

GERIATRIE NEWS



Mitgliederzeitung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die erste Ausgabe der GERIATRIE NEWS 2004 liegt nun vor Ihnen und soll wieder aktuelle Fachinformationen zu geriatrischen Fragestellungen bieten. Nach der Trennung vom Vincentz Network letztes Jahr gab es eine Reihe von Optionen für die Weiterführung der geriatrischen Zeitschriften „Geriatric Journal“, „European Journal of Geriatrics“ und GERIATRIE NEWS, ehemals „Geriatric Online“. Jede Option für einen Verlag jedoch hätte auf Grund des sich zurzeit stark umstrukturierenden Verlagswesens unter Umständen bedeutet, nach zwei Jahren wieder mit einem neuen Eigentümer zu überlegen, wie die Zeitschriften weiter geführt werden sollen. In dieser Situation machte die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) einen Schritt nach vorn und gründete „gerikomm Media“, den Verlag, der der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie gehört und der in Zukunft alle drei Publikationen herausgeben wird. Geschäftsführer ist Uwe Wegner, der bereits beim Vincentz Verlag für die DGG tätig war.

Dieses Jahr wird wieder entscheidende Weichen für die Weiterentwicklung der Geriatrie stellen. Erinnert sei nur an die diagnosebezogenen Fallpauschalen, die

Chancen durch das GKV-Modernisierungsgesetz, z.B. in der integrierten Versorgung und der Kampf gegen die Muster-Weiterbildungsordnung mit ihrer Verschlechterung der geriatrischen Ausbildungssituation. Das Jahr 2004 wird für die Geriatrie spannend und die GERIATRIE NEWS werden Sie aktuell informieren.

Wir, die Herausgeber, verstehen dabei die Medizin für ein erfolgreiches Altern als interdisziplinäre Herausforderung,



bei der alle Fachgebiete beteiligt sind. In der Geriatrie tätig zu sein bedeutet mehr als in den meisten übrigen Medi-

zingegeben, Angehörige anderer helfender Berufe kennenzulernen. Dazu gehört viel an Austausch, Auseinandersetzung und gegenseitiger Befruchtung.

Die GERIATRIE NEWS verstehen sich in diesem Sinne als offenes Informations- und Kommunikationsforum für alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Das heißt: Neue Ideen und Anregungen von Ihrer Seite sind immer gefragt und herzlich willkommen. Arbeiten Sie bitte mit an unserem neuen Verlagskonzept, am „Geriatric Journal“, am „European Journal of Geriatrics“ und natürlich an den GERIATRIE NEWS.

Prof. Dr. med. Dr. rer. physiol. G. F. Kollb
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.

Prof. Dr. med. I. Füsigen
Past Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.

Inhalt

Aktuelle Nachrichten

- ▶ Neues DGG-Präsidium gewählt
- ▶ Max Herz-Haus eröffnet
- ▶ Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation
- ▶ DGG interveniert erfolgreich

ab Seite 2

Schmerztherapie in der Geriatrie

Speziell für ambulant tätige Ärzte hat PD Dr. med. Roland Hardt, das Buch „Der ältere Schmerzpatient“ herausgegeben. In einem Interview äußerte er sich über die Situation der Schmerztherapie in der Geriatrie und die Inhalte des praxisorientierten Leitfadens.

Seite 4

Herz-Kreislauf-Prävention im Alter

Das 4. Symposium „Zentrale Themen der Alterskardiologie“ machte deutlich, dass kardiovaskuläre Risiken nachhaltig nur durch positive Beeinflussung des metabolischen Syndroms reduziert werden können.

Seite 6

Begleiter auf dem letzten Weg

Es ist nicht einfach, einen Menschen auf seinem letzten Weg zu begleiten. Prof. Dr. Reiner Hartenstein erläutert, was dabei besonders wichtig ist.

Seite 9

Forum Förderkreis:

- ▶ Studie zu Trosipiumchlorid
- ▶ Memantine bei Alzheimer Demenz wirksam
- ▶ Neue Ansätze für Krebstherapie

ab Seite 11

DGG interveniert erfolgreich

Die Intervention der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) zur Erhaltung eines Studienganges war erfolgreich. Die Fachhochschule Osnabrück bietet seit Jahren einen gut eingeführten Aufbaustudiengang Ergotherapie an. Die Ausbildung entspricht einem Bachelor-Studium. Der Master-Studiengang ist in Zusammenarbeit mit der Universität Osnabrück in Vorbereitung. Auf Grund übergeordneter Pläne des Landes Niedersachsen stand 2003 die Verlegung des Studiums Ergotherapie von Osnabrück z.B. nach Hildesheim und die Schließung dieses Fachbereiches in Osnabrück an. Da die Rahmenbedingungen aber für den Standort Osnabrück sprachen, insbesondere die Möglichkeit klinisch-geriatrischer Inhalte in diesem Raum auch praktisch zu vermitteln und auf Grund der Bedeutung der Ergotherapie für die Geriatrische Rehabilitation, haben sich Geriater aus der Region und die DGG ausdrücklich für den Erhalt des Standortes eingesetzt und sind nach jüngster Meldung damit erfolgreich. Die Intervention führt allem Anschein nach zu Ergänzung und Erhaltung und sogar zum Ausbau des Studienganges. ■

Neuerscheinung: Der ältere Schmerzpatient in der Praxis

Das Buch "Der ältere Schmerzpatient in der Praxis" richtet sich in erster Linie an hausärztlich tätige Kollegen, die die Hauptlast in der Versorgung älterer Schmerzpatienten tragen. Es gibt fundierte Hintergrundinformationen, die leicht verständlich und sofort in die Praxis umzusetzen sind. Neben den Kapiteln Schmerzsyndrome und Multimorbidität, Schmerzdiagnostik und -therapie runden rechtliche Grundlagen sowie ein ausführlicher Anhang mit Medikamentenliste, Adressen und Websites, Kopiervorlagen für Tests und Assess-



Neues DGG-Präsidium gewählt

Während der Mitgliederversammlung, die am 6. November 2003 im Rahmen der 11. Jahrestagung in Berlin stattfand, hat die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) einen neuen Vorstand gewählt. Neuer Präsident ist Prof. Dr. Dr. G. Kolb, Lingen. Als Past-President fungiert nun Prof. Dr. I. Füsgen, Wuppertal. Prof. Dr. C. Sieber, Nürnberg/Erlangen haben die Mitglieder in das Amt des President elect gewählt.

Der neue Vorstand der DGG wurde im Rahmen der 11. Jahrestagung mit überzeugenden Mehrheiten gewählt (v.l.n.r.): Dr. D. Lüttje, Prof. Dr. B. Höltmann, Prof. Dr. I. Füsgen, Prof. Dr. Dr. G. Kolb, Prof. Dr. C. Sieber, PD Dr. R. Hardt

Im Amt bestätigt wurde Schatzmeister PD Dr R. Hardt, Trier. Als neuer Sekretär hat Prof. Dr. B. Höltmann, Grevenbroich, die Nachfolge des langjährigen Sekretärs Dr. W. Bernard, Düsseldorf, angetreten. Dr. D. Lüttje, Osnabrück, ist neu zum Weiterbildungsbeauftragten der Gesellschaft worden. Mitglieder können sich per eMail (dgg-weiterbildung@gmx.de) direkt mit ihm in Verbindung setzen. ■

Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation

Die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation, die zwischenzeitlich von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedet wurden und zum 1.1.2004 in Kraft getreten

sind, liegen nun vor. Leider wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine Reihe von Einwendungen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie nicht mit in die Rahmenempfehlungen aufgenommen. Dies ist sehr zu bedauern, da die jetzt vorliegenden Rahmenempfehlungen in einigen Bereichen (z.B. auf Festlegung auf Neuropsychologie) es mancher geriatrischer Einrichtung unmöglich machen werden, der ambulanten geriatrischen Rehabilitation nachzugehen.

