain we assumed a standard deviation of 3.0 and calculated a sample size of 10 ($\alpha = 0.05$, $1-b = 0.80$). The Wilcoxon signed-rank was used to interpret changes in pain intensity within the group. The correlations of the pain intensity ratings between the observer and the patients were tested using Spearman's rho correlations.

RESULTS

The mean age of the patients was 81.7 years (range 70–92). Eight patients were female. The mean Barthel Index was 52.5 (range 15–80) and Folstein's Mini Mental State Examination 23.9 (range 19–29). Five patients each reported that the back or the right leg was the main location of pain. The patients were suffering from osteoporosis with vertebral fracture ($n = 2$), lumbar spinal pain of uncertain origin ($n = 3$), osteoarthritis of the hip ($n = 2$) or osteoarthritis of the knee ($n = 3$). Nine patients had suffered from pain for more than one year, and one patient for several weeks. All stated a progress in pain intensity during the past few days to weeks. Five patients needed the help of one person for transfers. Three patients reported continuous pain and seven had pain-free intervals of several hours every day. Six patients asserted the same intensity of pain each time.

One patient stated increasing pain during transfer out of the bed, 4 patients while walking, 4 patients while walking or sitting and 1 patient while bending the back. The table describes the pain intensity of the standardised movements of each patient before morphine titration, the pain location and the movement which the patient thought provoked the maximum pain.

Figure 1 shows the mean maximum pain intensities of all patients during the standardised activities and the change over time during morphine application. The greatest pain was reported during the transfers (mean NRS: supine/sitting: 6.1, standard deviation (SD) 2.6; sitting/standing:

6.0, SD 2.6), followed by the active (mean NRS: 4.8, SD 3.8) and passive (mean NRS: 3.9, SD 3.0) flexion of the right hip and knee. The five patients with mainly right leg pain reported slightly lower mean pain intensity during transfers (supine/sitting 5.4 SD 3.1, sitting/standing 5.2 SD 3.1) than during active (7.4 SD 2.1) and passive (6.2 SD 1.5) flexion of the right leg. Patients with back pain: transfer 6.8 SD 2.0, active flexion right leg 2.2 SD 3.5 and passive flexion right leg 1.6 SD 2.3, respectively.

Compared to the baseline a significant pain reduction was seen during the transfers after 30 minutes of morphine titration (mean NRS: supine/sitting 3.2, SD 2.3; sitting/standing: 3.7, SD 2.1; $p = 0.016$ each) and after 45 minutes (mean NRS: supine/sitting 2.4, SD 2.2; sitting/standing: 2.8, SD 2.3; $p = 0.008$ each).

After 45 minutes the mean pain intensity in the five patients with right leg pain decreased less than that of patients with back pain. Patients with right leg pain: transfer supine/sitting 3.4 SD 2.4, sitting/standing 3.6 SD 2.7, active flexion right leg 5.8 SD 2.5, passive flexion right leg 5.6 SD 1.1; patients with back pain: transfer supine/sitting 1.2 SD 1.5, sitting/standing 1.8 SD 1.2, active flexion right leg 1.0 SD 1.1, passive flexion 0.5 SD 1.0.

However, the reduction in pain intensity after 30 and 45 minutes was higher during transfers than during active or passive flexion in both groups with right leg or back pain.

Three patients could not shift their body weight to one leg. Four patients could not walk three meters either before or after morphine titration. Three patients walked faster after morphine (45/23, 78/53, 32/27 seconds) and three slower (34/40, 27/31, 20/35 seconds). We have therefore not shown data of the pain intensity of weight shifting and walking in the figures.

The observer tended to underestimate the pain compared to the patients (Figure 2). However, the pain intensity measure showed a strong, significant correlation between the observer and the patient (Spearman's rho 0.788–0.975) with one exception. During the supine position in bed the observer rated eight patients without pain, while only five patients reported no pain (Spearman's rho 0.618).

All geriatric patients tolerated the intravenous administration of morphine without major side effects. The mean blood pressure was 126.5 mmHg systolic and 70.5 mmHg diastolic at the beginning, after 15 minutes 126.0/69.5, after 30 minutes 120/68.3 and after 45 minutes 115.6/66.7; the mean heart rate was: 70.4, 69.0, 68.4, 66.0/minute; the mean breathing frequency was: 19.0, 17.0, 17.7, 15.6/minute.

DISCUSSION

The study confirmed our hypothesis that the transfers from a supine position in the patient's bed to sitting on

Patient No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Main pain location										
leg	X	X	X	X	X					
back						X	X	X	X	X
Movement which provokes the maximum pain intensity (patient opinion)										
bending the back	X									
walking		X	X	X	X	X	X	X	X	
sitting					X	X	X	X		
transfer out of bed										X
Maximum pain intensity during the activities measured with the NRS										
supine position	0	0	4	0	5	3	3	0	5	0
passive leg flexion right	6	4	6	7	8	5	0	3	0	0
active leg flexion right	6	5	7	9	10	8	0	3	0	0
passive leg flexion left	6	0	0	6	0	7	5	3	6	0
active leg flexion left	5	0	0	8	0	8	5	3	6	0
transfer supine / sitting	6	6	7	0	8	9	5	6	5	9
transfer sitting / standing	5	6	7	0	8	9	5	6	5	9
shifting body weight to the right leg	n. p.	n. p.	n. p.	8	8	5	0	0	5	0
shifting body weight to the left leg	n. p.	np.	n. p.	4	4	5	3	0	8	0
NRS: 11-point numeric rating scale (0-10); n. p.: not possible										

Table 1: Main pain location, the movement of which the patient thought provoked the maximum pain and pain intensity during the movements of each patient before morphine titration.

the edge of the bed and from sitting to standing increased the pain to maximum in the majority of the geriatric patients and showed the best response to the analgesic therapy. These movements were feasible for all patients.

During the rehabilitation process inpatients with leg and back pain frequently need help to get out of bed. Therefore it does not seem very time-consuming to additionally ask about pain intensity during this movement.

The patients with leg pain rated their maximum pain during active or passive flexion of the leg. Even in these patients the best effect of treatment was seen during the transfers. However, one patient with leg pain (No. 4) had no pain during transfers but during the other movements.

The modified Schober test, which is recommended as an outcome measure for patients with back pain [4], requires stable standing. Because geriatric inpatients may often have difficulties in standing, resulting in falls, the Schober test was excluded from our assessment.

We measured the speed during a three-meter walk in the hope of identifying an objective measure for treatment response. Furthermore, walking is the movement which most patients stated first when they were asked which move-

ments induced the maximum pain. However, only seven patients could shift their body weight to one leg and only six were able to walk three meters. Speed increased in three patients but decreased in the others after intervention. The inconclusive results reflect the fact that the ability to walk is influenced by many factors, e.g. muscle strength, balance, coordination capacity and medication. As is well known in younger patients with persistent pain [2], patients successfully treated in terms of pain intensity may not be able to improve their walking ability immediately without a long-term rehabilitation program. Therefore, standing and walking are unsuitable procedures for monitoring pain in the majority of geriatric inpatients, at least at the beginning of rehabilitation.

We were able to confirm previous findings that the observer underestimated pain and pain intensity of the patient at rest [13]. However, the correlation between the observer and the patients in rating pain during defined movements was rather good. In cognitively impaired or less communicative patients the validity of the pain assessment of the observer may improve if pain intensity is rated during the movement of patients with musculoskeletal diseases, preferably during transfer.

CONCLUSION

Rating the pain intensity experienced by patients during transfers was the most sensitive to analgesics compared to passive or active flexion of the hip and knee in geriatric inpatients with back or leg pain of musculoskeletal origin. The transfer-induced pain intensity measure can be used for the majority of geriatric inpatients without taking a lot of time, even if they are severely restricted in their mobility. Standing and walking procedures were difficult to perform for several patients and are therefore not suitable, at least in the early phase of the rehabilitation process. Randomised controlled studies are needed to investigate the long-term monitoring of pain therapy with the transfer-induced pain intensity measure.

References

1. AGS Panel. The Management of Persistent Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50 (6): 205-224.
2. Ashburn M, Staats P. Management of chronic pain. *Lancet* 1999; 353: 1865-1869.
3. Chibnall J, Tait R. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. *Pain* 2001; 92: 173-186.
4. Ehrlich GE. Back Pain. *J Rheumatol* 2003; 67 (suppl): 26-31.
5. Farrar J, Young J, LaMoreaux L et al., Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain* 2002; 94: 149-158.
6. Ferrell B. Pain Evaluation and Management in the Nursing Home. *Ann Intern Med* 1995; 123: 681-687.
7. Folstein M, Folstein S, McHugh P. A practical method for grading the cognitive state of patients for clinicians. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.
8. Helme R, Gibson S. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med* 2001; 17: 417-431.
9. Kalman S, Sørensen J, Bengtsson M et al., Testing for morphine responsiveness in chronic non-malignant pain. *Pain Clin* 1998; 10: 173-181.
10. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61-65.
11. Mercadante, S. Opioid titration in cancer pain: A critical review. *Eur J Pain* 2007; 11: 823-830
12. Rowbotham M. What is a 'clinical meaningful' reduction of pain. *Pain* 2001; 94: 131-132.
13. Solomon P. Congruence between health professionals' and patients' pain ratings: a review of the literature. *Scand J Car Sci* 2001; 15: 174-180.
14. The Australian Pain Society. Residential Aged Care Pain Management Guidelines. 2004 www.apsoc.org.

CORRESPONDANCE TO:

PRIV. DOZ. DR. MATTHIAS SIEGFRIED SCHULER (M.D.)
 DIAKONIE-KRANKENHAUS,
 SPEYERER STR. 91-93,
 D-68163 MANNHEIM,
 GERMANY
 E-MAIL: M.SCHULER@DIAKO-MA.DE

received/eingegangen: 24.09.2009
 accepted/angenommen: 05.11.2009

Forum geriatricum

Die ältere Frau im Fokus der gynäkologischen Onkologie

J. WENDERLEIN

Der folgende Bericht bezieht sich auf drei bundesweit im Jahr 2008 nach einem Konzept der Nord-Ostdeutschen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie (NOGGO), der UFK Hamburg-Eppendorf sowie der Charité-Campus Virchow-Klinikum Berlin, und mit Unterstützung von medac (Gesellschaft für klinische Spezialpräparate GmbH) organisierte Workshops für die gynäkologische Praxis.

Ein Fortbildungs-Workshop hat den Namen verdient, wenn die Teilnehmer diesen als Werkstätte zur Überprüfung eigener Entscheidungen erleben. Waren bisherige Therapien richtig indiziert und Vorsorge sowie Nachsorge altersadaptiert? Das Thema gynäkologische Onkologie wurde für die Gruppe älterer Frauen umfassend dargestellt. Dies ist keineswegs selbstverständlich, da Studiendaten für Frauen über 65 Jahren nicht so umfangreich sind, dass heute schon gesicherte Standards in Klinik und Praxis stets umsetzbar wären.

Für solch eine Fortbildung bedarf es aufmerksamer Zuhörer und einer limitierten Teilnehmerzahl, um intensive Diskussionen über eigene praktische Erfahrungen zu ermöglichen. Dies gelang im Rahmen dieser Workshops dank der einleitenden Fallvorstellungen. Die Beiträge der Referenten mit den wichtigsten praxisrelevanten Statements werden im Folgenden in der Programmreihenfolge und ergänzt um diverse Diskussionsbeiträge zusammengefasst.

Nach Altergrenzen lässt sich in der gynäkologischen Onkologie nur bedingt therapieren, da chronologisches und biologisches Alter heute erheblich differieren können. Ab welchem Alter ist mit veränderter Pharmokinetik/-dynamik zu rechnen und dies bei Therapieentscheidungen zu berücksichtigen? Der Gesamtnutzen einer onkologischen Therapie sollte für alle Altersgruppen der bestmögliche sein, z.B. bedeutet dies, eine Übertherapie in jüngeren Jahren und Untertherapie im Senium zu vermeiden.

BIOLOGISCHES ALTER ABSCHÄTZEN

„Die physische und psychische Leistungsfähigkeit vor einer belastenden onkologischen Therapie abzuschätzen, ist komplex und entscheidet über Therapieerfolg und -prognose“, betonte Prof. Dr. Dr. G. Kolb, Medizinische Klinik Lingen. Das Abfragen von Begleiterkrankungen ist dabei ein wichtiger Teilaspekt bezüglich der Entscheidung über Art und Dauer von Operation, Chemotherapie, Radiatio und deren Kombination.

40 % der Patientinnen im Alter über 70 Jahre nehmen sieben und mehr Arzneimittel ein – ohne dass in größeren Studien Relevantes über mögliche Interaktionen dieser Arzneimittel mit der Chemotherapie geklärt wurde. Bei dieser häufiger Polypharmazie fällt auf, dass 40 % dieser Frauen an dementiellen Syndromen und/oder Depressionen leiden. Wie oft werden die Arzneimittel richtig eingenommen? Demente haben eine besonders hohe Komobidität: Etwa zwei Drittel der Patienten leiden an KHK und Hochdruck und etwa ein Drittel befindet sich in einem Zustand nach Fraktur, Apoplex und unter einer Diabetestherapie.

Bei reduzierter Kognition in Folge von Komobidität (evtl. auch verstärkt durch arzneimittelbedingte Konzentrationseinschränkung) wird die onkologische Aufklärung über Therapieoptionen im Senium häufig zu einem nur bedingt lösbaren Problem. Eigene Erfahrungen an einer Universitätsklinik zeigen, dass Complianceprobleme zu oft verkannt werden.

Um davon während und nach der Behandlung weniger überrascht zu werden, lohnt es sich, präoperativ den Funktionsstatus ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens) zu erheben. In Lingen wird dafür meist der Barthel-Index eingesetzt. Er erfasst u.a. die Mobilität und ob der Patient noch in der Lage ist, sich selbst regelmäßig Essen zuzubereiten oder ob dies bereits an einen Pflegedienst delegiert wurde.

Über die Frage, ob eine ausgedehnte operative Tumorthherapie einen noch stärkeren Verlust an Selbständigkeit und eine Zunahme der Pflegeabhängigkeit erwarten lässt, sollten alle Beteiligten informiert sein. Leider ist dies in der Praxis jedoch nicht regelmäßig der Fall.

Eine wesentliche Erkenntnis aus dem Barthel-Index ist, dass Tumorpatienten in der Regel ihre Hilfsbedürftigkeit unterschätzen, während Angehörige sie eher überschätzen. Das ist bei der Durchführung einer längeren ambulanten Chemotherapie von praktischem Interesse. Wie ist die Patientin sozial eingebunden? Gibt es helfende Familienangehörige in der Nähe? Können öffentliche Verkehrsmittel für ambulante Therapiemaßnahmen noch genutzt werden?