Die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation orientieren sich an den auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) entwickelten Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation und definieren die Anforderungen an geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. Sie bilden die Grundlage für den Auf- und Ausbau einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgungsstruktur. Die Rahmenempfehlungen sind auch im Internetangebot des VdAK/AEV unter www.vdak-aev.de abrufbar. ■

mentverfahren, Schmerztagebuch und Literaturhinweisen das Thema Schmerzen im Alter ab. (siehe auch: Seite 4)



Der ältere Schmerzpatient in der Praxis. PD Dr. med. Roland Hardt. Herausgegeben von Mundipharma GmbH, Limburg/Lahn. ComMed Healthcare, Basel 2003, 128 Seiten, 28,00 Euro, ISBN 3-905320-58-4. ■

Internetangebote der DGG jetzt unter eigener Regie

Mit Gründung des Verlages gerikomm Media hat auch die Zuständigkeit der beiden Internetauftritte der DGG gewechselt. Die beiden Homepages

- ▶ www.dggeriatrie.de
- ▶ www.geriatrieonline.de

werden seit dem 1. Januar 2004 in eigener Regie geführt.

Zuständig ist Uwe Wegner, der per eMail unter wegner@gerikomm.de erreichbar ist.

Max Herz-Haus eröffnet

Am 4. Februar 2004 wurde unter der Teilnahme von Dr. Klaus Schröder, Staatssekretär aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, das Max Herz-Haus eröffnet. Beim Max Herz-Haus handelt es sich um eine Bundesmodelleinrichtung für demenzkranke Menschen. Dieses norddeutschlandweit erste Modellprojekt vereint verschiedene Wohn- und Betreuungsformen für demenzkranke Menschen. Das Modellprojekt soll den Bewohnern ermöglichen, in möglichst großer Freiheit und Selbstbestimmung zu leben. Dabei orientiert sich die neue Einrichtung an den Phasen der Demenz. So umfasst das Max Herz-Haus eine ambulant betreute Wohngemeinschaft, eine Tagespflege, eine Wohn-/Pflegegruppe und sechs Wohnungen. Ergänzt wird das Projekt durch Beratungs- und Schulungsangebote.

Informationen: Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie, Erika Luth, Hamburg, Tel. 0 40 / 55 81-13 01, eMail: erika.luth@albertinen.de, www.albertinen.de

Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

Wenn Sie Interesse an einer Arbeitsgruppe haben, schreiben Sie entweder an ein Mitglied der jeweiligen Arbeitsgruppe oder an ein Mitglied des Vorstandes der Gesellschaft. Adressänderungen bitte der DGG-Geschäftsstelle mitteilen:

Fax: 05 11/58 32 84, Stichwort: DGG-AG ...

- ▶ **Arbeitsgruppe Ambulante Geriatrie:** Prof. Dr. H. W. Heiß, Lehener Str. 88, 79106 Freiburg
- ▶ **Arbeitsgruppe Ernährung:** Dr. Ute Krys, Hagenstr. 117, 32130 Enger; PD Dr. H.-J. Naurath, Friesenstr. 11, 24534 Neumünster; Dr. H. Werner, Elisabethenstift/Geriatrie, Landgraf-Georg-Str. 100, 84287 Darmstadt
- ▶ **Arbeitsgruppe Forschung:** Prof. Dr. Dr. G. Kolb, St. Bonifatius-Hospital, Geriatrie, Wilhelmstr. 13, 49808 Lingen/Ems; Prof. Dr. T. Nikolaus, Bethesda, Geriatr. Klinik der Univ. Ulm, Eberhardstr. 91, 89073 Ulm; Prof. Dr. L. Pientka, Marienhospital, Med.-Geriatr. Klinik der Ruhr-Universität, Widumerstr. 8, 44627 Herne
- ▶ **Arbeitsgruppe Gefäßkrankungen/Angiologie:** Dr. Chr. Ploenes, Am Heerdter Krankenhaus 2, 40549 Düsseldorf; Dr. T. Heimig, Herz-Jesu-Krankenhaus, Geriatriische Abteilung, Hauptstr. 55, 51789 Lindlar
- ▶ **Arbeitsgruppe Geriatrie und Pflegeversicherung:** Dr. R. Thiesemann, III. med. Klinik der Kliniken St. Antonius, Tönishieder Str. 24, 42253 Velbert, DrThiesemann@aol.com
- ▶ **Arbeitsgruppe Geriatriische Dermatologie:** Dr. Th. Dirschka, Schuchardstr. 15, 42275 Wuppertal
- ▶ **Arbeitsgruppe Infektologie:** Prof. Dr. B. R. Ruf, Städtisches Krankenhaus St. Georg, 2 Klinik für Innere Medizin, Delitzscher Str. 141, 04129 Leipzig
- ▶ **Arbeitsgruppe Kardiologie:** PD Dr. R. Hardt, Geriatriische Klinik, Krahnenufer 19, 54290 Trier; Dr. R. Hubmann und Prof. Dr. E. Lang, Carl-Korth-Institut, Rathsbergerstr. 10, 91054 Erlangen
- ▶ **Arbeitsgruppe Neurologie:** Prof. Dr. P. Vieregge, Klinik für Neurologie, Klinikum Lippe-Lemgo, Rintelner Str. 85, 32657 Lemgo
- ▶ **Arbeitsgruppe Notfallmedizin:** Dr. Daniela Langner, MHH, Allgemeinmedizin, OE 5441, 30623 Hannover
- ▶ **Arbeitsgruppe Onkologie:** PD Dr. K. M. Koeppen, Gallwitzallee 123-143, 12249 Berlin; Prof. Dr. Dr. G. Kolb, Wilhelmstr. 13, 49809 Lingen
- ▶ **Arbeitsgruppe Pneumologie:** Prof. Dr. B. Höltmann, von-Wert-Str. 5, 41515 Grevenbroich
- ▶ **Arbeitsgruppe Prävention:** Prof. Dr. E. Lang, Carl-Korth-Institut, Rathsbergerstr. 10, 91054 Erlangen
- ▶ **Arbeitsgruppe Rheumatologie in der Geriatrie:** Dr. Th. Brabant, Schwachhauser Heerstr. 54, 28209 Bremen
- ▶ **Arbeitsgruppe Schlaganfall:** Dr. R. Neubart, Ev. Krankenhaus Woltersdorf, Schleusenstr. 50, 15569 Woltersdorf
- ▶ **Arbeitsgruppe Schmerz:** PD Dr. R. Hardt, Geriatriische Klinik, Krahnenufer 19, 54290 Trier
- ▶ **Arbeitsgruppe Urologie/Inkontinenz:** Dr. A. Wiedemann, Urol. Abt., Marienhospital, Virchowstr. 135, 45886 Gelsenkirchen; Dr. M. Pfisterer, Kontinenzberatungsstelle Bethanien-Krankenhaus, Rohrbacher Str. 149, 69126 Heidelberg

Interview:

Schmerztherapie in der Geriatrie

Speziell für ambulant tätige Ärzte hat PD Dr. med. Roland Hardt, Chefarzt der Geriatriischen Klinik St. Irminen, Trier, das Buch „Der ältere Schmerzpatient“ herausgegeben. In einem Interview, das im Rahmen der 11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) in Berlin stattfand, äußerte er sich über die Situation der Schmerztherapie in der Geriatrie und die Inhalte des praxisorientierten Leitfadens.