Um das Risiko dementieller und depressiver Symptomaten abzuschätzen, ist nicht zuletzt der Uhrentest hilf-

reich, der visuell-räumliches und abstraktes Denken erfasst. Dabei wird die Patientin gebeten, in einen vorgegebenem Kreis die die Ziffern 1 bis 12 einzu tragen und die Zeiger einer Uhr einzuzeichnen, die die Uhrzeit 10 Minuten nach 11 Uhr anzeigen. Gelingt diese Uhrdarstellung mäßig oder nicht, so sind Demenz-/Depressionsprobleme recht wahrscheinlich. Das kann für die Onkologie im Extremfall bedeuten, dass nur eine Palliativtherapie angezeigt ist. Den einfachen und validierten Uhrentest können gynäkologische Onkologen auch standardmäßig in Abteilungen und Praxen mit hohem Seniorenanteil einsetzen.

Fazit: Für die gynäkologische Onkologie stellt das chronologische Alter keinen eigenständigen Risikofaktor für Therapieentscheidungen dar. Risiken sind stattdessen vor Therapiebeginn individuell abzuklären.

KOMORBIDITÄT ENTSCHIEDET MIT ÜBER ONKOLOGISCHE THERAPIEERFOLGE

Prof. Dr. E. *Steinhagen-Thiesen* vom Ev. Geriatriezentrum Berlin wies darauf hin, dass Frauen, die heute 60 Jahre alt sind, im Mittel noch über 25 Lebensjahre vor sich haben. In dieser Lebensphase steigt das Risiko, an Krebs zu erkranken nicht linear, sondern exponentiell. Das selbe gilt auch für Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen sowie Multimorbidität. Therapieentscheidungen bei Genitalkrebsen werden daher künftig durch die weiter zunehmende Lebenserwartung von derzeit 82 auf absehbar über 90 Jahre geprägt sein. Schon jetzt wäre dafür Versorgungsforschung nötig, die klärt wie eine künftig zunehmend ambulante ausgerichtete Onkotherapie für Senioren adequat zu vernetzen ist. Stationär ausgerichteten Kliniken als „geschlossenes Systeme“ und die Patientinnen als „Leistungsempfängerinnen“ sind mit kurzen DRG-KH-Verweildauern kaum noch vereinbar. Dabei können Kosteneinsparungen durch ambulante Leistungen die Kostenzunahme durch die höheren Patientinnenzahlen in der gynäkologischen Onkologie bestenfalls ausgleichen.

Bereits jetzt werden 80 % der GKV-Kosten von 20 % der Versicherten mit einer und mehreren chronischen Erkrankungen verursacht. In dieser Gruppe von etwa zehn Millionen Bürgern haben acht von zehn auch durch gesundheitsriskantes Verhalten ein höheres Krebsrisiko. Das spricht für die Notwendigkeit einer noch engeren Kooperation zwischen gynäkologischen Onkologen und Internisten, die neben den Anästhesisten hinsichtlich der Narkosefähigkeit, zur Therapiebelastbarkeit konsultiert werden.

Leitlinien sind bei Multimorbidität in der Regel „überfordert“ und können sogar zum Patientenrisiko werden. Das Gesamtrisiko für eine recht belastende onkologische Therapie muss individuell eingeschätzt und interdisziplinär begutachtet werden. Ein entsprechende Einschätzung sollte am besten schon vor Hospitalisierung durch Ärzte er-

folgen, die die Patientin zuvor bereits viele Jahre lang betretet haben, etwa aufgrund eines metabolischen Syndroms. Bereits vor zehn Jahren wurden bei neun von zehn über 70-Jährigen mindestens fünf körperliche Erkrankungen festgestellt, insbesondere bei sozial schwächer gestellten Personen. Ab diesem Alter erfolgte bereits vor zwölf Jahren bei sechs von zehn Patienten eine Multimedikation mit fünf und mehr Arzneimitteln.

Wenn gynäkologische Onkologen in der Klinik vor Therapie ein internistisches Konsil aus der Nachbarklinik anfordern, sollten sie vorher möglichst weitreichende Informationen von extern via Hausarzt/Internist einholen. Dies findet in der Praxis zu selten statt. Wie oft sich auf diese Weise onkologische Therapieprobleme, z.B. bei der Chemotherapie, vermeiden ließen, wären eigene Versorgungsstudien wert.

Extragenitale Morbiditätsabklärung ist so wichtig, da es sich bei den über 65-Jährigen der Gesamtbevölkerung zu zwei Dritteln um Frauen handelt und bei über 80-Jährigen der Frauenanteil sogar bei drei Vierteln liegt. Dabei ist folgender sozialer Aspekt zu bedenken: Die Hälfte der Frauen erreicht dieses Alter meist im Witwenstatus, ohne Partnerunterstützung während und nach Krebstherapie.

Seit 2002 (WHI) wird aus Furcht vor Brustkrebs auf hormonelle Primärprävention weitgehend verzichtet. Damit ist das Risiko von Osteoporose, Osteoarthritis, Hypertonie, KHK, Diabetes um jeweils ein Drittel reduzierbar. HRT-Verzicht geschieht mit dem Ziel, der sechsthäufigsten Erkrankung, dem Brustkrebs, zu entgehen. Es gibt jedoch keinen Nachweis erhöhter Mortalität durch Hormonsubstitution. Würde dieser Aspekt zur Multimorbidität von der Ärzteschaft und auch in der Bevölkerung bewusster aufgenommen, dann ließe sich Brustkrebs eher meistern. Denn durch reduzierte körperliche Aktivität und Adipositasprobleme steigt das Rezidivrisiko nach primärer Brustkrebstherapie bis um die Hälfte.

Das wesentlich höhere Korpuskarzinomrisiko wird im Zusammenhang mit dem bekannten Circulus vitiosus „Adipositas – Diabetes – Hypertonie“ ab der Menopause im Folgenden noch gesondert dargestellt.

MEDIKAMENTÖSE KREBSTHERAPIE MUSS KOMEDIKATIONEN BERÜCKSICHTIGEN

Wie Prof. Dr. *J. Roots* vom Institut für Klinische Pharmakologie and der Charité, Berlin, berichtete, stehen Nebenwirkungen von Arzneimitteln an fünfter Stelle der Krankheitshäufigkeiten und sind Anlass für ca. 6 % der Krankenhauseinweisungen. Bei Zytostatika liegen diese Quoten erwartungsgemäß noch wesentlich höher, vor allem bei älteren Menschen mit reduzierter Nieren-/Leberfunktion.

Die Pharmakokinetik verändert sich mit dem Alter bei kontinuierlich abnehmender Kreatinin-Clearance durch

gleichzeitig einen höheren Fett- und geringeren Wasseranteil im Körper. Damit erfordert die gynäkologische Chemotherapie hohe internistische Kompetenz in Bezug auf Absorption (Darm), Verteilung/Metabolismus (Leber) und Elimination (Niere). Das gilt vor allem, wenn es aufgrund von Multimorbidität zur Interaktionen mit anderen Arzneimitteln kommt.

Bestes Beispiel ist hierfür Tamoxifen. Tamoxifen ist als „Pro-drug“ zu verstehen, das über zwei Enzymschritte in der Leber zum 100-mal aktiveren Metaboliten Endoxifen umgewandelt wird. Leider wird der erste Enzymschritt (CYP3A4) durch viele weit verbreitete Arzneimittel erheblich gehemmt, darunter etwa Fluconazol, Ketonazol, Clarithromycin, Proteinase-Inhibitoren, Simvastatin/Atorvastatin, Ciclosporin, Kalziumantagonisten.

Wer diese Hemmwirkungen nicht berücksichtigt, erlebt häufiger iatrogen induzierte Tamoxifen-Versager und wechselt dann meist zu Aromatasehemmern, die um den Faktor 22 teurer sind. Letztere haben außerdem durch Erhöhung der Blutlipide und Reduktion der Knochenmasse erhebliche Langzeitnachteile.

Beim zweiten Enzym (CYP2D6) ist die Pharmakogenetik bei bis 25 % der Bevölkerung mehr oder minder reduziert. Der Endoxifen-Metabolit kann also bei diesen Personen nicht ausreichend gebildet werden. Hemmstoffe für dieses Enzym sind u. a. Antidepressiva, Neuroleptika und Antiarrhythmika. Daher gab es in den USA/FDA den Warnhinweis, dass 7 % der weißen Bevölkerung infolge eines genetischen CYP2D6-Enzymdefizits durch Tamoxifen weniger vor Rezidiven geschützt sind.

Wird dies berücksichtigt (entsprechende Tests sind möglich), so lässt sich das rezidivfreie 10-Jahres-Überleben von unter 40 % auf 60 % anheben, bei den „Fast metabolizern“ sogar auf 80 %. Dieses Ergebnis einer randomisierter Beobachtung über zwölf Jahren wurde 2007 publiziert, aber in Leitlinien-Beiträgen bisher weitgehend ignoriert.

Die schnelle Metabolisierung von Tamoxifen zum tumorhemmenden Endoxifen gelingt erfolgreich bei acht von zehn Frauen und ist seit 2003 bekannt. Der Test für einen Ausschluss eines Enzym CYP2D6-Defizits mit dem Roche's Amplichip kostet zwischen 100 und 400 Euro.

SUPPORTIV-THERAPIE IN HÖHEREM ALTER HÄUFIGER NÖTIG

Die Prävention und Behandlung von Nebenwirkungen onkologischer Therapie mit kurativem und adjuvantem Ziel will optimale Wirksamkeit bei bestmöglicher Lebensqualität erreichen, betonte Dr. Dr. F. Homecker, Medizinische Klinik der Universität Hamburg. Für die gynäkologische Onkologie ist dies bei über 65 Jahre alten Frauen mit metastasierendem Brustkrebs schwierig zu erreichen, vor allem wenn sie bereits vor Therapiebeginn in

reduziertem Allgemeinzustand lebten (u.a. erniedrigt Albuminwerte).

Bei biphasischen Auftreten von Nausea und Emesis infolge einer Chemotherapie ist in den ersten 24 Stunden akut die Klinik bzw. deren Chemoambulanz gefordert, ab dem dritten Tag zu Hause der Frauen- oder Hausarzt. Die Klinik hat im Kurzbrief substanzspezifisch über solche Nebenwirkungen Mitteilung zu machen, z.B. über Dexamethason-Dosierungen i.v./oral. Laut plazebokontrollierten Studien können bereits 8 mg i. v. am Tag der Chemotherapie neun von zehn Frauen vor Erbrechen schützen – ohne auf die zusätzliche antiemetische Wirkung von 5 HT3-Antagonisten einzugehen, die selektiv am Serotoninrezeptor wirken.

Die im Vergleich zu jüngeren Frauen bei Brustkrebs ab 65 Jahren über doppelt so häufig auftretende Gesamtoxizität einer adjuvanter Chemotherapie (17 % versus 7 %) ist für Aufklärungszwecke relevant.

NACHBETREUUNG ÄLTERER ONKOLOGISCHER PATIENTINNEN IN GYNÄKOLOGISCHEN PRAXEN

Bei Frauen ab 80 Jahren kommt es bei einer von 50 zu einer Krebserkrankung pro Jahr. Damit ist die onkologische Nachbetreuung von Seniorinnen keine Seltenheit, so J. Gröll de Rivera, Frauenärztin in Grafing bei München.

Die Krebstherapie bewirkt in der Regel durch vorzeitige Ovarial-Insuffizienz/-Entfernung, Aromatasehemmer (AI) für 3-5 Jahre, Kortisongaben u. a. wegen Emesis und/oder Bewegungs- und Tageslichtmangel zur Vitamin D-Synthese in der Haut deutlich erhöhte Osteoporoserisiken.

Das individuelle Risiko ist abzuschätzen und bei bereits bekannter Osteoporose in der Klinik die Tamoxifen-Therapie als Alternative zu AI zu wählen. Randomisiert geschieht nimmt unter Anastrozol das jährliche Frakturrisiko im Vergleich mit Tamoxifen hochsignifikant um 55 % zu. Die Mortalität von 20 % bei operativer Versorgung einer Oberschenkelhalsfraktur im ersten Jahr ist ebenso zu bedenken wie die danach weiter bestehende erhöhte Mortalität. Vor jeder Anti-Östrogen Therapie muss die Osteodensitometrie stehen. Bei T-Werten unter -2,5 ist – von Ausnahmen abgesehen (siehe oben) – Tamoxifen zu wählen.

Nimmt die Osteoporose infolge der onkologischen Therapie erheblich zu, dann sind rechtzeitig Gehhilfen zu empfehlen und Medikationen, die potenziell Schwindel auslösen können, zu überdenken. Bei Kalzium- und Vitamin-D-Gaben sollten im Senium Tageshöchst Dosen nicht überschritten werden, da insbesondere bei Niereninsuffizienz klinische Ereignisse bis hin zu erhöhter Sterblichkeit drohen.

Ein weiteres Östrogenmangelproblem nach medikamentöser Onkotherapie sind Myalgien oder Athralgien.

In allen AI-Studien wird diese Art von Komplikationen signifikant häufiger beobachtet, sowohl im Vergleich zu Tamoxifen als auch zu Placebo. Nach ca. einem halben Jahr nehmen diese Beschwerden ab. Bei Bedarf sind Analgetika (NSAR) zur Verbesserung der Lebensqualität einzusetzen.

Ebenfalls durch Onkotherapie ausgelöst und verstärkt werden vaginale Beschwerden infolge Östrogenmangels. Hier empfiehlt sich eine lokale Östrogen-therapie.

Analoges gilt nach Entzündungsausschluss/-Therapie auch zur Rezidivprophylaxe bei urologischen Beschwerden. Eine aktuelle Cochrane-Analyse zur lokalen Östrogen-therapie (19 Studien mit insgesamt 4162 Patientinnen) bestätigt die Unbedenklichkeit einer lokaler Nutzung von Östriol (Suckling J Cochrane Database Syst.Rev 2008), die auf onkologische Patientinnen übertragbar ist.

ÄLTERE FRAUEN IN KLINISCHEN STUDIEN UNTERREPRÄSENTIERT

Die Differenzierung von chronologischem und biologischem Alter bezeichnet Dr. S. Mahner von der Universitätsfrauenklinik Hamburg als zeitlich aufwändig. Ärztliche Kompetenz sei dafür relevanter als die Analyse von Laborwerten und Tests. Daher ist nachvollziehbar, dass bei bisherigen onkologischen Studien nur selten realitätsbezogene Altersgrenzen berücksichtigt wurden. Die Tendenz gynäkologischer Abteilungsleiter, über 65-jährigen Frauen von einer Teilnahme an Studien abzuraten, dürfte auch haftungsrechtlich relevante Gründe haben. Von Seiten der Frauen sind in der Gruppe bis 65 Jahre etwa die Hälfte zur Teilnahme an Studien bereit und ebenso viele auch in der Gruppe über 65 Jahre. Nicht zuletzt trugen relativ starre Studienprotokolle mit Blick auf spätere Auswertungsaspekte zum Ausschluss von Studienteilnehmerinnen im Alter von über 65 Jahren bei. Denn für eine 70-Jährige kann etwa a priori eine niedrigere Dosierung angezeigt sein als für eine 50-Jährige. Erinnert sei an die Woman's Health Initiative WHI, in der es bei einem HRT-Start zwischen 50 und 79 Jahren bei gleicher Dosierung bei über 40 % der Frauen zu Blutungsproblemen kam, was zu Studienabbrüchen führte. Auch unter diesem Aspekt wird verständlich, dass sich bisher viele Ärzte gegen die Teilnahme über 70-Jähriger an klinischen Studien aussprachen. Denn Komorbiditäten lösen klinische Unsicherheiten aus. So kommt es, dass Studiendaten zum Ovarialkarzinom im Mittel an 57 Jahre alten Patientinnen erhoben wurden, obwohl dieses Karzinom sich statistisch im Mittel erst zehn Jahre später manifestiert.

Je individualisierter eine onkologische Therapie erfolgt, desto eher kann bei Seniorinnen auf prospektive Studien bisheriger Art verzichtet werden. Wichtiger ist retrospekti-

ve Versorgungsforschung, die individualisierte Entscheidungskriterien berücksichtigt.

Die Ergebnisse aktuell laufender Studien hinsichtlich progressionsfreiem Überleben über 65-Jähriger, wie etwa die ICE-Study (Ibandronat mit und ohne Capecitabine bei frühem Brustkrebs) bleiben abzuwarten. Eine erhöhte Mortalität durch nicht-onkologische Ursachen ist zu erwarten.

Auch altersabhängige Funktionsdefizite von Leber-/Niere bei Zytostatikaeinsatz und damit einhergehende Supportivmaßnahmen wird die geriatrisch-onkologische Forschung künftig stärker berücksichtigen.

In den USA sind 63 % der Tumorpatienten über 65 Jahre alt, in onkologischen Studien aber nur 25 %. Die Hälfte der Krebsneuerkrankungen treten bei über 70-Jährigen auf, die von Studien ausgeschlossen werden. Über 80-Jährige wollen in der Regel keine lebensverlängernden Therapien, die bei Multimorbidität die Lebensqualität noch mehr einschränken.

Eine aktuelle Studie der Nord-Ostdeutschen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie (NOGGO), in die Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom-Rezidiv und einem Alter von mindestens 65 Jahren eingeschlossen werden können, untersucht die Präferenz der Patientinnen für eine orale oder parenterale Applikation von Treosulfan. Zusätzlich werden ein geriatrisches Assessment, die Compliance, die Verträglichkeit und die Effektivität prospektiv untersucht.

ALTER ALS KREBSRISIKO

Zum Thema „Alter als Krebsrisiko“ sprach Dr. D. Köns-*gen-Mustea*, Frauenklinik Charité, Berlin: Alterungsprozesse werden von Wachstums-, Differenzierungs- und Involutionprozessen genetisch gesteuert. Analoges läuft auch bei der Kanzerogenese ab, allerdings fehlgesteuert. Je länger potentielle Kanzerogene einwirken können, desto größer ist bekanntlich das Risiko für die Entstehung von Krebszellen. Die Apoptose funktioniert im höheren Alter schlechter. Bei dieser Regulation der Zellproliferation werden DNA-Schäden daher nicht mehr so sicher beseitigt. Das hat bei Brustkrebs älterer Frauen klinische Bedeutung. Die Tumoren dieser Frauen sind u. a. größer und häufiger lokal ausgedehnt, aber zugleich seltener nodal positiv. Die höchste Inzidenzrate haben 65- bis 70-jährige Frauen (3 von 1000). Die Mortalitätsrate bei über 85-Jährigen (2,5 von 1000) ist ca. dreimal so hoch wie bei den 65- bis 70-Jährigen (0,8 von 1000). Diese Daten des Krebsregisters Rheinland-Pfalz von 2003 sollten nach fünf Jahren überprüft werden.

Nach einer italienischen Studie gibt es tumorbiologische Unterschiede bei über 75-Jährigen im Vergleich zu jüngeren Patientinnen. Bei über 75-Jährigen wird ein T4-Stadium fast doppelt so oft festgestellt wie bei 55- bis 64-Jäh-

rigen. Analog verhält es sich mit nodal negativen histologischen Befunden. Keine Axillendissektion erhielten 29 % der über 75-Jährigen, aber 16 % der 55– 64-Jährigen. Trotz dieser Diskrepanz zeigt Brustkrebs in höherem Alter ein eher günstiges tumorbiologisches Profil.

Beim Ovarialkarzinom dagegen sind die kumulierten Überlebensraten bei über 65-Jährigen schlechter als bei jüngeren Frauen. Wird die Aszitesmenge über 500 ml als Prognose-Indikator herangezogen, zeigt sich dieser bei über 65-Jährigen häufiger. Eine makroskopisch tumorfreie Einstufung am Operationsende gelingt nach einer Studie aus der Charité bei unter 60-Jährigen häufiger als bei über 60-Jährigen (73 % zu 55 %).

ZYTOSTATISCHE BRUSTKREBSTHERAPIE IM ALTER

Nach einer Studie aus den USA bekommen drei von zehn Frauen über 75 Jahre eine leitliniengerechte Chemotherapie, so Prof. Dr. *F. Jänicke*, Universitätsfrauenklinik Hamburg. Bei 65- bis 74-Jährigen ist dies bei sechs von zehn Patientinnen der Fall, also doppelt so häufig. Es stellt sich die Frage, ob die 15-Jahresmortalität auch bei über 75-Jährigen reduzierbar ist. Bisher ist nur von Tamoxifen eine Mortalitätsreduktion um ein Drittel für alle Altersstufen bekannt.

Altersvergleiche sind wegen im höheren Alter häufig spät entdeckten Tumoren schwierig, aber auch aufgrund vergleichsweise seltener Diagnostik zur Stadien-Spezifizierung. Bei über 80-Jährigen wäre der Chemotherapienutzen außerhalb von Studien für Risiko-Nutzen-Analysen zusammenzutragen. Bei Anthrazyklin- und Transtuzumab-haltiger Chemotherapie ist eine erhöhte Kardiotoxizität bei Frauen über 65 Jahren, bei einem BMI über 27, und Komorbidität infolge von KHK, Hochdruck, Diabetes und Hypercholesterinämie bekannt. Bedenkt man die entsprechenden Inzidenzen nach dem 70. Lebensjahr, so wird die Zurückhaltung hinsichtlich einer adjuvanter Chemotherapie verständlich. Bereits im Alter zwischen 66 und 70 Jahren erhöhen sich deren Risiken um 26 %.

85-Jährige mit Brustkrebs haben ein Risiko von 1:8 an diesem Tumor zu versterben; andere Todesursachen haben die Relation 1:2. Mit 70 Jahren liegen die genannten Relationen bei 1:12,5 und 1:7,7. Solche Daten hat die onkologische Forschung zu bedenken, wenn es um die Abwägung geht, ob auch im höheren Lebensalter verstärkt Chemotherapie zum Einsatz kommen soll. Das gilt besonders mit Blick auf den Aspekt der Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit. Dabei ist auch folgende Entwicklung zu bedenken: Seit 1990 sinkt die Brustkrebssterblichkeit in den westlichen Industriestaaten trotz steigender Inzidenz rasant. Ursache hierfür ist die wesentlich frühere Diagnosestellung (auch in Ländern ohne Mammographie-Screening).

ANTI-HORMONELLE THERAPIE IM ALTER FAVORISIEREN

„Sind Internisten die globaler denkenden Onkologen?“ fragte Prof. Dr. *K. Possinger* von der Medizinischen Klinik an der Charité, Berlin. Er zeigte einleitend Daten zu den erhöhten Frakturaten in der Altersgruppe von 52 bis 74 Jahren nach fünfjähriger Letrozol-Therapie im Vergleich zu einer fünfjährigen Behandlung mit Tamoxifen. Frakturereignisse sind unter diesem Aromatasehemmer um das 65. Lebensjahr ca. doppelt so häufig (*Crivillari*, 2008). Neben Frakturen kommen auch andere Nebenwirkungen bei im Mittel 74-Jahre alten Frauen unter Letrozol doppelt so häufig vor wie unter Tamoxifen (16 % zu 8 %). Das krankheitsfreie Überleben differiert in diesem Alter über einen Beobachtungszeitraum von vier Jahren um 5 % zu Gunsten von Letrozol. Dabei ist zu bedenken, dass die Überlebensrate in beiden Gruppen über 80 % liegt. Die Therapiekosten unterscheiden sich um den Faktor 22.

Generell hat die Hälfte der 80-Jährigen die Chance, noch mehr als zehn Jahre zu leben. Bei jüngeren Frauen nach der Menopause haben erwartungsgemäß acht von zehn diese Chance. Inwieweit schlechtere Tumorprognosen ab 80 Jahren verbesserbar sind, müssen Medikations-Interaktions-Studien klären, die die veränderte Tumorbiologie berücksichtigen. Schon jetzt ist klar, dass eine frühzeitige Diagnose am effizientesten wäre. Ab 75 Jahren kommen T2-Stadien mit 38 % häufiger vor als zwischen 55 und 74 Jahren (24 %). Nach dem Münchner Tumorregister reduziert sich das 10-Jahres-Überleben bei Brustkrebs von T1c zu T4 von 85 % auf 30 %.

Hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten wird internistisch auf eine rasant ansteigende Komorbidität verwiesen: Mehr als 80 % der 80-Jährigen sind komorbide, im Vergleich zu weniger als 50 % der 50-Jährigen. Aus onkologischer Sicht stellen sich daher wichtige Fragen zur endokrinen Therapie älterer Brustkrebspatientinnen:

1. Was soll das onkologisch erreichbare Therapieziel sein?
2. Wie lauten die wirklichen Haupt- und Nebendiagnosen?
3. Ist Komorbidität verbesserbar, oder wird diese verstärkt?
4. Wird bei der Gesamtbilanz der mentale Status berücksichtigt?
5. Wie groß ist der individuelle bestmögliche Gewinn einzustufen?

Angesichts dieser Überlegungen kam Prof. Dr. *K. Possinger* zu dem Fazit: „Internisten und Gynäkologen sollten onkologisch enger kooperieren.“

OVARIALKREBSE HABEN WEITER SCHLECHTE PROGNOSE

„Ovarialkrebs hat eine Inzidenz von 2,3 pro 10 000 Frauen und ab 75 Jahren von 7,6 je 10 000, also dreimal höher. Die Mortalität liegt zwischen 45 und 59 Jahren bei

12 % und ab 75 Jahren bei 64 %“, berichtete Prof. Dr. J. *Schouli* von der Frauenklinik der Charité, Berlin: Nach einer aktuellen US-Analyse kostet diese Krankheit bei älteren Frauen im ersten Jahr 51 500 US Dollar. Im Vergleich dazu verursacht Brustkrebs Kosten in Höhe von 11 700 US Dollar.

Die Chemotherapie ist bei schlechter Prognose auch bei älteren Frauen nach vorausgegangener möglichst kompletter operativer Tumorentfernung die Regel. Nach einer Analyse der Berliner Charité gelingt ein makroskopisch tumorfreier Situs bei der Primär-Operatin bei über 60-Jährigen in 55 % der Fälle und bei 73 % der jüngeren Frauen. Bei Rezidivoperationen trifft dies jeweils für knapp die Hälfte zu, mit vergleichbaren kumulativen 5-Jahres-Überlebensraten.

Zum vorzeitigen Abbruch der Chemotherapie kommt es ab 70 Jahren mit 26 % statt 13 % doppelt so häufig wie zuvor. Bei der Toxizität ist die Relation mit 19 % zu 8 % ähnlich. Dazu ist eine multizentrische Studie zum Ovarial-Ca-Risiko bemerkenswert. Bei Frauen ab 65 Jahren wurde eine Treosulfan-Therapie oral versus i.v. hinsichtlich Compliance, Therapieabbrüchen und Gesamtüberleben/progressionsfreies Überleben verglichen. Im ersten Halbjahr wurde alle zwei Monate Lebensqualität und funktioneller Status erhoben, da beide Faktoren für Seniorinnen sehr relevant sind. Bereits nach der Primärtherapie betrug die 5-Jahres-Überlebensrate bei den über 75-Jährigen nur 23 % (im Vergleich 74 % bei Brustkrebs). Aufgrund dieser ernüchternden Daten sollte eine Primärprävention via Pillennutzung für fünf bis zehn Jahre mehr Interesse finden. Sie trägt zu einer Risikoreduktion um die Hälfte bei. Das reduzierte Risiko zeigt sich noch 30 Jahre nach Absetzen der Pille.

THERAPIE VON UTERUSKREBS BEI ÄLTEREN FRAUEN

Zervixkrebs tritt im Median mit 50 Jahren auf. Wie Prof. Dr. W. *Lichtenegger* von der Frauenklinik der Charité, Berlin, darstellte sind bei 6300 Neuerkrankungen pro Jahr vier von zehn der Betroffenen über 60 Jahre alt. Allerdings kommen T3/T4-Stadien ab 65 Jahren mit 38 % bzw. 53 % häufiger vor. Dies weist auf ein zu häufiges Versagen der gynäkologischen Vorsorge hin. Niedriger Sozialstatus ist ein wesentlicher Risikofaktor für Zervixkrebs, oft assoziiert mit hohem Nikotinkonsum und mangelnder Genitalhygiene – auch beim Partner. Eine höhere Compliance ist bei der Früherkennung auf freiwilliger Basis kaum erreichbar. Auch zu wiederholten/regelmäßigen HPV-Impfungen sind viele Patientinnen nicht bereit.

Von den über 50-Jährigen mit Zervixkrebs hat ein Drittel die Stadien 3 und 4. Die Frauen kommen nicht selten mit reduziertem Allgemeinzustand infolge riskanten Lebensstils zu Operation.

Frauen mit Tumorstadium 4 sind zur Hälfte über 68 Jahre alt und multimorbide. Es sollte möglich sein, dass Hausärzte/Internisten diese Frauen bei bekannten Risikofaktoren für Zervixkrebs intensiver auf den Nutzen der gynäkologische Vorsorge hinweisen.

Chemo- bzw. Radio-Chemotherapie ist vor der Operation bei Stadium 2b ein Erfolg versprechender Weg. Die postoperative Beckenbestrahlung bewirkt bei älteren Frauen häufiger über längere Zeit intestinale Probleme. Daher müssen alle Therapiekombinationen recht abwägend indiziert werden.