? Warum war es für Sie so wichtig, das Buch „Der ältere Schmerzpatient in der Praxis“ zu schreiben?

Hardt: Schmerzen sind für die meisten älteren Menschen immer wiederkehrende Erfahrungen. Viele leiden unter chronischen Schmerzen. Wichtig war mir in diesem Zusammenhang, nicht die Schmerztherapie für die Geriatrie neu zu erfinden, sondern das vorhandene reichhaltige Wissen für die Belange der Altersmedizin nutzbar zu machen und an die speziellen Bedürfnisse von Geriatriepatienten zu adaptieren.

? Was ist das Besondere an Ihrem neuen Buch?

Hardt: Ich habe versucht, die Schmerzproblematik in die mannigfaltigen gesundheitlichen Probleme älterer Menschen einzubetten. Hier stehen die Multimorbidität im Vordergrund und das oftmals durch die Schmerzproblematik mitverursachte funktionelle Defizit.

? Multimorbidität ist ein häufiges Phänomen beim Alterspatienten. Wie wirkt sich das auf die Schmerztherapie aus?

Hardt: Multimorbidität führt meist zu einer Polypharmakotherapie. Wenn nun eine Schmerzproblematik hinzutritt, die eine medikamentöse Behandlung erfordert, so bedeutet dies in der Regel eine zusätzliche Medikamentengabe. Dies erfordert die Kenntnis verschiedenster Interaktions-

möglichkeiten bei der Multimedikation und die gezielte Auswahl geeigneter Wirkstoffe bzw. Wirkstoffkombinationen.

? Welche Anforderungen stellen Sie an Analgetika bei Alterspatienten?

Hardt: Sie sollten gut verträglich sein, im Intermediärstoffwechsel möglichst keine interaktionsfähigen Metabolite bilden und eine zur Therapie chronischer Schmerzen geeignete Halbwertszeit haben. Zentralnervöse Nebenwirkungen sollten möglichst gering ausgeprägt sein und die therapeutische Breite möglichst groß sein, um für jeden Patienten eine individuell adäquate Dosis zu titrieren.

? Welche Analgetika-Wirkstoffe bei starken Schmerzen setzen Sie ein und warum?

Hardt: Ziel einer wirksamen analgetischen Therapie ist die Auswahl eines für den individuellen Patienten wirksamen und am besten verträglichen Präparates. Da bei älteren Patienten zentralnervöse Nebenwirkungen nicht selten sind, bietet sich die Option von Opiaten in moderner galenischer Zubereitung. Zu nennen wären hier das retardierte Oxycodon sowie das retardierte Hydromorphon, das sich gerade bei Multimedikation durch seine geringe Plasmaeiweißbindung auszeichnet. Wann immer möglich, bevorzugen wir die Gabe eines oralen retardierten Präparates entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Patienten.

? Warum werden Ihrer Meinung nach Opiode im Nichttumorschmerzbereich nach wie vor zu selten eingesetzt?

Hardt: Hier wirkt sicher noch der Morphinmythos nach, obwohl die Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren dank der algesiologischen Fachgesellschaften deutlich aufgeholt hat. Opiode werden häufig noch als letzter Ausweg bei finalen, meist malignen Krankheitsprozessen gesehen. Dabei zählen Opioidanalgetika zu den verträglichsten Medikamenten, wenn die Obstipation als häufige Nebenwirkung wirksam behandelt wird. Ebenso muss die Unterscheidung zwischen Nichttumor- und Tumorschmerz endgültig überwunden werden. Die Auswahl geeigneter Medikamente soll sich alleine an der Schmerzstärke und den Begleiterkrankungen orientieren.

? Warum ist bei der Therapie chronischer Schmerzen die Gabe von Analgetika nach Bedarf kontraindiziert?

Hardt: Beim chronischen Schmerz hat der Schmerz normalerweise seine Warnfunktion verloren. Der Arzt weiß, wo und warum es dem Patienten weh tut. Es ist also unsinnig, erst zu warten, bis der Schmerz nicht mehr erträglich ist, um ihn dann mit einer hohen Dosis eines kurz wirksamen Analgetikums zu bekämpfen. Darüber hinaus führt dies zu einer raschen und nachhaltigen Aktivierung des Schmerzgedächtnisses. Anzustreben ist deshalb bei der Therapie chronischer Schmerzen ein möglichst konstanter Wirkspiegel eines Analgetikums. Hierzu steht mittlerweile eine breite Palette von retardierten Präparaten in verschiedensten Darreichungsformen zur Verfügung.

? Warum sind mittlerweile die Begriffe „Disability“ für Funktionseinschränkung und „Handicaps“ für Konsequenzen für die soziale Integrationsfähigkeit Mittelpunkt des klinischen Interesses und bestimmen die Behandlungsoptionen in der Geriatrie? Vorher war es der Begriff „Disease“?

Hardt: Vom Studium her sind die meisten unserer Kollegen gewohnt in nosolo-

gischen Diagnosen zu denken – in den Kategorien Herzinfarkt, Schlaganfall oder Schenkelhalsfraktur. Die Geriatrie versucht, diese Denkweise um die funktionelle Ebene zu erweitern: Welche Auswirkung hat das Bündel von Erkrankungen auf die Fähigkeit unserer Patienten, ihren Alltag zu bestehen? Bezogen auf den Schmerz bedeutet dies, inwieweit der Patient bestimmte Alltagsaktivitäten nicht mehr bewältigen kann wie Waschen, Anziehen oder seinen Haushalt versorgen. Ist er vielleicht durch schmerzbedingte Immobilität in seinen sozialen Aktivitäten behindert und droht ihm daher soziale Isolation?

? *In welchem Bezug dazu steht der Schmerz und damit die Schmerztherapie?*

Hardt: Eine suffiziente Schmerztherapie ist häufig erst der Schlüssel, um aus den Circulus vitiosus aus Schmerz, schmerzbedingter Immobilität und hierdurch verursachter Isolation herauszukommen.

? *Welchen Stellenwert nimmt derzeit die Schmerztherapie in der Geriatrie ein?*

Hardt: Die Geriatrie versucht durch geeignete Assessmentverfahren funktionelle Defizite aufzudecken und aus dieser Erkenntnis Therapieoptionen zu gewinnen. Insofern nimmt die suffiziente Schmerztherapie in der Geriatrie einen hohen Stellenwert ein. Die Arbeitsgruppe Schmerz der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie bemüht sich in diesem Zusammenhang aktuelle Behandlungsoptionen in der Schmerztherapie weiter zu fördern und für Alterspatienten zugänglich zu machen.

? *Bis zur Dekade 2030/2040 wird jeder dritte Bundesbürger über 60 und jeder vierte über 65 Jahre alt sein. Der Anteil der über 80-Jährigen an der Bevölkerung wird sich bereits bis 2010 mehr als verdoppeln. Gibt es dafür genügend speziell ausgebildete Geriater?*

Hardt: Hier wird in Zukunft sicher ein wachsender Bedarf zu verzeichnen sein. Noch viel wichtiger wird aber die Vermitt-

lung geriatrischer Lehrinhalte schon während des Studiums sein. Die neue Approbationsordnung hat zumindest den Begriff der Altersmedizin in den Lernzielkatalog aufgenommen. Weiterhin sind geriatrische Lehrinhalte in die Weiterbildung der künftigen Internisten/Allge-

meinmediziner zu integrieren. Die kürzlich beschlossene Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer stellt hier jedoch einen gravierenden Rückschritt dar, indem sie die Geriatrie zu einem Bereich „degradiert“ hat. Hier muss dringend nachgebessert werden. ■

Begrüßung neuer Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- ▶ **PD Dr. med. Wolfgang Mühlberg**,
Universitätsklinikum Erlangen Lehrstuhl Innere Medizin V (Gerontologie), Heimerichstr. 58, 90419 Nürnberg
- ▶ **Dr. med. Sieglinde Klein**,
Enzkreis-Kliniken Geriatr. Reha Klinik Mühlacker, Hermann-Hesse-Str. 34, 75417 Mühlacker
- ▶ **Dr. med. Ralf S. Hofmann**,
MDK Berlin-Brandenburg, Martin-Luther-Str. 3-7, 10777 Berlin
- ▶ **Dr. med. Michael Övermann**,
Marien-Hospital Hamm, Kettelerstr. 17, 48147 Münster
- ▶ **Dr. med. Christina Övermann**,
KH Maria Frieden, Kettelerstr. 17, 48147 Münster
- ▶ **Dr. med. Dieter Schaller**,
Am Fuhrenkamp 38, 28876 Oyten
- ▶ **Igor Nemet**,
Drosselweg 50, 44328 Dortmund
- ▶ **Olga Proskurjakova**,
Von-der-Gablentz 4, 13403 Berlin
- ▶ **Med. Rat Dr. med. Karl Arno Tolzin**,
Wächter 2a, 18057 Rostock
- ▶ **Dr. med. Hubert Titz**,
St. Katharinenhospital Med. Klinik III, Kapellener Str. 1-5, 50226 Frechen
- ▶ **Dr. med. Klaus Becker**,
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin St. Clemens-Hospital Sterkrade GmbH, Wilhelmstr. 34, 46145 Oberhausen
- ▶ **Dr. med. Johannes Höing**,
Facharzt für Orthopädie, Am Markt 1, 49801 Lingen
- ▶ **Dr. med. Anke Nolte**,
Ev. Krankenhaus St. Johannisstift, Reumontstr. 28, 33102 Paderborn
- ▶ **Dr. med. Martin Stolz**,
Odensehof 9, 30457 Hannover
- ▶ **Ewa Blazejak**,
St. Bonifatius-Hospital, Vörstekoppel 59, 22399 Hamburg
- ▶ **Dr. med. Dieter Schaller**,
Am Fuhrenkamp 38, 28876 Oyten
- ▶ **Dipl. med. Anne-Grit Bialojan**,
St. Josef-Hospital Xanten, In der Hees 4, 46509 Xanten
- ▶ **Isabel Girau Forkert**,
Usedomer 1, 13355 Berlin
- ▶ **Med. Rat Dr. med. Karl Arno Tolzin**,
Wächter 2a, 18057 Rostock
- ▶ **Christina Schwenk**,
Ostpreußen 48, 65719 Hofheim
- ▶ **Dr. med. Georg Stefan von Werden**,
St. Laurentius Stift Waltrop, Berkel 4, 44628 Herne
- ▶ **Dr. med. Ulrike Bielzer**,
Knappschafts-Krankenhaus, Ittenbach 15, 45147 Essen
- ▶ **Dr. med. Petra Dieckmann**,
Albertinen-Haus Hamburg, Böttger 1b, 20148 Hamburg
- ▶ **Dr. med. Andreas Beier**,
Wolfratshäuser 44, 82065 Baierbrunn
- ▶ **Dr. med. Sabine Haußmann**,
Lenau 80, 60318 Frankfurt
- ▶ **Dr. med. Walter Fingerhut**,
Ricarda-Huch-Str. 47, 72760 Reutlingen
- ▶ **Meike Grollmisch**,
MZ Marienhöhe Würselen Geriatrie, Im Grötchen 29, 52146 Würselen
- ▶ **Dr. med. Klaus F. Esch**,
Krankenhausstr. 21, 84489 Burghausen

Was leistet Herz-Kreislauf-Prävention im Alter

„Moderne Aspekte der Herz-Kreislauf-Prävention“ lautete das Leitthema des 4. Symposiums „Zentrale Themen der Alterskardiologie“, das am 5. Juli 2003 in Erlangen/Herzogenaurach stattfand. Die Veranstaltung machte deutlich, dass kardiovaskuläre Risiken nachhaltig nur durch positive Beeinflussung des metabolischen Syndroms reduziert werden können.

Prävention ist wieder in aller Munde. Allerdings wird das Thema in Anbetracht der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durchaus kontrovers diskutiert – nicht zuletzt deshalb, weil Erfolge im primärpräventiven Bereich nur mittel- bis langfristig zu erzielen sind. Anders hingegen die Situation bei der Sekundär- und Tertiärprävention: Hier stellen sich Positiveffekte häufig bereits auf kurze Sicht ein. Mit dieser Feststellung eröffnete Prof. Dr. Erich Lang, Erlangen, das 4. Symposium „Zentrale Themen der Alterskardiologie“, das unter dem Leitthema „Moderne Aspekte der Herz-Kreislaufprävention“ stand. Doch segle die vom Erlanger Carl-Korth-Institut und den Kliniken für Kardiologie und Geriatrie des Waldkrankenhauses Erlangen gemeinsam getragene und von der Pfizer GmbH gesponserte Veranstaltung keineswegs, so Lang, im Windschatten der wissenschaftlich kaum fundierten, dafür um so gewaltiger boomenden Anti-Aging-Medizin. Vielmehr sei sie im Sinne eines „Pro-Aging“ zu sehen, nämlich einer altersbegleitenden Prävention mit dem Ziel, die Auswirkungen altersbedingter Multimorbidität und Polypathie, wo immer möglich, rechtzeitig abzufedern.

Blutdruck moderat senken

Prof. Dr. Peter Trenkwalder, Starnberg, wandte sich unter Bezugnahme auf neueste Studien dem alten Hypertoniker als Hochrisikopatienten zu. Er warnte dabei – mit Blick auf die hohe Neben-



Foto: Techniker Krankenkasse

Eine Prospektivstudie zeigte, dass tägliches Walking über zwei Meilen binnen drei Monaten das Mortalitätsrisiko halbiert. Beim Nordic Walking werden Gehstöcke eingesetzt, so dass zusätzlich die Muskelgruppen des Oberkörpers trainiert und die Gelenke weniger belastet werden.

wirkungsrate – vor einer zu rigiden Blutdruckeinstellung und empfahl für über 75-jährige Patienten Werte von 150/90 mmHg als realistischen Zielblutdruck. Diese Beschränkung auf das Machbare gelte ganz besonders für die im Alter typische isolierte systolische Hypertonie.