Beim Korpuserkarzinom mit Inzidenzspitze um 68 Jahre, also zehn Jahre später als beim Zervixkarzinom, ist die Risikotrias „Adipositas – Hypertonie – Diabestes mellitus“ seit langem bekannt und bewirkt zugleich höhere Therapierisiken. Drei von vier Neuerkrankten sind älter als 60 Jahre. Zwischen 60 und 70 Jahren beträgt die Inzidenz sechs von 1000. Diese Zahl wäre deutlich reduzierbar, wenn nicht ab der Menopause die genannte Risikotrias auftreten würde. Sie wäre durch eine rechtzeitige HRT zu verhindern. In der WHI-Studie zeigten sich in der Hormongruppe im Placebovergleich z.B. bereits innerhalb von sechs Jahren ein Drittel weniger Diabetes-Neuerkrankungen.

Ohne auf die Tumorstadien einzugehen liegen die 5-Jahres-Überlebensraten beim Korpuserkarzinom insgesamt bei 86 % mit alleiniger Operation und bei 83 % mit zusätzlicher perkutaner Radiatio. Durch postoperative vaginale Brachytherapie sollen weniger vaginale Rezidive auftreten, am Nutzen kommen inzwischen jedoch Zweifel auf.

Bei operativem Vorgehen wird von einem Drittel der Kliniken regelmäßig eine Lymphonodektomie durchgeführt, von den anderen Kliniken nur in ausgewählten Fällen. Für die Samplingtechnik entscheidet sich ca. ein Viertel der Kliniken, der Rest für systematische Lymphonodektomie (7 von 10 pelvin und 1 von 4 auch para-aortal).

Bei den Stadien 3 und 4 fällt in der Hälfte der Fälle die Entscheidung zugunsten der Radio-Chemotherapie. Langzeiterfolge durch radikalere Therapien bleiben abzuwarten. Bei diesem Krebs ist eine rechtzeitige Risikoaufklärung ab der Menopause anzustreben und, wenn die oben beschriebene Risikokonstellation besteht, bei Vorsorgeuntersuchungen die Vaginalsonographie einzusetzen.

VULVAKREBS NICHT MEHR TYPISCHER ALTERSKREBS

„Die Früherkennung des Vulvakrebses müsste häufiger gelingen, da es sich meist um multimorbide ältere Frauen handelt, die regelmäßig Ärzte konsultieren“, erklärte PD Dr. J. *Schwarz*, Universitätsfrauenklinik, Hamburg. Doch aus missverstandener Scham werde die Vulva bei der klinischen Untersuchung häufig ausgelassen. Auch bei Lichen

sclerosis sind regelmäßige gynäkologische Kontrollen angezeigt.

Überraschend ist der Inzidenzanstieg des Vulvakarzinoms bei Frauen unter 50 Jahren von 2 % auf 21 % in einem 20-Jahreszeitraum bis 1997. Ursächlich kommen dafür vermehrt HPV-Infektionen und Kondylome bei hohem Nikotinkonsum ab der Jugend infrage.

Beim Lichen sclerosis mit vorausgehendem Juckreiz (Kratz-Traumatisierung bis hin zum Plattenepithelkrebs der Vulva) ist die „Itch-scratch“-Hypothese zu nennen. Auch deren Vertreter warnen vor Nikotinkonsum ab der Jugend.

Bei Lichen sclerosis lassen sich Beschwerden in drei von vier Fällen durch eine dreimonatige Gabe von Clobetasol 0,05 % (ein Dutzend Präparate in der roten Liste) erfolgreich behandeln. Testosteron (2 % Salbe) wie auch zuvor eingesetzte Glukokortikoidsalben sind nur noch als historisch verwendete Therapieoptionen einzustufen.

Vor jeder lokalen Therapie juckender Vulva-Areale steht selbstverständlich die histologische Abklärung mittels Stanzbiopsie, gefolgt von regelmäßiger Vulvoskopie unter Einsatz von 3–5 %iger Essigsäure.

Zur operativen Therapie des Vulvakarzinoms gehört heute die Lymphonodektomie in der Inguinofemoral-Region (ab Stromainvasion über 1 mm).

Inoperable Tumoren, die nur noch eine primäre Radiotherapie/Chemotherapie zulassen, sollten nur bei Frauen vorkommen, die nie zum Arzt gehen. Dazu die positive Nachricht: Früh erkannte Vulvakrebse sind durch Operation heilbar, und es reicht die SLN-Technik mit Technetium. Stets muss gesichert sein, dass der Tumor mit adäquatem Sicherheitsabstand entfernt wird. Dies setzt Op-Erfahrungen mit diesem Tumor einschließlich plastisch-rekonstruktiver Kompetenz voraus.

VERFASSER:

PROF. DR. J. MATTHIAS WENDERLEIN,
UNIVERSITÄT ULM,
EYTHSTR. 14,
89075 ULM
E-MAIL: WENDERLEIN@GMX.DE

Forum geriatricum

Literaturreferat: Einfluss einer Vitamin-D-Substitution auf die Sturzhäufigkeit bei älteren Patienten

Fragestellung und Studie

Es ist bekannt, dass Vitamin D nicht nur die Knochenstabilität erhöht, sondern auch das Sturz- und Verletzungsrisiko durch eine Verbesserung der neuromuskulären Funktionen reduziert. Hat aber auch eine orale Vitamin-D-Substitution auf das Sturzrisiko einen nachweisbaren Einfluss? Welche Vitamin-D-Dosierungen haben diesbezüglich einen Effekt?

In einer Metanalyse wurden die dazu vorhandenen randomisiert-kontrollierten Studien ausgewertet. Es wurden nur Studien mit Patienten im Alter über 65 Jahren eingeschlossen mit einem Follow-up von mindestens drei Monaten. Die Stürze mussten primärer oder sekundärer Endpunkt der Studie sein mit einer exakten Erfassung und Sturzdefinition.

Ergebnisse

Insgesamt zehn Studien konnten in die Auswertung einbezogen werden (acht Studien mit Gabe von Vitamin D₂ oder D₃, zwei Studien mit Gabe von oralen aktiven Formen des Vitamin D (1-alpha-Hydroxy- oder 1,25-Dihydroxy-Vitamin-D₃).

Bei den acht Vitamin-D-Studien wurden insgesamt 2426 Patienten beobachtet (81 % weiblich, Durchschnittsalter 80 Jahre). Die verwendete Vitamin-D-Dosierung betrug zwischen 200–1000 IE. In der Interventionsgruppe mit der Vitamin-D-Gabe war das Sturzrisiko insgesamt gegenüber der Placebogruppe vermindert (relatives Risiko 0,87). Allerdings zeigte sich eine deutliche Dosisabhängigkeit dieses Effektes. In den Studien mit einer geringen Vitamin-D-Substitution (200–600 IE tgl., zwei Studien mit 205 Patienten) ergab sich keine signifikante Sturzrisikoreduktion.

Dagegen führte eine höher dosierte Vitamin-D-Substitution (700–1000 IE tgl., sieben Studien, 1921 Patienten) zu einer Reduktion des Sturzrisikos um 19 % (relatives Risiko 0,81).

Bei den zwei Studien mit aktivem Vitamin D (70 % weiblich, Durchschnittsalter 73 Jahre, 624 Patienten) ergab sich eine Sturzrisikoreduktion um 22 % (relatives Risiko 0,78). In diesen Studien mit dem aktivierten Vitamin D zeigte sich allerdings auch ein erhöhtes Risiko einer Hyperkalzämie-Entwicklung.

Diskussion und Kommentar

Vitamin-D-Substitution in einer höheren Dosierung von 700–1000 IE täglich ist nach den Daten dieser Metaanalyse in der Lage das Sturzrisiko bei älteren Patienten signifikant um etwa 20 % zu reduzieren. Ein relevantes Hyperkalzämierisiko wurde bei der Gabe des nativen Vitamin D in diesen Dosierungen nicht beobachtet – offensichtlich schützt die im Körper noch durchzuführende Metabolisierung zum aktiven 1,25-OH-Vitamin D in der Regel vor einer Hyperkalzämie. Dagegen ist bei direkter Gabe des schon aktivierten Vitamin D vermehrt auf die eventuelle Entwicklung einer Hyperkalzämie zu achten. Zwischen der sturzpräventiven Wirkung von nativem Vitamin D und dem aktivierten Vitamin D scheint es keinen signifikanten Unterschied zu geben. Auch aus Kostengründen spricht daher derzeit vieles für die Substitution mit dem preiswerten Vitamin D (z.B. ergeben sich bei monatlicher Gabe von 20 000 IE lediglich Jahrestherapiekosten von knapp über 4 Euro).

Da bekanntermaßen in unseren Breiten bei über 80 % der älteren Patienten von einem Vitamin-D-Mangel auszugehen ist, sollte nach entsprechender Messung des 25-OH-Vitamin-D-Spiegels vor der langfristigen Gabe einer Vitamin-D-Erhaltungsdosis (etwa 800–1000 IE tgl. bzw. auch etwa 20 000 IE einmal monatlich) eine Aufsättigung in den Normbereich (30–60 ng/ml 25-OH-Vitamin D) erfolgen.

Literatur:

Bischoff-Ferrari HA, et al.: Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2009, 339: b3692

VERFASSER:

DR. MED. STEFAN SCHILLING,

VEREINIGTE HOSPITIEN,

GERIATRISCHE REHABILITATIONSKLINIK ST. IRMINEN,

KRAHNENUFER 19,

54290 TRIER.

GERMANY

E-MAIL: S.SCHILLING@VEREINIGTEHOSPITIEN.DE

Berichte aus den Arbeitsgruppen

Geriatrische Onkologie DGG/DGHO*

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

Symposien, Kongresse mit eigenen Veranstaltungen:

- Symposium „Geriatrische Onkologie“. 4th European Congress for Gerontology, Berlin 07.–11. Juli 1999
- Symposium anlässlich der Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, Jena 03.–06. Oktober 1999
- Veranstaltung „Krebs im Alter – ein wichtiges geriatrisches Syndrom“ a anlässlich der 8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V., Hannover 06.–09. Oktober 1999
- Symposium „Geriatrische Onkologie“ anlässlich der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie, Graz, 21.–25. Oktober 2001
- „Preussentag“ zum Thema: Onkologie in der Geriatrie, 41. Österreichischer Geriatriekongress, Bad Hofgastein 24.–28. März 2001
- Vorsymposium „Hämatologische und Onkologische Probleme im Alter“ anlässlich der DGHO-Jahrestagung in Mannheim vom 30.09.–03.10.2001
- Vorsymposium „Geriatrische Onkologie“ DGHO 2002 27.10.2002 München
- Berliner Onkologisches Sommerseminar BOSS 2003, 27.06.2003 Berlin
- 26. Deutscher Krebskongress, 01.03.2004 Berlin
- Jahrestagung der DGHO/ÖGHO/SGH/SGMO, Innsbruck Oktober 2004
- Wilsede-Schule, 29.06.–01.07.2005: Block Geriatrische Onkologie
- DGG-Kongress in Fulda, 03.–05.11.2005
- Jahrestagung der DGHO-ÖGHO Hannover, 02.–05.20.2005: Schwerpunkt: Tumorscreening beim älteren Menschen, Thema: „Prostata-Ca (bzw. Mamma-Ca, Kolorektales Ca): Gibt es eine Evidenz?“

- Jahrestagung der DGHO-ÖGHO Leipzig, 04.–08.11.2006: Veranstaltung der AG zum Thema: „Polypharmazie und Arzneimittelinteraktionen beim älteren Tumorpatienten“
- Jahrestagung der DGHO/ÖGHO/SGG Basel, 05.–09.10.2007, Veranstaltung („educational“) zur Geriatrischen Onkologie
- Deutsche Krebskongress, Berlin 22.–24.02.2008
- Jahrestagung der DGHO/ÖGHO/SGG Wien 10.–14.10.2008
- Jahrestagung der DGG/DGGG/ÖGGG Potsdam 03.–06.12.2008
- Jahrestagung der DGHO/ÖGHO/SGG Mannheim, 02.–06.10.2007

Kongressteilnahme Kolb (für die Arbeitsgruppe)

- Kolb G (2005) „IN-GHO (Initiative Geriatrische Hämatologie und Onkologie) stellt sich vor: Aufgaben, Ziele und Aktivitäten.“ Pressekonferenz anlässlich der 13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG). 4. November 2005, Fulda
- Kolb G (2006) „Granulozytenfunktion und Myelotoxizität im Alter.“ Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie: Forum für Geriatrie Bad Hofgastein 2006. Onkologie in der Geriatrie. 18.–21. März 2006, Bad Hofgastein
- Kolb G (2006) „Die besonderen Therapiebedürfnisse des Geriatrisch-onkologischen Patienten“ (Einführung). 27. Deutscher Krebskongress. Ortho-Biotech-Symposium „Der geriatrisch onkologische Patient –

* Unter der Rubrik „Berichte aus den Arbeitsgruppen“ sollen künftig wesentliche Informationen aus den verschiedenen Arbeitsgruppen veröffentlicht werden. Dies entspricht den einstimmigen Beschluss der Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, die sich am Rande des Jahreskongresses am 24.09.2009 in Göttingen trafen.

Als Einstieg der Bericht aus der Arbeitsgruppe Geriatrische Onkologie (DGG/DGHO) von Prof. G. Kolb. Dieser Bericht sollte hinsichtlich seiner Inhalte und Struktur für die verschiedenen Arbeitsgruppen als Beispiel dienen, wie sich Vorstand der DGG und Herausgeber dieser Zeitschrift die Basisinformation über die verschiedenen Arbeitsgruppen vorstellen. Die Herausgeber bitten um baldige Zusendung ihrer Berichte.

Eine Herausforderung für Klinik und Praxis“. 23. März 2006, Berlin

- Kolb G (2006) „Lebensqualität der „älteren Patientin“ – wie messe ich diese, was ist anders?“ 2. Symposium Lebensqualität in der Gynäkologischen Onkologie. Anspruch und Wirklichkeit. Symposium der Nord-Ost-deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie e. V. (NOGGO) 29. April, Berlin
- Kolb G (2006) Krebsvorsorge und Früherkennung, Mammakarzinom im Alter. Projekt zu gynäkologischen Tumoren bei älteren Frauen. Fortbildungsveranstaltung. Unterstützung durch Fa. Janssen-Cilag für Gynäkologen 20. Juni 2006, Frauenklinik München
- Kolb G (2006) Der alte Tumorpatient – Risikostratifizierung. 4. Wittenberger Konferenz Evangelischer Krankenhäuser Deutschlands. 22.–24. Juni, Wittenberg
- Kolb G (2006) Lebensqualität im Alter – was ist anders? Fachkongress „Mehr Lebensqualität im Alter – Neue Chancen für die Wirtschaft“. 30. Juni, Papenburg
- Kolb G (2006) Schwierige Entscheidungen in der Geriatrischen Onkologie. Post-ASCO 2006. 5. Juni, Karlsruhe
- Kolb G (2006) Does an age related anemia exist? 4th Congress of the European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS). 23.–26. August, Genf
- Kolb G (2006) „75+“ Im Focus: Geriatrische Hämatologie/Onkologie und die Konsequenzen der Gesundheitspolitik, Fortbildungsveranstaltung der Fa. Ortho Biotech, 30. September, Beerse, Belgien
- Kolb G (2006) Onkologische Therapie des älteren Patienten. III. FORUM Onkologie, Fortschritte in der Therapie solider Tumore. 28. Oktober, Bonn
- Kolb G (2006) Der geriatrisch onkologische Patient – Wahrheiten und Irrtümer. Ortho Biotech-Satellitensymposium anlässlich der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie 2006, 5. November, Leipzig
- Kolb G (2006) Vorsorge und Früherkennung des Mammakarzinoms bei der älteren Frau. 1. Gemeinsamer Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG). 16.–18. November, Berlin.
- Kolb GF (2007) Die Bedeutung des älteren Patienten für die Onkologie der Zukunft. Außendienst – Tagung Ortho Biotech, Division of Janssen Cilag-GmbH, 16. Januar, Düsseldorf/Mettmann
- Kolb GF (2007) Der geriatrische Patient in der Onkologie – 75+, Assessment und Therapieplanung. Onkologische Schwerpunktpraxis Lerchenfeld Onko-Treff, 29. August, Hamburg
- Kolb GF (2007) Versorgungsrealität – Vorsorge und Behandlung im Alter, Mamma- und Kolonkarzinom. IN-

GHO®-Fortbildung, Der geriatrische Tumorpatient, 19. September, Stuttgart

- Kolb GF (2007) Die Initiative Geriatrische Hämatologie und Onkologie IN-GHO – Ziele, Aufgaben, Ergebnisse. Die Generation 70+ in der Hämatologie und Onkologie. 5. Oktober, Basel
- Kolb GF (2008) Geriatrisches Assessment. Die ältere Frau im Fokus der gynäkologischen Onkologie. 9. Februar, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Kolb GF (2008) Geriatrisches Assessment. Die ältere Frau im Fokus der gynäkologischen Onkologie NOGGO. 28. Juni 2008, München
- Kolb GF (2008) Geriatrisches Assessment. NOGGO Die ältere Frau im Fokus der Gynäkologischen Onkologie. 29. November, Bremen
- Kolb GF (2008) Knochenmarksfunktion und Chemotherapie im Alter und der Einsatz von Wachstumsfaktoren. Gemeinsamer Kongress der DGG/ÖGGG und der DGGG/SGG Alter(n) gestalten. 3.–6. Dezember, Potsdam
- Kolb GF (2009) Der ältere Tumorpatient. Fortbildungsveranstaltung Tumorzentrum Nordwest-Niedersachsen e.V., 2. März, Wilhelmshaven

Publikationen:

- Schwerpunktheft Geriatrische Onkologie (Hrsg. G. Kolb) mit Beiträgen von L. Balducci, B. Brockmann, M. Hallek, H. Heimpel, K.P. Hellriegel, F. Kamprad, K.-M. Koeppen, G. Kolb, A. Manseck, M. Neises, E. Späth-Schwalbe, U. Wedding, L. Weisbach, Euro J Ger 2000; 4: 149-250
- F. Honecker, U. Wedding, G. Kolb, C. Bokemeyer. Chemotherapie des kolorektalen Karzinoms – welche Therapie ist bei älteren Patienten gerechtfertigt? Onkologie 2001; 24: 87-94
- Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Schwerpunktthema Geriatrische Onkologie (Hrsg. G. Kolb, C. Bokemeyer) mit Beiträgen von G. Kolb, C. Bokemeyer, O. Kloke, J.G. Meran, E. Späth-Schwalbe, U. Wedding, K Höffken. Z Gerontol Geriat 2001; 34: 259-291
- I. Genvresse, E. Späth-Schwalbe, C. Bokemeyer. Behandlung des multiplen Myeloms bei älteren Patienten. Onkologie 2001; 24: 386-390
- C. Bokemeyer, G. Kolb (Editorial) The situation of elderly cancer patients. Onkologie 2001; 24: 324-325
- K. Höffken, G. Kolb, U. Wedding (Hrsg.) Lehrbuch Geriatrische Onkologie, Springer-Verlag 2001, Berlin, Heidelberg, New York, ISBN 3-540-67411-X
- F. Honecker, U. Wedding, E. Späth-Schwalbe, H.P. Lipp, G. Kolb, C. Bokemeyer Einsatz hämatopoetischer Wachstumsfaktoren bei der Chemotherapie älterer Tumorpatienten. Arzneimitteltherapie 12: 386-393

- Bokemeyer C, Honecker F, Wedding U, Späth-Schwalbe E, Lipp H.P, Kolb G (2002) Use of Hematopoietic Growth Factors in Elderly Patients Receiving Cytotoxic Chemotherapy. *Onkologie* 25: 32-39
 - Kolb G, Bokemeyer C (2001) Editorial: Die Situation des alten Tumorpatienten. The old cancer patient. *Z Gerontol Geriatr*; 34: 259-262
 - Bokemeyer C, Kolb G (2001) Editorial: The Situation of Elderly Cancer Patients. *Onkologie* 24: 324-325
 - C. Friedrich, G. Kolb, L. Pientka (2003) Assessment-gestützte Entscheidungen bei älteren Patienten in der Onkologie. *Euro J Ger*4: 174-181
 - Bokemeyer C, Kolb G (2003) Editorial: Geriatric oncology: Appropriate Assessment is the basis for Clinical Trials and Routine Care. *Onkologie* 26: 323-324
 - Bokemeyer C, Honecker F: Chemotherapie des fortgeschrittenen kolorektalen Karzinoms: Behandlungsoptionen für ältere Patienten. *Onkologie* 2003; 26 (Suppl 7): 48-53
 - Kolb G, Bokemeyer C (2004) Maligne Erkrankungen bei älteren Patienten. *Onkologisch* 2: 10-11
 - Wedding U, Bokemeyer C, Meran JG; Working Group Geriatric Oncology of the German Society for Haematology and Oncology (DGHO); Austrian Society for Haematology and Oncology (OGHO); German Society for Geriatrics (DGG): Elderly patients with acute myeloid leukaemia: characteristics in biology, patients and treatment. Recommendations of the Working Group Geriatric Oncology of the German Society for Haematology and Oncology (DGHO), the Austrian Society for Haematology and Oncology (OGHO) and the German Society for Geriatrics (DGG). *Onkologie* 2004; 27 (1): 72-82
 - Honecker F, Wedding U, Bokemeyer C: Chemotherapy in elderly patients with advanced lung cancer. Part I: General aspects and treatment of small cell lung cancer (SCLC). *Onkologie* 2004; 27 (5): 500-505
 - Honecker F, Wedding U, Bokemeyer C: Chemotherapy in elderly patients with advanced lung cancer. Part II: Treatment of non-small cell lung cancer (NSCLC). *Onkologie* 2004; 27 (6): 583-588
 - Bokemeyer C, Kolb G (2004) Interdisziplinäre AG Geriatrie Onkologie der DGG und DGHO: Symposium Geriatrie Onkologie (im Rahmen des 26. Deutschen Krebskongresses 2004, Berlin) *Euro J Ger* 6; 3: 151-155
 - Altersmedizin aktuell (Hrsg. Heiß) (2005) Kapitel Hämatologie und Onkologie 7.5.1. Kolb G, Bokemeyer C. Der alte Tumorpatient. 7.5.3. Kolb GF. Die Behandlungssituation des alten Tumorpatienten: Basisdaten und Epidemiologie. 7.5.4. Honecker F, Bokemeyer C, Kolb GF. Zytostatische Therapie, Wachstumsfaktoren und supportive Maßnahmen. Kapitel Verdauungssystem 7.8.3. Leischker AH, Kolb GF. Mangelernährung. *ecommed Medizin*, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Landsberg ISBN 3-609-10370-1
 - Kolb G, Bokemeyer C (2007) VII-8.1 Der alte Tumorpatient. In: Loseblattwerk „Onkologie“, 23. Ergänzungslieferung, Zeller WJ, Zur Hausen H (Hrsg.), *ecommed Medizin Verlag*, Landsberg ISBN 3-609-76300-0
 - Honecker F, Bokemeyer C, Kolb GF (2007) VII-8.4 Zytostatische Therapie, Wachstumsfaktoren und supportive Maßnahmen im Alter. In: Loseblattwerk „Onkologie“, 23. Ergänzungslieferung, Zeller WJ, Zur Hausen H (Hrsg.), *ecommed Medizin Verlag*, Landsberg ISBN 3-609-76300-0
 - Honecker F, Kolb G, Bokemeyer C (2008) Supportivtherapie in der Geriatrie Onkologie. *Forum* 23: 35-37
 - Bokemeyer C (Herausgeber) (2009): Geriatrie Onkologie. *Onkologie* 32, Supplement 3.
 - Kolb G (2009) Förderpreis Geriatrie Onkologie 2008. *Onkologie* 2009; 32: 62
 - Honecker F, Kolb G: Geriatrie Onkologie: Zu alt für eine Tumortherapie? *best practice onkologie*, 6, 4: 46-54
- Publikationen, in die Themen und Ergebnisse der Arbeitsgruppen-Arbeit Eingang gefunden haben:**
- Kolb G (2005) Tumorscreening im Alter. *Geriatrie Praxis*, Österreich 5:16-19
 - Leischker AH, Kolb GF (2005) Assessment in der Onkologie, Teil 1. *Geriatrie Journal* 7; 6: 14-20
 - Leischker AH, Kolb GF (2006) Geriatrie Assessments in der Onkologie, Teil 2. *Geriatrie Journal* 8; 1: 40-45
 - Kolb GF (2006) Geriatrie Onkologie. Onkologische Therapiemöglichkeiten im Alter. In: Reiners Hartmut (Hrsg.) *Onkologie im Zwiespalt zwischen Möglichkeiten und Anforderungen*. (Tagungsband LAGO) LIT Verlag Berlin ISBN 3-8258-9282-4
 - Kolb G (2006) Chancen und Risiken der Vorsorge bei älteren Menschen bezogen auf die großen Drei: Mammarkarzinom, Prostatakarzinom und kolorektale Karzinome. *Zentralblatt für Gynäkologie* 128: 123-128
 - Kolb G (2006) Geronto-Onkologie – Herausforderung der Zukunft. In: Häussler B, Klusen N. (Hrsg.) *Jahrbuch der medizinischen Innovation Band 3, Innovationen gestalten den demographischen Wandel*. IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin) Verlag Schattauer GmbH Stuttgart, ISBN-10: 3-7945-2528-0, Kapitel 2.1., 19-27
 - Kolb GF (2006) Wachstumsfaktoren in der Altersonkologie. *Geriatrie Journal* 8; 6: 26-31

- Leischker AH, Kolb GF (2007) Diagnostik- und Therapieziele beim alten Patienten. *Der Internist* 48: 1195-1205
 - Kolb G (2007) VII-8.3 Die Behandlungssituation des alten Tumorpatienten: Basisdaten und Epidemiologie. In: Loseblattwerk „Onkologie“, 23. Ergänzungslieferung, Zeller WJ, Zur Hausen H (Hrsg.), ecomed Medizin Verlag, Landsberg ISBN 3-609-76300-0
 - Kolb GF (2008) Krebsvorsorge bei älteren Patienten. Sinn und Unsinn von Screening-Methoden. *Der Allgemeinarzt* 30; 3: 40-43
 - Kolb GF (2008) Der ältere Patient (Kap. 14, S. 145-153). In: *Neue Trends zu G-CSF in der Onkologie* (Hrsg: Ehninger G, Sölch JP, Welte K) Springer Medizin Verlag Heidelberg, ISBN 978-3-540-49123-1
 - Kolb GF (2008) Knochenmarks- und Granulozytenfunktion, Neutropenie und myeloische Wachstumsfaktoren in der Altersonkologie. *Euro J Ger* 10; 1: 6-13
 - Kolb GF (2008) Geriatrische Onkologie (Kap. 8h, s.307-319). In: *Geriatrie. „Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten“*. Böhmer F, Füsigen I (Hrsg) UTB-Studienbuch. Böhlau Verlag Ges.m.b.H und Co.KG, Wien. ISBN 978-3-8252-8404-6
 - Kolb GF, Leischker AH (Hrsg.) (2009) *Medizin des alternden Menschen – Lehrbuch zum Gegenstandskatalog der neuen ÄApprO*. [eigene Beiträge darin: 8 Besondere Probleme: Bösartige Erkrankungen im Alter. 23 Unterricht Q7 (Medizin des Alterns und des alten Menschen) an 36 deutschen medizinischen Fakultäten. Beiträge zus. mit Leischker AH, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart. ISBN 978-3-8047-2415-0
 - Leischker AH, Kolb GF (2009) Diagnostik und Therapie in der Onkologie – leitliniengerecht? *Journal Onkologie* 8: 390-397
 - Kolb GF (2008) Knochenmarks- und Granulozytenfunktion, Neutropenie und myeloische Wachstumsfaktoren in der Altersonkologie. *Euro J Ger* 10; 1: 6-13
 - Kolb GF (2008) Geriatrische Onkologie (Kap. 8h, S. 307-319). In: *Geriatrie – Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Böhmer F, Füsigen I (Hrsg) UTB-Studienbuch. Böhlau Verlag Ges.m.b.H und Co.KG, Wien. ISBN 978-3-8252-8404-6
 - Honecker FU, Wedding U, Rettig K, Huschens S, Bokemeyer C on behalf on the IN-GHO Advisory Board. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in elderly patients (pts) with solid tumors: CGA and not age predicts mortality. *J Clin Oncol* 2009;27:15s (Suppl; Abstr. 9549)
 - Leischker AH, Kolb GF (2009) Diagnostik und Therapie in der Onkologie – leitliniengerecht? *Euro J Ger* 11, 3-4: 110-120
 - Kolb GF, Leischker A, Schmitz S, Baumann W (2009) Erfordernisse älterer Tumorpatienten vor dem Hintergrund der Versorgungsrealität. *Onkologie* 32 (Suppl 3): 1-6
- Sonstiges:**
- Wilsede-Schule für Onkologie und Hämatologie; Geriatrische Onkologie. Seminar vom 21.-24.03.2001 und 14.-16.02.2002
 - Wilsede-Schule für Onkologie und Hämatologie, Wilsede 29.-30. Juni 2005, Schwerpunktthema Geriatrische Onkologie
- Aktivitäten aus der Arbeitsgruppe heraus:**
- Weitere Initiative, die aus der Arbeitsgruppe Geriatrische Onkologie DGG/DGHO heraus entstanden ist, die Initiative Geriatrische Hämatologie und Onkologie (IN-GHO), ein Projekt, das mit freundlicher Unterstützung von Ortho-Biotech, Division of Janssen-Cilag GmbH durchgeführt werden kann und das im Folgenden beschrieben ist:
- Quelle: Bornkessel B. et al (2006) Der geriatrisch onkologische Patient – eine Herausforderung für die medizinische Versorgung. Beilage zu *Onkologie* 29, Heft 6
- *Mitglieder der Arbeitsgruppe Geriatrische Onkologie DGG/DGHO:**
- C. Bokemeyer, Hamburg; C. Friedrich, Bochum; M. Freund, Rostock; M. Görner Bielefeld; M. Graubner, Schotten; K.P. Hellriegel, Berlin; F. Honecker, Hamburg; K.-M. Koeppen, Berlin; G. Kolb, Lingen (Ems); G.; H. G. Mergenthaler, Stuttgart; J. Meran, Wien; L. Pientka, Bochum; H. Schmidt, Hameln; S. Schmitz, Köln; M. Schröder, Duisburg; E. Spät-Schwalbe, Berlin; R. Stauder, Innsbruck; U. Wedding, Jena

Mitteilungen der DGG / ÖGGG / DVGG

Protokoll der 8. Mitgliederversammlung des DVGG

Ort: Frankfurt am Main

Datum: 9. Dezember 2009

Beginn: 12.00 Uhr

Anwesende: Prof. Dr. Dr. G. Kolb (Präsident), Prof. Dr. B. Wöstmann (2. Vizepräsident), Prof. Dr. W. Oswald, Dr. H.-P. Huber, Frau Dr. Dietrich, Frau Gospodarek, Prof. Dr. Hardt, sowie als außerordentliche Mitglieder: Frau Dr. Neubauer, Herr van den Heuvel

Entschuldigt: Prof. Dr. H. Gutzmann (1. Vizepräsident), Prof. Höltnann, Prof. Lüttje

Stimmrechte wurden gemäß § 8 Abs. 4 der Satzung übertragen von:

Herr PD Dr. A. Hassel auf Dr. Huber

Frau PD Dr. Nitschke auf Dr. Huber

Dr. Carstensens auf Prof. Kolb

Herr PD Dr. Dr. C. Köppel auf Prof. Kolb

TOP 1: Genehmigung der Tagesordnung

Die vorgeschlagene Tagesordnung wurde rechtzeitig versandt. Die Tagesordnung wird einstimmig genehmigt.