Jüngsten Forderungen nach „Diuretika für alle“ erteilte Trenkwalder eine

deutliche Absage, da gute Evidenzen mittlerweile auch für Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer und AT-1-Blocker vorlägen. Die Betablocker hingegen sollten eher ins zweite Glied gerückt werden, da gerade ältere Patienten, wenn nicht gleichzeitig eine Koronarerkrankung vorliege, auf diese Substanzgruppe nicht optimal reagierten. ACE-Hemmer, Diuretika und auch Betablocker stünden aber bei bereits bestehender Herzinsuffizienz an erster Stelle. Liege hingegen gleichzeitig eine COPD vor, so müssten an die Stelle der Betablocker Kalziumantagonisten treten. Diabetiker bedürften einer Therapie mit AT-1-Blockern oder ACE-Hemmern. Diuretika seien insbesondere bei Frauen zusätzlich zur Osteoporoseprophylaxe indiziert, während Männer – in puncto Prostatahyperplasie – von Alpha-Blockern profitierten. Da bei Älteren häufig mit Compliance-Defiziten auf Grund von Arzneimittelunverträglichkeiten zu rechnen sei, hätten sich die vergleichsweise nebenwirkungsarmen neueren Substanzgruppen, wie AT-1-Blocker, Kalziumantagonisten und ACE-Hemmer, besonders bewährt.

Generell gilt nach Trenkwalder bei der Hypertoniebehandlung alter Patienten: „Start slow, go slow“, denn es gehe hier immer auch um das hohe Gut der Lebensqualität. Einfachen Therapieregimen sei deshalb der Vorzug zu geben vor komplexen, was konkret bedeute, dass gegebenenfalls auf Fixkombinationen zurückgegriffen werden sollte. Bei AT-1-Blockern und ACE-Hemmern sei zusätzlich die Nierenfunktion zu kontrollieren.

Vorstadien des Diabetes stärker beachten

Prof. Dr. Hans Uwe Janka, Bremen, wies in seinem Vortrag „Diabetes mellitus im Alter – zu spät erkannt und behandelt?“ auf den alarmierenden Umstand hin,

ANZEIGE

(Mitgliederwerbung DGG)

dass 30 Prozent aller Herztoten Diabetiker seien und dass bei Vorliegen eines Diabetes sich die Lebenserwartung um rund ein Drittel verringere. Mit fünf- bis sechsjähriger Verspätung werde zudem die Diabetesdiagnose hierzulande gestellt. Und dieser fatale „time lag“ verschärfe sich noch, wenn mit den Glukosetoleranzstörungen auch die Frühstadien des Diabetes in die Betrachtung einbezogen würden.

Die Diabetesdiagnose wird hierzulande zu spät gestellt.

Aber auch wenn der Diabetes erkannt sei, heiße das noch lange nicht, dass der Patient auf der sicheren Seite sei, wiesen doch nicht weniger als 45 Prozent der bekannten Diabetiker HbA1c-Werte von über 7,5 auf.

Gerade ältere Diabetiker profitierten nach den Worten Jankas sehr von umfassenden Lifestyle-Änderungen, und das durchaus nicht nur in Bezug auf den Diabetes: So trete etwa eine isolierte systolische Hypertonie bei Diabetikern im Schnitt zehn Jahre früher auf als bei Nichtdiabetikern. Während die Behandlung komorbider Fettstoffwechselstörungen (v.a. Beeinflussung des LDL-Spiegels) mittels Statinen relativ einfach zu bewerkstelligen ist und auch bei Patienten der Altersgruppe zwischen 70 und 80 Jahren sinnvoll sei, gestalte sich die Bluthochdruckbehandlung insofern komplizierter, als hierbei der Einsatz von Betablockern und Diuretika ungünstige Auswirkungen auf den HbA1c-Wert haben könnte. ACE-Hemmer und Kalziumantagonisten seien in dieser Hinsicht hingegen unbedenklich. Janka plädiert für eine aggressive Behandlung des Diabetes, die zudem multifaktoriell angelegt sein müsse (inkl. ASS-Gaben), da nur so eine Halbierung der Herz-Kreislauf-Komplikationen zu erreichen sei.

Die Rolle der Fette

Lohnt sich beim älteren und alten Menschen die Behandlung bestehender Fettstoffwechselstörungen noch? Dieser Frage wandte sich Prof. Dr. Eberhard Windler, Hamburg, zu. Wenngleich noch relativ wenige valide Daten zu die-

sem Fragenkomplex vorlägen, so ließen diese doch keinen Zweifel, dass auch bei über 70-jährigen Patienten eine Lipidsenkung primärpräventiv sinnvoll sei und zu einer signifikanten Verminderung der KHK-Morbidität führe, wenngleich diese nur geringe Auswirkungen auf die Gesamt-

mortalität habe. Die über fünf Jahre laufende Heart-Protection-Studie habe sogar zeigen können, dass gerade die über 75-

jährigen Patienten von einer Lipidsenker-Gabe tendenziell am stärksten profitieren.

Besondere Bedeutung komme der Behandlung mit Statinen im Rahmen der Diabetes- und in geringerem Umfang auch der Hypertonietherapie zu, nicht zuletzt deshalb, da man hier mit einer raschen Risikosenkung rechnen könne. Bei günstiger Kombination, so Windler, ist eine herzfarktbezogene Risikoreduktion um 25 Prozent zu erzielen. Durch aggressive Lipidsenkung sei sogar eine Verminderung der Infarktinzidenz um ca. 60 Prozent möglich. Vor diesem Hintergrund mache es betroffen, dass in Deutschland schätzungsweise nur maximal 18 Prozent der Fettstoffwechselpatienten medikamentös adäquat eingestellt seien. Der Herz-Kreislauf-Prävention müsse weit größeres Gewicht zukommen als heute, da schon im Jahre 2030 unser Gesundheitswesen auf Grund der demographischen Entwicklung – bei gleichem Ausgabenvolumen – pro Kopf der Bevölkerung nur rund ein Viertel des heutigen Budgetanteils zur Verfügung haben werde.

Multivitamin-Komplex gegen Homozystein

Neue Ansatzpunkte für die Prävention ergeben sich aus dem Einsatz von Homozystein und Omega-3-Fettsäuren, so die Kernthese von PD Dr. Hans-Joachim Naurath, Neumünster. Beim Homozystein handelt es sich um eine hoch-

reaktive, stoffwechselaktive schwefelhaltige Aminosäure, die als Intermediärmetabolit zwischen Methionin und Zystein fungiert. Wie Naurath erläuterte, führt jeder Homozystein-Anstieg um 5 µmol/l zu einer Erhöhung der Myokardinfarktrate um 60 Prozent bei Männern und sogar um 80 Prozent bei Frauen. Der Homozysteinanstieg sei alterskorreliert, wobei nach dem 75. Lebensjahr eine Abflachung zu beobachten sei. Homozystein sei als ein von anderen bekannten Faktoren weitgehend unabhängiger Risikofaktor nicht allein für den Herzinfarkt, sondern auch für Apoplex, pAVK, venöse Thromboembolie und dementielle Prozesse zu werden. Möglicherweise entfalte das Homozystein bei arteriosklerotisch veränderten Gefäßen ein besonders ausgeprägtes Schädigungspotential.

Nach den Worten Nauraths ist mit einer Senkung des Homozysteinspiegels um 3 µmol/l eine Senkung des Herzinfarkttrisikos um 16 Prozent verbunden. Eine deutliche Homozysteinreduktion sei durch die kombinierte Gabe der Vitamine B₆, B₁₂ und Folsäure rasch und stabil zu erzielen. In

diesem Zusammenhang sei ganz eindeutig eine Substitutionstherapie indiziert, da allein über die normale Nährstoffzufuhr gerade im Alter eine ausreichende Versorgung

mit den drei genannten Substanzen kaum realisierbar sei. Mögliche Überdosierungen seien dabei nicht zu befürchten, da es sich um wasserlösliche Vitamine handle.

Der menschliche Körper ist in jedem Lebensalter trainierbar, Nutzeffekte stellen sich rasch ein.

Was bringen Omega-3-Fettsäuren?

Bei den Omega-3-Fettsäuren handelt es sich, so Naurath, um langkettige essentielle Fettsäuren die, zu Triglyceriden verestert, der Energiegewinnung dienen. Bei Patienten nach Herzinfarkt sei durch Gabe von Omega-3-Fettsäuren eine Verringerung der KHK-Mortalität um bis zu 45 Prozent beobachtet worden, wohingegen bei der Herzinfarkt-

prophylaxe eher mäßige Erfolge erzielt worden seien, was darauf hindeute, dass die Beeinflussung der Arteriosklerose wohl nicht den zentralen Wirkungsmechanismus darstelle. Zwar würden heute laut American Heart Association zur Sekundär- und Tertiärprävention Dosierungen in Höhe von etwa einer Fischmahlzeit pro Tag (entsprechend 900 mg/d) empfohlen, doch sei die empirische Basis für solch weitreichende Aussagen – zumindest mit Blick auf primärpräventive Erfordernisse – zu wenig tragfähig, da es gegenwärtig noch an randomisierten, kontrollierten Studien zu diesem Fragenkomplex fehle.

Schon leichtes Walken schützt

Prof. Dr. Wildor Hollmann, Nestor der deutschen Sportmedizin aus Köln, hob den Nutzen von Bewegungsaktivitäten auch im höheren Lebensalter nachdrücklich hervor. Er referierte die Ergebnisse einer Prospektivstudie, nach der tägliches Walking über zwei Meilen (entsprechend ca. 3,2 km) innerhalb eines Vierjahreszeitraumes zu einer Halbierung des Mortalitätsrisikos führte. Vergleichbare Effekte seien auch durch zwei einstündige Spaziergänge pro Woche zu erzielen. Ausschlaggebend hierfür sei unter anderem die Zunahme von Muskelfasern des langsamen Typs (Typ I). Ausdauertrainierte 70-Jährige hätten so eine um 3,5 Jahre verlängerte Lebenserwartung. Vor überzogenen sportlichen Aktivitäten im Alter indes warnte Hollmann, da die Ergebnisse einiger Studien für sehr hohe Trainingsintensitäten eher gesundheitliche Nachteile gezeigt hätten. Ein mittelgradig beanspruchendes Sportprogramm hingegen verbessere die Fließeigenschaften des Blutes, bewirke eine Ökonomisierung von Blutdruck, Fett-/Kohlehydratstoffwechsel (Insulinresistenz) sowie Stresshormonproduktion und erhöhe die Gefäßelastizität. Sogar eine Rückbildung arteriosklerotischer Veränderungen sei unter diesen Bedingungen in geringem Umfang möglich.

Der menschliche Körper sei in jedem Lebensalter trainierbar, und erste gesundheitliche Nutzeffekte stellten sich

sehr rasch ein, so Hollmann. Das gelte nicht allein für Ausdaueraktivitäten, sondern auch für die Kraftentwicklung. So hätten in einer italienischen Studie Patienten im Alter zwischen 87 und 96 Jahren, die ohne Hilfe nur noch drei Stufen steigen konnten, nach einem speziellen achtwöchigen Krafttraining 23 Stufen selbstständig bewältigen können.

Eine nachhaltige Reduktion des kardiovaskulären Risikos ist, so das Fazit

dieser Tagung, nur zu erreichen, wenn es gelingt, die Bestimmungsgrößen des metabolischen Syndroms in konzentrierter Aktion günstig zu beeinflussen, wobei insbesondere der Insulinresistenz als Vorstufe des manifesten Diabetes größere Beachtung zukommen sollte, als dies heute gemeinhin der Fall ist.

Dr. Peter Kupfer, Erlangen ■

Begleiter auf dem letzten Weg



Foto: Deutsche Hospiz-Stiftung

Oft sind verbale Beruhigung und Körperkontakt erfolgreicher als die Verabreichung von Medikamenten.

Viele Menschen wünschen sich, die letzte Phase ihres Lebens in der vertrauten häuslichen Umgebung liebevoll umsorgt von Angehörigen und Freunden zu verbringen. Häufig sind es die Hausärzte, die den Patienten und seine Familie auf diesem schweren Weg begleiten. Was dabei besonders wichtig ist, erläutert Prof. Dr. Reiner Hartenstein, München, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching.

? *Die hausärztliche Versorgung unheilbar Erkrankter beschränkt sich nicht auf rein medizinische Aspekte. Wie sollte die Versorgung organisiert werden, um dem Patienten ein würdevolles Sterben zu ermöglichen, ohne die Angehörigen zu überfordern?*

Hartenstein: Einem unheilbar Kranken sollte der Wunsch, bis zu seinem Tode

in vertrauter häuslicher Umgebung zu bleiben, wenn immer möglich, erfüllt werden. In dieser Situation übernimmt der Hausarzt den wichtigsten Part als Ansprechpartner für den Patienten und seine Angehörigen. Dabei wird von ihm nicht nur medizinische Kompetenz in Fragen der symptombezogenen Behandlung, wie Schmerztherapie, Umgang mit Pumpensystemen, erwartet,

sondern auch soziales Engagement, wie die Bereitschaft zu regelmäßigen Hausbesuchen, die Organisation häuslicher Pflege über die Sozialdienste bzw. wenn vor Ort vorhanden, die Einschaltung von ambulanten Hospizdiensten. In einigen Orten stehen palliativmedizinisch ausgerichtete Hausbetreuungsdienste (wie in München der Christophorus

und der Kommunikation dar. Seitens des Arztes soll es in der Grundhaltung von Offenheit, Wahrhaftigkeit, Sympathie und Partnerschaftlichkeit geprägt sein. Inhaltlich ist neben der Information des Patienten und – falls vom Patienten zugelassen – auch der Angehörigen über seine Krankheitssituation, seine Diagnose, den wahrscheinlichen

Hartenstein: Bei bis zur Terminalphase guter palliativmedizinischer Betreuung und Symptomenkontrolle bleibt etwa ein Drittel der Patienten auch final frei von neu auftretenden, behandlungsbedürftigen Symptomen.

Fast in jedem Fall kommt es jedoch in der eigentlichen Sterbephase kurz vor dem Tode zu einem rasselnden, durch vermehrte Sekretion hervorgerufenen Atemgeräusch, der so genannten Rasselatmung, die vermutlich mehr von den Angehörigen und Betreuern als vom Sterbenden als selbst beunruhigend und quälend empfunden wird.