TOP 2: Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung vom 04.11.2008 in Frankfurt

Das Protokoll wird einstimmig genehmigt.

TOP 3: Bericht des Präsidenten

Seit der letzten Mitgliederversammlung am 4. November 2008 fanden diverse Vorstandssitzungen – allesamt aus Kostensparnisgründen als Telefonkonferenzen – statt.

Folgende Aktivitäten bedürfen der besonderen Erwähnung und der Diskussion in der Mitgliederversammlung:

1. Wichtige Formalien, Internet-Website:

Auf Hinweis von Herrn Peter Jaensch, der bislang unsere Website pflegt, wurde auf der Domain DVGG.de ein Inhaber/Administrationswechsel durchgeführt. Es ist ein rein formaltechnischer Akt, der mit dem Wechsel der Präsidentschaft zu tun hatte, der aber durchgeführt werden musste. Als Domain-Inhaber fungiert immer der Präsident zusammen mit Herrn Peter Jaensch als Administrator. Falls die Mitglieder direkt Kontakt zu Herrn Jaensch aufnehmen wollen, z.B. für Erläuterungen, insbesondere aber für Einstellungen von Informationen auf die Website, bittet der Präsidenten vorab zumindest um Mitteilung.

2. Aufgabenverteilung im Dachverband:

Seit dem Austritt der DGGG aus dem Dachverband am 14.11.2008 mit Wirkung ab 2009 wurde – wie auch im Schreiben des Präsidenten an die Delegierten der Mitgliedsverbände der DVGG sowie an die kooperierende Mitglieder des DVGG am 26.11.2008 mitgeteilt – eine Diskussion hinsichtlich einer (Neu-)Verteilung der Aufgaben in den geriatrischen Mitgliedsgesellschaften ausgelöst. Dies speziell im Hinblick auf wissenschaftliche Aufgaben und im Hinblick auf die Öffentlichkeitsarbeit. Es war in der Vergangenheit leider öfter so, dass gut gemeinte Aktivitäten zum Nachteil der geriatrisch-gerontologischen Gesellschaften, die oft un-abgesprochen, nicht gut koordiniert und teilweise sogar gegenläufig abliefen, so dass die notwendige Meinungsbildungsarbeit speziell auch gegenüber der Politik wie z.B. bei Neuordnung des Pflegegesetzes ein unnötig uneinheitliches Bild ergaben, dass unvermeidbar zu einem entsprechenden Glaubwürdigkeitsverlust führte. Der Vorstand hat sich daher am 17.02.2009 darüber verständigt, einen Vorschlag zu erarbeiten, der dann mit den beteiligten Gesellschaften abzustimmen wäre. Der erste Entwurf erging als Diskussionsgrundlage zunächst schriftlich an DGG und BVG als geriatrisch-gerontologischer „Hauptplayer“ mit der Bitte, evtl. Wünsche und Vorstellungen zu skizzieren und um in eine spezifischere Diskussion zu kommen. Unterschieden wurden die einzelnen Punkte:

- Wissenschaftliche Kongresse
- Berufspolitik
- Pressearbeit
- Kontaktpflege zu wichtigen Laienorganisationen (BAG-SO)
- Strukturplanung medizinischer Versorgung
- Kontakte zu den Ausschüssen des Gesundheitsministeriums des Bundes
- Kontakte zu den Ausschüssen der Sozialministerien der Länder
- Kontakte zu Landesarbeitsgemeinschaften des BVG
- Kontakte zu anderen wissenschaftlichen Fachgesellschaften
- Kontaktpflege zur AWMF, sowie Mitarbeit in Arbeitsgruppen der AWMF zur Erarbeitung von – interdisziplinären – Leitlinien.

Dieses ursprüngliche Konzept wurde in der folgenden Diskussion erweitert um die Punkte:

- Weiterbildungsbeauftragter Medizin
- Weiterbildung Pflege und Therapeuten

Bezogen auf die letzten beiden Punkte war bereits konkret vorgesehen, dass die Weiterbildung der Ärzte an den Weiterbildungsbeauftragten der DGG gebunden sein sollte, während die Weiterbildung Pflege und Therapeuten ein Schwerpunkt des BVG darstellt, der entsprechende Programme zur Weiterbildung erarbeitet und implementiert (z.B. das Zercur-Programm)

Dabei ging es nicht um die ausschließliche Zuständigkeit sondern im Wesentlichen um die Rolle der organisatorischen Federführung und der Abstimmung, um parallele Aktivitäten zu vermeiden. Gedacht war weiterhin, dass der Dachverband über alle diese Aktivitäten auch aktiv und regelmäßig informiert wird, um seiner satzungsgemäßen Koordinationsaufgabe auch nachkommen zu können.

Die Zuständigkeiten nebst Erläuterungen hierzu wurden in tabellarischer Form gefasst und kursierten vom DVGG ausgesandt zwischen BVG und DGG, wobei auch noch die Gerostomatologie mit einbezogen wurde (naturgemäß waren die Abgrenzungen hier am einfachsten).

Es fand weiterhin am 4.5.2009 ein Treffen in Osnabrück statt – anwesend waren Herr *van den Heuvel*, Herr Prof. *Lüttje* und der Präsident – bei dem die besondere Rolle des Bundesverbandes in Sachen Berufspolitik, speziell auch in Angelegenheiten, die zusammen mit dem Deutschen Pflegerat zu verhandeln sind, abgestimmt wurde.

3. Aktivitäten aus der Untersuchung über „Versorgungsdichte mit geriatrischer Fachkompetenz in Deutschland“, *Euro J Ger 11 (2009) 1: 11-13*

Die Arbeit zum Thema „Versorgungsdichte mit geriatrischer Fachkompetenz in Deutschland“, ein Projekt des Dachverbandes wurde in *Euro J Ger 11 (2009) 1: 11-13* publiziert. In diesem Zusammenhang war es ausgesprochen beeindruckend, dass der Beitrag praktisch keine Resonanz erbrachte. Eine danach über die BAGSO platzierte Pressemitteilung löste dagegen erhebliche Reaktionen aus, was die Wichtigkeit einer gezielten Pressearbeit unterstreicht. Diverse Pressestellen, darunter die Deutsche Ärztezeitung, haben weitere Informationen erbeten, die zu mehreren Publikationen geführt haben. Regionale Pressemitteilungen, z.B. der Hausärzte und lokalen Ärzterverbände (wie z.B. aus Fürth, wo sich Sprecher der Hausärzte angegriffen fühlten) haben teilweise zu erheblichen Reaktionen geführt. Es sei jedoch nochmals daher klar herausgestellt, dass die Untersuchung im *Euro J Ger* nicht die ambulante, sondern vielmehr die klinische Geriatrie im Fokus hatte und in keiner Weise die Aufgaben der Hausärzte im ambulanten Bereich in Frage stellt.

4. Geriatrie versus Gerontopsychiatrie

Über Herrn Prof. *Höltmann* wurde der Präsident Mitte des Jahres über das Thema „Kompetenzfrage: Geriatrie ver-

sus Gerontopsychiatrie“ informiert. Grundlage ist ein Forum über die „Altenheimpflege und die Situation in Altenheimen“ (Initiator *Werner Schell*). Es geht im Wesentlichen um pflegerische Fragen. Es ist letztendlich die Frage, was in der Gerontopsychiatrie, Geriatrie oder Psychiatrie dominiert, der spezifische psychiatrische Aspekt oder spezifische Kenntnisse in der Pflege alter oft multimorbider Patienten. In dieser Frage sind die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und natürlich der Bundesverband Geriatrie (Fachkompetenz Pflegeweiterbildung) zu einer gemeinsamen Erklärung oder aber auch zu gemeinsamen Aktionen gefragt. Der Präsident sieht für das Feld „gerontopsychiatrische Aspekte der Pflege alter Patienten“ deutlichen Weiterbildungsbedarf als Aufgabe beider Fachgesellschaften. Evtl. kann auf dem Zercur-Programm aufgebaut werden.

5. Geplante Aktivitäten 2010

Der Präsident wurde anlässlich des letzten Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie durch den Vorstand DGG angefragt, einen „Pflege-Ankongress“ 2010 auszurichten. Der nächste DGG-Jahreskongress, der auch wieder ein gemeinsamer Jahreskongress zusammen mit der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie sein wird, wird vom 16.09.–18.09.2010 in Potsdam stattfinden. Der Vorstand des DVGG hatte durch den Präsidenten grundsätzlich Bereitschaft erklärt, allerdings aus gutem Grunde die gemeinsame Zuständigkeit von Bundesverband Geriatrie und Dachverband der Geriatrischen und Gerontologischen Gesellschaften Deutschlands betont und weiterhin darauf hingewiesen, dass auch die Sektion II der DGGG kontaktiert werden solle, um weiteren Zerwürfnissen vorzubeugen und eine Teilnahme am in unmittelbarer räumlicher und zeitlicher Nähe, nämlich in Berlin vom 15.09.–17.09.2010, stattfindenden DGGG-Kongress für interessierte Mitglieder, speziell aus der Sektion II, zu gewährleisten. Um u.a. zeitliche Überschneidungen mit dem DGGG-Kongress zu vermeiden, haben Herr *Lüttje* als Vorsitzender des BVG und Prof. *Kolb* sich darauf verständigt, dass der Kongress in den DGG-ÖGGG-Jahreskongress integriert werden soll. Dies wurde bereits sehr erfolgreich 2005 in Fulda, damals unter alleiniger Organisation der DGG, durchgeführt. Der BVG hat bereits durch den Präsident elect und für 2010 designierten Präsidenten und Kongresspräsidenten DGG, Herrn Prof. *Hofmann*, mündlich zugestimmt, wobei die schriftliche Zusage noch aussteht. Die Vorbereitungen laufen, Herr *Thiesemann* (DGG), der sehr engagiert bereits 2005 in Fulda mitgearbeitet hat, wurde mit in die Planung einbezogen. Von der ÖGGG liegt die Zusage vor, dass der DVGG voraussichtlich drei oder vier Tagesblöcke mit je drei bis vier Referenten aus den Bereichen Pflege und Therapie bestücken wird. In Fulda hatte der DVGG seinerzeit

einen ganzen Tag mit jeweils zwei parallelen Blöcken bestückt, die alle sehr gut besucht, sogar deutlich überfüllt waren. Somit ist davon auszugehen, dass bei entsprechender intensiver Bewerbung der Kongress – entsprechend den Erfahrungen aus Fulda – sehr erfolgreich sein kann. Andere Fachgesellschaften, wie z. B. die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO), haben solche integrierten Pflegekongresse bereits seit Jahren erfolgreich praktiziert; mittlerweile sind sogar eigene zusätzliche Veranstaltungen hieraus erwachsen.

6. Bitte um Rückmeldung bei weiter geleiteten Vorgängen

Es gehen immer wieder Anfragen an den Dachverband ein, die dann vornehmlich vom Präsidenten mit einem entsprechenden Kommentar an die zuständigen Fachgesellschaften weitergeleitet werden. Dies wird in der Regel mit einem kurzen Anschreiben an die Anfrager begleitet, in dem mitgeteilt wird, an welche Fachgesellschaften die Anfrage verwiesen wurde und eine ggf. bereits seitens des DVGG erfolgte Antwort daher als vorläufig anzusehen sein sollte. Leider erhält der Vorstand praktisch nie eine Rückmeldung (Ausnahme ist die BAGSO). Daher folgende Bitte: Der Vorstand erbittet Stellungnahmen oder Antwortschreiben als Kopie nachrichtlich an den Präsidenten.

7. Weitere laufender Projekte

Die Anfrage zur Teilnahme älterer Patienten an klinischen Zulassungsstudien läuft. Die bisher vorliegenden Ergebnisse deuten daraufhin, dass Ältere, wie von unserer Seite vermutet, in klinischen Zulassungsstudien erheblich unterrepräsentiert sind.

8. Wiederaufleben der Gerontologica

Auf Anregung von Herrn Swoboda und anderen hat der Präsident erneut Kontakt zur Messe Frankfurt aufgenommen. Zunächst fand eine Telefonkonferenz statt, danach kamen zwei Vertreter der Messe Frankfurt am 28. Mai 2009 nach Lingen. In einer fast 6-stündigen Sitzung wurde über Chancen und Risiken einer neuerlichen Gerontologica diskutiert. Spätestens im Herbst wollte sich die Messe Frankfurt nach interner Diskussion wieder melden, dies ist bisher nicht geschehen. Man will dieses Thema derzeit offensichtlich nicht angehen; der Präsident wird zum Jahreswechsel aber noch einmal erinnern.

TOP 4: Bericht des 1. Vizepräsidenten

Aufgrund der kurzfristigen Verhinderung von Prof. Gutzmann musste dieser Bericht entfallen.