Spätestens jetzt sollten Infusionen abgesetzt werden, eine medikamentöse, antisekretorische Therapie einsetzen und durch Halbseitenlagerung des Patienten der Abfluss von Sekret unterstützt werden.

Eine Absaugung sollte möglichst vermieden werden, da sie vom Patienten als sehr unangenehm empfunden wird und zumeist mehr den begleitenden Personen dient als dem Sterbenden. Etwa 24 Stunden vor dem Tod können gesteigerte motorische Unruhe, Halluzinationen, Desorientiertheit, Bewusstseinstörung oder auch Krampfstände auftreten, deren Ursache neben der zunehmenden Störung der Hirndurchblutung zumeist nicht mehr näher zu differenzierende psychische Störungen (Ängste?), körperliche Beschwerden (Schmerzen?) oder sedierende Medikamente als paradoxe Reaktion sein könnten.

Therapeutisch sollten als Ursache in Frage kommende Medikamente abgesetzt und spezifisch, der neuropsychiatrischen Symptomatik entsprechend, behandelt werden.

Bei Annahme von zunehmenden Schmerzen als Ursache sollte auch bei bewusstseinsgestörten Patienten die Schmerzmedikation erhöht werden.

Ansonsten sind verbale Beruhigung, Körperkontakt, besonders durch vertraute Personen, oder die Schaffung einer beruhigenden Atmosphäre oft erfolgreicher als die Verabreichung von Medikamenten.

Dr. Marianne Kupfer, Freising ■

Weiterführende Informationen

Dachorganisation der ambulanten Hospizinitiativen und stationären Hospize ist die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (BAG).
Informationen: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Niederzier, Tel. 0 24 28/80 29 37, bag.hospiz@hospiz.net, www.hospiz.net
Auskünfte zu Fragen der Hospizarbeit erteilt die Deutsche Hospiz Stiftung, Dortmund, Tel. 02 31/73 80 730, www.hospize.de.

Die Patientenschutzorganisation für Schwerstkranke und Sterbende berät Betroffene, Angehörige und Ärzte unter 089/20 20 810 und 02 31/73 80 730.

Informationen zur Palliativmedizin erteilt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bonn, unter Tel. 02 28/64 81-3 09, eMail: dgp.bonn@malteser.de, www.dgpalliativmedizin.de

Hospiz Verein) bzw. palliativmedizinisch versierte niedergelassene Ärzte (wie in Berlin die Home-Care-Versorgung), die als Vermittler zwischen Patient inklusive Familie und Hausärzten fungieren, bzw. als konsiliarärztliche Berater der Hausärzte bei der palliativmedizinischen Versorgung ihrer Patienten dienen.

Ein derartiges Versorgungsnetz medizinischer und psychosozialer Hilfen im ambulanten Sektor ermöglicht bei etwa zwei Drittel der Patienten ein würdevolles und beschwerdenarmes Sterben zu Hause. Es trägt dazu bei, Belastungen von Angehörigen, aber auch von Hausärzten abzumildern und Überforderungen zu vermeiden.

? *Dem ärztlichen Gespräch kommt gerade in dieser Situation eine große Bedeutung zu. Was sollte man mit dem Patienten besprechen, was ist für die Angehörigen wichtig?*

Hartenstein: Das Gespräch des Arztes mit dem unheilbar kranken Patienten und dessen Angehörigen stellt ein wichtiges Instrument ärztlichen Handelns

Verlauf der Erkrankung ohne Festlegung auf zeitliche Abläufe und die Behandlungsoptionen sowie das Erkennen der Bedürfnisse und Ängste des Patienten von Bedeutung.

Der Patient wird so in die Lage versetzt, seinen persönlichen Willen situationsgerecht und für ihn angemessen zu äußern und mit seinen ebenfalls informierten Angehörigen offen und auf Dauer zu kommunizieren.

Der Patient soll erkennen, dass er Gefühle, wie Angst, Wut und Enttäuschung, haben und auch zeigen darf.

Der Patient soll aber auch erfahren, dass er nicht allein gelassen ist, sondern dass Behandler und Betreuer für ihn ansprechbare Bezugspersonen sind, die ihm Hilfen anbieten und auch angehen lassen wollen.

Die Führung des Gesprächs hat der Patient, für den Arzt ist zuhören oft wichtiger als reden.

? *In der Terminalphase stehen häufig Probleme der Ausscheidung, der Atmung und der Medikamentengabe im Vordergrund. Welche Maßnahmen sind vorrangig und was ist überflüssig?*

Studie: Trosipiumchlorid wirkt rasch

Auf der Tagung der ICS vom 6.-9. Oktober 2003 in Florenz wurden u. a. die Ergebnisse einer doppelblinden Vergleichsstudie zu Trosipiumchlorid (Spasmolyt®) aus den USA vorgestellt. Die Ergebnisse bestätigten den raschen Wirkeintritt.

Ziel der Studie war es, zu ermitteln, wie schnell es nach Gabe von Trosipiumchlorid gelingt, die Inkontinenzsymptomatik zu bessern. Nach einer 3-wöchigen wash-out Phase (dabei musste u. a. auch über sieben Tage ein Inkontinenz-Tagebuch geführt werden) wurde den Patienten 2 x 20 mg Trosipiumchlorid täglich oder Placebo verabreicht. Nach 1, 4 und 12 Wochen wurden die Therapieergebnisse erfasst. In der ersten Woche unter Therapie war zusätzlich ein Inkontinenz-Tagebuch zu führen.

Insgesamt wurden 523 Patienten mit hyperaktiver Blase (definiert als mindestens zehn Miktionen pro Tag) in die Studie eingeschlossen. 261 Patienten erhielten Placebo, 262 Trosipiumchlorid. Das Durchschnittsalter lag bei 62 Jahren.

Bereits in den ersten Tagen nach Start der Therapie mit Trosipiumchlorid reduzierten sich die Symptome. Von Tag 3 an waren die Unterschiede zu Placebo – bezogen auf die Zahl der Miktionen insgesamt – bis zum Ende der Studie nach zwölf Wochen signifikant. Bezogen auf die Inkontinenzepisoden war

Trosipiumchlorid sogar schon ab dem 2. Tag hochsignifikant wirksam.

Die in Florenz vorgestellte US-amerikanische Multicenter-Studie hat damit den bereits vor einigen Jahren sowohl aus einer groß angelegten Anwendungsbeobachtung als auch aus einer Vergleichsstudie mit Tolterodin bekannten raschen Wirkeintritt von Trosipiumchlorid (Spasmolyt®) eindrucksvoll bestätigt. Mit der nunmehr erneut doppelblind dokumentierten Wirkung auf die „patientennahen“ Zielparame-

ter „Gesamtzahl der Miktionen“ und „Inkontinenzepisoden“ hat sich Trosipiumchlorid zudem auch einmal mehr in der evidenz-basierten Medizin bestätigt.

Die komplette Studie können Sie sich unter www.hoyer-madaus.de als pdf-Datei downloaden.

„Trosipium Chloride improves Symptoms of overactive Bladder within one week“, Sand P., Dmochowsky, R., ICS, Florenz, 6.-9.10. 2003: Weitere Infos: Hoyer-Madaus GmbH, Monheim, Tel. 0 21 73 / 48 31 02

Memantine bei Alzheimer Demenz wirksam

Erste Ergebnisse einer in den USA durchgeführten klinischen Studie mit Memantine belegen, dass das Alzheimer Medikament von Merz mit dem Wirkstoff Memantine auch für die Behandlung der Anfangsstadien der Alzheimer-Erkrankung wirksam ist. In dieser Studie, die von Forest Laboratories, Merz' Entwicklungs- und Vermarktungspartner in den USA, durchgeführt wurde, konnte eine statistisch signifikante Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit und des klinischen Gesamteindrucks bei Patienten leichter bis mittlerer Schweregrade im Vergleich zu Placebo nachgewiesen werden. Das Alzheimer-Medikament ist nach Angaben des Unternehmens das weltweit einzige auf dem Markt verfügbare Präparat, dessen Wirksamkeit für alle Stadien der Alzheimer-Erkrankung in klinischen Studien belegt wurde.

Memantine ist seit August 2002 in der EU und vielen anderen Ländern der Welt, seit Oktober 2003 in den USA als erstes Medikament weltweit für die Behandlung der fortgeschrittenen Stadien (mittelschwere bis schwere Alzheimer-Demenz) zugelassen. Die Anzahl der an Alzheimer Erkrankten wird in Deutschland auf rund 850.000 [1], in den USA auf 4 Millionen [2] und weltweit auf 15 Millionen [3] geschätzt. Memantine



Foto: Merz

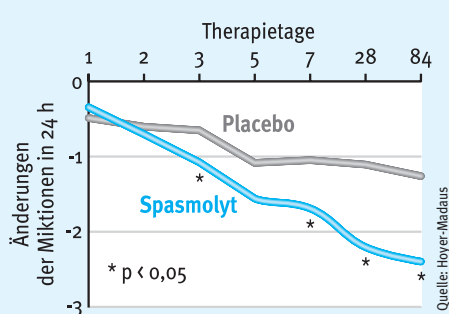
Eine klinische Studie zeigte die Wirksamkeit von Memantine in den Anfangsstadien der Alzheimer Erkrankung

wird von Merz unter dem Warenzeichen AXURA® in Deutschland und weiteren Märkten der Welt vertrieben.

Literatur

1. Altenbericht der Bundesrepublik
2. Alzheimer's Association: www.alz.org/AboutAD/Statistics.htm
3. Geriatrics, Februar 2003

Pressemitteilung der Merz Pharma GmbH, Frankfurt am Main, vom 7. Januar 2004



Bezogen auf die Inkontinenzepisoden wirkte Trosipiumchlorid schon ab dem 2. Tag

Neue Ansätze für Krebstherapie

Forschern bei Roche ist es gelungen, neue Einblicke in den für Krebserkrankungen wichtigen Signalweg der Zelle zu gewinnen, bei dem das Tumorsuppressor-Gen p53 bzw. sein Genprodukt das P53 Protein, eine zentrale Rolle spielen. In einem in Science am 6. Februar publizierten Artikel und in Scienceexpress vom 2. Januar berichten sie über die Identifizierung eines Moleküls, das den p53 Signalweg aktiviert, indem es die Bindung des Hemmstoffes MDM2 an P53 verhindert.

Beim Tumorsuppressor-Gen p53 handelt es sich um einen hoch wirksamen Transkriptionsfaktor, der einen wichtigen Stoffwechselweg kontrolliert und die Zellen davor schützt zu entarten, d.h. zur Krebszelle zu werden. Daher ist das p53 Gen auch das am häufigsten inaktive Gen bei menschlichen Krebser-

krankungen und somit ein wichtiges Zielmolekül in der Wirkstoffforschung. Bei rund 50 Prozent aller Tumoren des Menschen ist p53 nicht funktionsfähig und man geht davon aus, dass bei den restlichen Krebserkrankungen andere Mechanismen den Tumorsuppressor inaktivieren. Einer dieser Mechanismen ist die Überproduktion des natürlichen P53 Hemmstoffes MDM2. Lyubomir Vassilev, Forschungsleiter bei Roche und Hauptautor des Artikels, dazu: „Durch die Hemmung von MDM2 können wir P53 stabilisieren und aktivieren, wodurch es im Tumor zu einem Wachstumsstillstand und der Zerstörung der Zellen (Apoptose) kommt. Dieses Forschungsergebnis eröffnet möglicherweise neue Ansätze für die Krebstherapie.“

P53 nimmt eine zentrale Stellung in der Wachstums- und Teilungskontrolle von Zellen ein. Bei dem für das P53-Protein codierenden Gen (p53) handelt es sich um das am häufigsten mutierte Gen bei menschlichen Krebserkrankungen.

50 Prozent aller Tumoren weisen Veränderungen des p53-Gens auf. Diese Zahl steigt bei gewissen Formen von Lungen- und Darmkrebs auf 60 bis 70 Prozent an.

*Roche Deutschland Holding GmbH,
Grenzach-Wyhlen (Pressemitteilung
vom 3. Februar 2004)*

IMPRESSUM

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

Redaktion: Jola Horschig
(verantwortlich, Anschrift wie Verlag)

Herstellung/Grafik: Sabine Löffler
(verantwortlich)

Verlag: gerikomm Media, Kampstr. 7,
30629 Hannover;
Verlagsleitung: Uwe Wegner,
Tel. 05 11/58 15 84, Fax 05 11/58 32 84

Rechte: Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Verwertung on- und offline, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach Paragraph 54 (2) UrhRG zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind.

Hinweise: Die in dieser Zeitschrift angegebenen Dosierungen vor allem von Neuzulassungen sollten in jedem Fall mit den Beipackzetteln der verwendeten Medikamente verglichen werden. Alle Informationen werden nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr für die Richtigkeit gegeben.

Druck: Verlag Gödicke Druck & Consulting, Hannover

www.geriatrieonline.de
www.dggeriatrie.de

Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie: Uwe Wegner, Telefon und Telefax wie Verlag

Über diese Nummer sind – unabhängig von den individuellen Nummern – alle Vorstandsmitglieder erreichbar.

Mitglieder des Förderkreises der

Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- ▶ Dr. R. Pflieger
Chemische Fabrik GmbH
Thomas Leufgens
Dr.-Robert-Pflieger-Straße
96045 Bamberg
- ▶ Dr. Willmar Schwabe
GmbH & Co.
Dr. Heide H.-Kaddour
Willmar-Schwabe-Straße 4
76227 Karlsruhe
- ▶ Hoyer-Madaus GmbH & Co. KG
Dr. Haino Geerke
Alfred-Nobel-Straße 10
40789 Monheim
- ▶ Merz Pharmaceuticals GmbH
Ulrike Karberg
Eckenheimer Landstraße 100-104
60318 Frankfurt/Main
- ▶ Norgine GmbH
Peter Lemke
Im Schwarzenborn 4
35041 Marburg
- ▶ Roche consumer Health
Deutschland GmbH
Dr. Jeanette Simon
Valterweg 24-25
65817 Eppstein-Brenntal
- ▶ SERVIER Deutschland GmbH
Dr. Jan-Frederic Kesselhut
Westendstraße 170
80686 München
- ▶ Tromsdorff Arzneimittel
GmbH & Co.
Thomas König
Tromsdorffstraße 2-6
52475 Alsdorf
- ▶ UCB GmbH
Dr. Sigrid Grafflage
Hüttenstraße 205
50170 Kerpen
- ▶ Yamanouchi Pharma GmbH
Herr Dr. U. Eggert
Im Breitenspiel 19
69126 Heidelberg