TOP 5: Bericht des 2. Vizepräsidenten

Prof. Wöstmann berichtet über verschiedene Besuche bei der BAGSO (Vorbereitungstreffen für den Seniorentag

und Mitgliederversammlung). Weiterhin berichtet er über die Teilnahme des DVGG beim Seniorentag in Leipzig (TOP 8, Ergänzungen dazu durch Prof. Wöstmann und Prof. Oswald).

Anschließend stellt er den Kassenbericht vor.

Prof. Oswald und Dr. Huber werden als Kassenprüfer vorgeschlagen. Darüber Abstimmung: Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Die Kasse wird daraufhin von Prof. Oswald und Dr. Huber geprüft.

TOP 6: Genehmigung des Berichts über das Geschäftsjahr 2007/2008

Der Jahresbericht wird vom Präsidenten vorgestellt, der vorgelegte Bericht einstimmig genehmigt.

TOP 7: Entlastung des engeren Vorstandes

Nach Bericht der Kassenprüfer stellt Prof. Oswald den Antrag auf Entlastung des Vorstandes. Der Antrag wird einstimmig bei zwei Enthaltungen angenommen.

TOP 8: Bericht über die Beteiligung DVGG am 9. Deutschen Seniorentag 2009 in Leipzig (Prof. Dr. Oswald, Prof. Dr. Wöstmann)

Am Deutschen Seniorentag war der DVGG vielfältig beteiligt. An einem Stand auf der Ausstellung SenNova, der in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin betreut wurde, präsentierte sich der Dachverband insbesondere zur Demenzprävention (SimA). Ebenfalls in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin wurde ein Workshop zur Mundgesundheit durchgeführt. In diesem Workshop wurden Informationen zu den verschiedenen Zahnersatzformen von einfachen herausnehmbaren Prothesen bis hin zu festsitzenden Kronen und Brücken sowie Implantaten vermittelt. Hinweise zur Zahn- und Prothesenpflege fehlten ebenso wenig wie die Beschreibung von Möglichkeiten und Grenzen der Mundhygienebetreuung insbesondere durch Pflegekräfte bei sehr alten und pflegebedürftigen Patienten.

Ein weiterer Workshop befasste sich mit dem Thema Alzheimer und ging der Frage nach, wie sich diese Krankheit hinauszögern und ggf. verhindern lässt. Prof. Oswald und sein Team von der Forschungsgruppe Prävention und Demenz gaben ausführliche Informationen zum Thema Alzheimer und erläuterten ausführlich das SimA-Programm, zu dessen Wirksamkeit mittlerweile Daten auf gutem Evidenzniveau vorliegen und erläuterten in praktischen Übungen die Vorgehensweise vor mehr als 200 Teilnehmern. Schließlich war der Dachverband (Prof. Oswald) an den Foren C „Häusliche Versorgung und stationäre Pflege“ und F: „Alter aktiv leben – körperlich und geistig

beweglich bleiben“ beteiligt. Die Foren waren jeweils etwa von 200–250 Personen besucht.

TOP 9: Öffentlichkeitsarbeit DVGG, insbesondere zusammen mit BAGSO

Frau Dr. *Neubauer* regt an, dass in den BAGSO Nachrichten „Gesundheit und Pflege“ öfter ein Beitrag vom DVGG eingestellt werden könnte. Prof. *Kolb* regt an, das Thema „Tumor im Alter“ für den nächsten Seniorentag aufzunehmen.

9.1: Pressemeldung BAGSO/DVGG zur Versorgungsdichte im Bereich der Altersmedizin

Die Meldung „Wissenschaftler und Seniorenverbände warnen vor Ärztemangel im Bereich der Geriatrie“ entstand auf der Grundlage einer Umfrage des DVGG bei den Ärztekammer. (Kolb G: Versorgungsdichte mit geriatrischer Fachkompetenz in Deutschland, Euro J Ger 11 (2009) 1: 11-13). Prof. Kolb verweist dazu auf seinen Bericht (TOP 3, Punkt 3).

TOP 9.2: Sachstand Umfrage Pharma-Industrie, Studien- und Datenlage Medikamente (Neuzulassungen und Indikationsänderung) während der letzten zehn Jahre für Patienten 70+

Prof. Kolb verweist dazu auf seinen Bericht (TOP 3, Punkt 7).

TOP 10: Planung künftiger Aktivitäten, Anregungen der Mitglieder

Weitere Aktivitäten sollen das Ziel verfolgen, ähnlich wie die unter 9.1 genannte Erhebung, die Probleme der Geriatrie bekannter zu machen. Ein Thema könnte sein: „Zustand der Betreuung dementer Patienten in nicht darauf spezialisierten Abteilungen“.

TOP 11: Festlegung Termin und Ort der nächsten Mitgliederversammlung

Die nächste Mitgliederversammlung ist für den 26.10.2010 ebenfalls in Frankfurt vorgesehen.

TOP 12: Verschiedenes

Frau Dr. *Neubauer* teilt mit, dass Frau Prof. *Lehr* bei der letzten Mitgliederversammlung der BAGSO im November zur 1. Vorsitzenden gewählt wurde.

Ende der Sitzung: 15.45 Uhr

Für das Protokoll

Prof. Dr. *B. Wöstmann*

Prof. Dr. Dr. *G. Kolb*

Ausschreibung des Förderpreises Geriatrie Onkologie

Die Arbeitsgruppe Geriatrie Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) e. V. schreibt für das Jahr 2010 den „Förderpreis Geriatrie Onkologie“ aus.

Der Förderpreis ist mit 10 000 Euro – gestiftet durch die Firma medac – dotiert und wird für eine herausragende wissenschaftliche Publikation oder ein Forschungsprojekt aus dem Bereich der geriatrischen Onkologie (Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation) vergeben.

Eine Jury, bestehend aus Vertretern aus Geriatrie und Onkologie entscheidet nach Ablauf der Einreichungsfrist unabhängig über die Prämierung. Die Ehrung der Preisträger wird im Rahmen Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Österreichischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (ÖGGG) vom 16.–18.09.2010 in Potsdam stattfinden

Antragsunterlagen können unter dem Stichwort „Förderpreis Geriatrie Onkologie DGG/DGHO 2010“ angefordert werden bei:

Herrn

Prof. Dr. Dr. Gerald F. Kolb

St. Bonifatius Hospital

Wilhelmstr. 13

49808 Lingen

E-Mail: gerald.kolb@bonifatius-lingen.de

Bewerbungsschluss ist der 30. Juni 2010.

Mit dem Preis sollen insbesondere jüngere forschende Kollegen in der Geriatrie und Onkologie angesprochen werden. Deshalb sollen die Bewerber/Innen das 45. Lebensjahr noch nicht überschritten haben!

Prof. Dr. Dr. *Kolb*

Prof. Dr. *Bokemeyer*

Vorsitzende der Arbeitsgruppe Geriatrie Onkologie DGG/DGHO

Mitteilungen der DGG / ÖGGG / DVGG

Protokoll der Mitgliederversammlung anlässlich der 18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

Ort: Göttingen

Datum: 26. September 2009

Beginn: 17.00

Ende: 18.30

Anwesend: 100 Mitglieder.

TOP 1 Begrüßung der Mitglieder durch den Präsidenten

Der Präsident Prof. *Vogel* begrüßt die zur ordentlichen Mitgliederversammlung anwesenden Mitglieder und Gäste und erläutert die Agenda der diesjährigen Mitgliederversammlung. Er stellt fest, dass ordnungsgemäß eingeladen wurde und stellt die Beschlussfähigkeit der Versammlung fest. Daraufhin verliest er die Namen der seit der letzten Mitgliederversammlung verstorbenen Mitglieder: Dr. med. *Bendix Kark* (Gründungsmitglied), Dr. med. *Gösta Trunzler* und Dr. med. *Werner Rötter*.

Die anwesenden Mitglieder erheben sich zu einem Gedenken an die verstorbenen Mitglieder.

TOP 2 Annahme des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung vom 03.12.2009

Das Protokoll wird ohne Einwände, Ergänzungen oder Widersprüche angenommen. Ebenfalls angenommen wird die Tagesordnung der Mitgliederversammlung.

TOP 3 Bericht des Präsidenten

In seiner Rede beginnt Prof. *Vogel* mit einer Zusammenfassung des vergangenen Jahres und des vergangenen Kongresses in Zusammenarbeit mit der DGGG, der aus seiner Sicht durchaus erfolgreich verlaufen ist. Die Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften gestaltete sich aufgrund persönlicher Freundschaften zu den jeweiligen Präsidenten des BVG, des Dachverbandes sowie zu den österreichischen Vorstandsmitgliedern sehr freundschaftlich und konstruktiv. Er berichtet, dass sich auch das Klima innerhalb des Berufsverbands und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für die Geriatrie deutlich aufgehellt habe und hier Dinge erreicht worden seien, an die man vor ein paar Jahren noch nicht hätte denken können.

Bei der Planung des Kongresses für 2010 sei es jedoch aufgrund zahlreicher Probleme nicht gelungen, die Tagung der DGGG in Verbindung mit der Jahrestagung der DGG an einem Ort stattfinden zu lassen. Hier hätten sich erhebliche

Schwierigkeiten aufgetan, die zum Teil in der Frage der Finanzierung, jedoch auch in der Frage der Verteilung evtl. Erlöse niedergeschlagen hätten. Aus diesem Grunde solle der nächste Jahreskongress der DGG nicht in Berlin sondern in Potsdam stattfinden und zwar als fünfter gemeinsamer Kongress zusammen mit der ÖGGG.

Dieser Kongress finde fast zeitgleich mit der DGGG statt, sodass die Mitglieder durchaus die Chance hätten, beide Kongresse zu besuchen und somit ein wissenschaftlicher Austausch stattfinden könne.

PD Dr. *Hofmann* werde ihn als Kongresspräsident bei der Organisation des Potsdamer Kongresses unterstützen.

Die Zusammenarbeit mit der DGIM entwickle sich erfreulich. Die DGG sei aufgefordert, eine eigene Postersession in Wiesbaden zu organisieren. Außerdem habe die DGIM beschlossen, die Geriatrie in der Frage der Musterweiterbildungsordnung zu unterstützen.

Den Bericht des Präsidenten nimmt Herr *Vogel* noch mal zum Anlass, Herrn Prof. *Schulz* zur Einrichtung des sechsten Lehrstuhls für Geriatrie in Deutschland zu gratulieren. Danach geht er darauf ein, dass qualitätsorientiertes Arbeiten unter dem Kostendruck der geriatrischen Abteilungen immer schwerer wird. Dem schleichenden Verfall der Strukturqualität sollte entsprechender Widerstand entgegen gesetzt werden. Gleichzeitig müssen jedoch komplementäre Netzwerke gefunden werden, die zu günstigen Kosten auch im ambulanten Bereich geriatrische Arbeit leisten.

Die Kostenfrage werde in den nächsten Jahren noch brennender auf uns zukommen, wenn die Wirtschaftskrise im Bereich des Gesundheitswesens angekommen sei. In diesem Sinne würde auch die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie weiterhin sehr sparsam wirtschaften und die Ausstattung der Kongresse müsse unter strengen Wirtschaftlichkeitskriterien erfolgen.

Prof. *Vogel* bedankt sich an dieser Stelle auch bei den Mitgliedern des Förderkreises, die auch in dieser schwierigen Zeit die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie weiterhin unterstützen.

An dieser Stelle unterbricht der Präsident seine Rede und gibt Herrn PD Dr. *Bauer* das Wort.

Herr Kollege *Bauer* schildert seine Arbeit bei der EUGMS und erklärt, dass es mit der Neuwahl des Europarlaments vordringliche Aufgabe sei, die bislang bestehende Inter-

group of Aging auch in die neue Legislaturperiode herüber zu retten.

Er bittet daher alle Anwesenden, sofern sie Kontakt zu Mitgliedern des Europaparlaments haben, auf die Problematik der dringend benötigten Intergroup of Aging hinzuweisen und für eine Verlängerung des Mandats zu sorgen.

Darüber hinaus kündigte er die Gründung einer neuen Zeitschrift der EUGMS mit dem Titel „European Journal of Geriatric Medicine“ an. Ziel dieser Zeitschrift ist vorwiegend hochrangige Reviews zu publizieren. Im Laufe der Jahre sollen jedoch auch Originalarbeiten publiziert werden können. Die Zeitschrift will er nicht als Konkurrenz zum Fachorgan der DGG verstanden wissen.

Als dritten Punkt weist er auf die Kongresse der EUGMS in Dublin vom 29.09. bis 01.10. hin und fordert die anwesenden Mitglieder auf, möglichst zahlreiche Beiträge einzureichen und auch am Kongress teilzunehmen. Der Kongress im Jahre 2011 wird im September in Malaga stattfinden.

Zum Schluss weist er auf die Website der EUGMS hin, wo aktuelle Daten u. a. zum Impfprogramm im Alter abgerufen werden könnten.

Hiernach ergreift Prof. *Vogel* erneut das Wort. Er schließt seinen Beitrag mit einem Dank an alle, die bei der Vorbereitung des Kongresses geholfen haben. In besonderer Weise bedankt er sich bei Herrn Münster, dem Geschäftsführer der Gerikomm, der wie bereits in den vergangenen Jahren wiederum in hervorragender Weise die Kongressorganisation durchführt und für die Einhaltung des Kostenrahmens sorgt.

Das Auditorium bedankt sich mit einem Applaus für Herrn Münster.

TOP 4 Bericht des Präsidenten elect

Herr PD Dr. *Hofmann* geht auf drei Punkte seiner Arbeit ein. Der Schwerpunkt seiner Arbeit ist die Aktivität im Rahmen des Leitlinienprozesses. Er teilt mit, dass eine AWMF-Leitlinie (S3-Leitlinie) Demenz kurz vor der Konsentierung stehe. Insgesamt habe er, da er spät in den Leitlinien-Prozess einbezogen worden sei, nur geringen Einfluss auf die Leitlinie nehmen können. Für die DGG sei es jedoch wichtig gewesen, dass die geriatrische Frührehabilitation den Empfehlungsgrad B erhalten habe, nachdem sie zuvor von dem Gremium als nicht wirksam eingestuft worden sei.

Durch eine konzertierte Aktion mit Literaturrecherche, auch unter Unterstützung von Herrn *Lüttje* und Herrn *Gogol* sei es gelungen, das Gremium von der erwiesenen Effizienz der geriatrischen Früh-Rehabilitation zu überzeugen.

Ein weiterer Leitlinienprozess aus dem Bereich der Kardiologie – die nationale Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz – sei unter Mitarbeit von Prof. *Hardt* bereits auf gutem Wege.

Auch ein Update der Leitlinie Inkontinenz, betreut von Herrn Dr. *Wiedemann*, sei in Vorbereitung.

Herr *Hofmann* betont noch einmal, dass die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie nur an Leitlinienprozessen teilnehmen wolle, die auch bei der AWMF akkreditiert seien. Außerdem werde er sich dafür einsetzen, dass nicht nur die Multimorbidität in zukünftigen Leitlinien Berücksichtigung finde, sondern durchaus auch Hinweise darauf gegeben werden, dass es zur Abwehr von Gefahren bei älteren Menschen nicht selten notwendig sei, von den Vorgaben der Leitlinien abzuweichen, da diese häufig ihrer Erkenntnisse nur auf evidenzbasierte Studien mit jüngeren Teilnehmern stützen könnten.

Ein Schwerpunkt seiner Arbeit sei die besondere Berücksichtigung von Demenz im klinischen Alltag geriatrischer Stationen und Kliniken. Hier sei er selbst an einem Modellprojekt beteiligt und stehe in Verbindung mit insgesamt sieben Einrichtungen, die diesem Problem erhöhte Aufmerksamkeit widmen.

Er schließt mit dem Hinweis, dass der Kongress in Potsdam 2010 die Demenz zum Thema machen werde. Als zweiter Schwerpunkt soll jedoch auch die wichtige Frage der Ressourcenallokation von medizinischen Maßnahmen im Alter thematisiert werden. Der Kongress, der zum 25. Jahrestag der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie stattfindet, soll unter dem Motto “Yes we care” stehen.

TOP 5 Bericht des Past-Präsidenten

Prof. *Sieber* beginnt seinen Bericht mit einem Dank an die Sponsoren, die auch in diesem Jahr wiederum wesentlich zum Gelingen dieses Kongresses beigetragen haben. Das Auditorium dankt den anwesenden Vertretern der Förderkreisfirmen mit Applaus. Daraufhin berichtet Prof. *Sieber* dass die DGIM im letzten Jahresbericht die Geriatrie als vollwertigen Schwerpunkt neben der Kardiologie und den anderen Schwerpunkten der Inneren Medizin gesetzt habe.

Dies sei eine wichtige Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Ausbildungsordnungen in Bund und Ländern, es sei jedoch auch mit Rechten und Pflichten verbunden, in der Form, dass ein eigener Schwerpunkt auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zu vertreten sei und dass auch Vertreter der DGG an den Vorstandssitzungen der DGIM teilnehmen werden.

Konkret ist geplant, für den nächsten Kongress der DGIM eine eigene Postersession Geriatrie zu gestalten. Termin des Kongresses ist 11. bis 14. April 2010 in Wiesbaden.

Die Anerkennung durch die DGIM sei auch eine wichtige Voraussetzung für die Neufassung der Weiterbildung im Hinblick auf den Facharzt für Geriatrie, der auch vom BDI mittlerweile voll unterstützt werde. Man favorisiere ein Modell, dass drei Jahre Innere Medizin und drei Jahre Geriatrie vorsehe. Eine weitere Landesärztekammer – Berlin – habe offensichtlich den Facharzt Geriatrie jetzt zusätzlich akzeptiert.

TOP 6 Bericht des Schatzmeisters

Prof. *Hardt* berichtet über die finanzielle Situation der DGG und erklärt, dass der Sanierungskurs einigermaßen planmäßig verlaufe. Die Gesellschaft habe z. Zt. einen Geldbestand von 165 000 Euro, der jedoch weitgehend verplant sei. Das Ende 2009 angestrebte Plus von etwa 19 000 Euro könne nicht ganz erreicht werden, da vor allem durch die Zeitschriften etwas höhere Verluste als berechnet entstanden seien.

Der endgültige Jahresbericht von 2008 kann ebenfalls noch nicht vorgelegt werden, da die letzten abrechnungstechnischen Auseinandersetzungen mit der DGGG noch nicht abgeschlossen seien. Das Jahr 2008 habe jedoch aller Voraussicht nach, wie geplant keine finanziellen Probleme mehr aufgeworfen. Auch im Jahr 2009 und auch 2010 werde die Gesellschaft ihren Sparkurs weiter fortführen müssen.

Zur Verbesserung der Finanzsituation sei geplant, die Zeitschrift *Euro J Ger* und *Geriatric Journal* zusammen erscheinen zu lassen, um hier Synergien zu erzielen.

TOP 7 Bericht des Weiterbildungsbeauftragten

Dr. *Meisel* verweist auf die vorgetragenen Punkte von Prof. *Sieber*. Auch er ist optimistisch, was die weitere Entwicklung der geriatrischen Weiterbildung angeht. Bis zum Ärztetag 2010 könnte es vielleicht gelingen, den Schwerpunkt allgemein zu etablieren.

Hinsichtlich der Weiterbildungs-Curricula für niedergelassene Ärzte im postgraduierten Bereich bemüht sich die Arbeitsgruppe um Homogenisierung des 160 Stunden Kurses für BDA für niedergelassene Ärzte. Themenblöcke sollen mit dem BDA curricular abgestimmt und vernetzt werden.

Ziel ist, dass in verschiedenen Kammerbezirken nach einheitlichem Schema die verschiedenen Module angeboten werden können, sodass Kollegen auch bei Bedarf in verschiedenen Bezirken diese Fortbildung machen können. Insgesamt besteht dieses Curriculum aus 6 x 20 Stundenblöcken sowie Praktikumszeiten von 40 Stunden.

Herr Dr. *Meisel* verweist auf seinen Vortrag im Rahmen des Kongresses, in dem er zu diesen Fragen ausführlich Stellung nehmen werde.

Hinsichtlich der Musterweiterbildungsordnung erklärt Herr Dr. *Meisel*, dass in intensiver Zusammenarbeit der DGG, DGGG und des BVG sowie in Abstimmung mit der DGIM und des BDI eine gemeinsame Stellungnahme zur Musterweiterbildungsordnung erarbeitet werde.

Das Konzept fußt auf bereits früher gemachten Vorschlägen, dass ein Schwerpunkt im Bereich der Inneren Medizin errichtet werden müsse. Gleichzeitig soll für andere Fächer, vor allem für die Allgemeinmedizin die Zusatzbezeichnung erhalten bleiben. Dr. *Meisel* erklärt, er werde ein Schreiben entwerfen, dass an alle Landesärztekammern der Bitte gesandt werde, das Anliegen der Geriatrie auch über die

Weiterbildungsausschüsse der Landesärztekammern zu unterstützen.

Hinsichtlich der Hochschulausbildung erklärt Herr Dr. *Meisel*, dass er den jetzigen Weiterbildungsausschuss ergänzen möchte, um die Kollegen, die bereits an den etablierten Universitäten tätig sind, mit dem Ziel für das nächste Jahr eine neue Inhaltsstruktur für das Q7-Curriculum vorzulegen.

TOP 8 Bericht des Sekretärs

Prof. *Höltmann* erklärt, dass der Mitgliederstand derzeit bei konkret 1655 Mitgliedern stagniere. Eintritte und Austritte halten sich in etwa die Waage. Ein nennenswerter Mitgliederzuwachs habe in den letzten zwei Jahren nicht mehr stattgefunden.

Allerdings haben sich auch die Austritte aufgrund der Beitragerhöhung in einem sehr kleinen Rahmen bewegt.

Die Beitragszahlung sei für 2007 abgeschlossen. Für 2008 und 2009 laufen noch Mahnrunden. Leider nehmen nur ca. 800 Mitglieder am Lastschriftverfahren teil, was zu verwaltungstechnischem Mehraufwand bei der Erhebung der Beiträge führe.

Zur Struktur der Mitglieder haben sich keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Im Wesentlichen sei es zu einer leichten Zunahme der Assistenzärzte und Oberärzte gekommen. Eine weitere Zunahme von niedergelassenen Ärzten habe in diesem Jahr nicht stattgefunden. Aufgrund der Mitgliederentwicklung wurde ein Schreiben an alle Chefarzte in geriatrischen Kliniken verfasst, mit der Bitte unter ihren jungen Mitarbeitern für den Beitritt in die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie zu werben. Aufgrund dieses Rundschreibens seien etwa 15 neue Mitglieder geworben worden.

Hinsichtlich des Webauftritts erklärt Prof. *Höltmann*, dass die Zugriffe auf die Webseiten deutlich zugenommen hätten. Die geschützten Mitgliederbereiche würden jedoch nur gering benutzt. Insgesamt nur 170 Mitglieder haben sich ein Passwort zuteilen lassen und nutzen die internen Bereiche.

Der Zeitschriftenteil sei in diesem Jahr deutlich verändert worden; die einzelnen Artikel mit ihrem Titel und den Autoren wurden so aufbereitet, dass sie von Suchmaschinen im Internet gefunden werden können. Hieraus dürfte eine deutlich bessere Publikationspräsenz der Artikel des *Euro J Ger* resultieren.

Das neue Mitgliederverzeichnis soll erst im Jahre 2010 zum 25-jährigen Bestehen der DGG neu aufgelegt werden.

Es werden noch Sponsoren für die Druckkosten gesucht. Außerdem wirbt Prof. *Höltmann* vor dem Auditorium noch einmal darum, Vortragsmaterialien zur geriatrischen Weiterbildung und zu Vorlesungen mit geriatrischen Inhalten zur Verfügung zu stellen, die auf dem webseitengeschützten Bereich für die Mitglieder zum Download bereit gestellt werden könnten.

TOP 9 Bericht des Kassenprüfers / Entlastung des Vorstandes

Der Kassenprüfer berichtet, dass er sämtliche Belege geprüft habe und hier keine Auffälligkeiten gefunden habe. Auch anhand einer stichprobenartigen Prüfung seien keinerlei Unregelmäßigkeiten in der Buchführung festgestellt worden, sodass er dem Geschäftsführer und dem Schatzmeister eine ordnungsgemäße Buchführung bescheinigen kann.

Eine Entlastung des Vorstandes kann formal in diesem Jahr nicht erfolgen, da der Wirtschaftsbericht aufgrund des vorgezogenen Kongresstermines noch nicht abschließend vorgelegt werden kann. Die Satzung sieht ohnehin nur eine Mitgliederversammlung alle zwei Jahre vor, sodass die Entlastung des Vorstandes auf das nächste Jahr nach Vorlage des entsprechenden Wirtschaftsberichtes vertagt wird.

TOP 10 Verschiedenes

Unter Verschiedenes wird zunächst über die Neuordnung der Beitragsregelung abgestimmt. Der Vorstand schlägt vor, bei Doppelmitgliedschaft in DGG und DGGG von den voll zahlenden Mitgliedern jeweils einen um 20 Euro reduzierten Beitrag zu erheben. Über den Antrag wird abgestimmt. Die Mitgliederversammlung stimmt dem Antrag ohne Gegenstimmen bei drei Enthaltungen zu.

Prof. Vogel schlägt vor, Herrn Prof. Füssgen aufgrund seiner langjährigen Verdienste für die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie die Ehrenmitgliedschaft zu verleihen. Auch über diesen Antrag wird abgestimmt. Der Antrag wird einstimmig ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen angenommen.

Die Veranstaltung schließt gegen 18 Uhr.

Prof. Dr. med. B. Höltmann
Sekretär, 20.01.2010

Kongresskalender / Congress Calender

Regensburg, Deutschland: 10.04.–14.04.2010
Kongress Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Information: Kongress-Sekretariat
Tel.: + 49 (0)9 41/944 70 12
Fax: + 49 (0)9 41/944 70 11
E-Mail: gabi.leichtl@klinik.uni-regensburg.de

Berlin, Deutschland: 12.04.–13.04.2010
FTD Konferenz Gesundheitswirtschaft 2010
Internet: www.ftd-gesundheitswirtschaft.de

Orlando, USA: 12.05.–15.05.2010
American Geriatrics Society Annual Scientific Meeting
Internet: www.americangeriatrics.org

Berlin, Deutschland: 24.06.–25.06.2010
DGGG „Viele Wege des Alterns? Ältere Migrantinnen und Migranten im alternden Deutschland
Internet: www.dza.de
E-Mail: clemens.tesch-roemer@dza.de

Lyon, France: 25.06.–26.06.2010
International Congress „Aging and Sleep 2010“
Internet: www.aging-sleep.com/index.html

Santa Ana Pueblo, New Mexico, USA:
26.07.–27.07.2010
IANA Congress 2010

International Academy on Nutrition and Aging
www.healthandage.com/html/min/iananda/congress.html

Berlin, Deutschland: 15.09.–17.09.2010
10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie
Thema: „Hoffnung Alter“
Internet: www.dggg-online.de

Potsdam, Deutschland: 16.09.–18.09.2010
5. Gemeinsamer Internationaler Kongress der DGG / ÖGGG: 25 Jahre DGG – „Yes we care“
Information: Geschäftsstelle der DGG und gerikomm Media, Reiner Münster, Winzerstr. 9, 65207 Wiesbaden
Tel.: + 49 (0) 61 22/ 70 52 36
E-Mail: reiner.muenster@t-online.de
Internet: www.dggeriatrie.de, www.geriatrie-online.at

Dublin, Irland: 29.09.–01.10.2010
6th Congress of the European Union Geriatrics Medicine Society
Thema: New Technologies and Geriatric Medicine
Internet: www.eugms.org/index.php?pid=22

New Orleans, USA 19.11.–23.11.2010
36th Annual Scientific Meeting of America
Internet: www.geron.org

IMPRESSUM

**EUROPEAN JOURNAL OF GERIATRICS –
EUROPÄISCHE ZEITSCHRIFT FÜR GERIATRIE**
Organ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie,
der Österreichischen Gesellschaft für
Geriatrie und Gerontologie und des
Dachverbandes der Gerontologischen und
Geriatrischen Wissenschaftlichen Gesellschaften
Deutschlands e. V. (DVGG)

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Erich Lang
(presserechtlich verantwortlich)
Carl-Korth-Institut
Rathsberger Straße 10
D-91054 Erlangen
Tel.: +49/91 31/89 84 96
Fax: +49/91 31/20 68 95
E-Mail: elang@t-online.de

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

Prof. Dr. med. Ingo Füsgen, Velbert

Redaktion:

Dr. rer. biol. hum. Ina Schicker, Füssen
eurojger@gerikomm.com

Herstellung:

Sabine Löffler (verantwortlich)

Verlag:

gerikomm Media GmbH Wiesbaden,
Winzerstr. 9, 65207 Wiesbaden.
Tel.: +49/61 22/70 52 36
Fax: +49/61 22/70 76 98
Geschäftsführer: Reiner Münster

Anzeigen:

Reiner Münster (verantw. für den Anzeigenteil,
Anschrift wie Verlag),
Tel.: +49/61 22/70 52 36
Fax: +49/61 22/70 76 98
Z. Zt. gilt Anzeigenpreisliste Nr. 1 vom
01.09.1999
Anzeigenschluss: drei Wochen vor Erscheinen.



Deutsche Gesellschaft
für Geriatrie e.V.



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, Wiesbaden.

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: Wiesbaden.

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 2010

ISSN 1439-1147