

# GERIATRIE NEWS



Mitgliederzeitung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.

## Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

an der Brandung in Brandenburg: Erquickende geriatrische Wogen!

Die beharrliche, inhaltlich richtige und standespolitisch wichtige Arbeit seit fast zehn Jahren in Richtung Schwerpunktstitel für das Fach Geriatrie hat in Brandenburg gefruchtet. Am 13. März 2004 hat die Landesärztekammer in Brandenburg das Fach Geriatrie als Schwerpunkt in die zukünftige Weiterbildungsordnung im Facharztgebiet Allgemeine und Innere Medizin aufgenommen. Informationen zu Inhalten

und Zeitrahmen finden Sie auf S. 4.

All denen, die zu diesem Erfolg beigetragen haben, allen voran Dr.

Rainer Neubart

aus Woltersdorf, sei hier von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) gratuliert und gedankt. Es bleibt zu hoffen, dass dieser Erfolg eine Schrittmacherfunktion für die gesamte Bundesrepublik haben wird!

Die neue ärztliche Approbationsordnung, die seit dem Wintersemester 2003/2004 gilt, bietet der Geriatrie eine noch nie dagewesene Chance. Die Geriatrie ist nämlich erstmals im verpflichtenden Fächerkanon für Medizinstudenten enthalten. Die „Medizin des Alterns und des alten Menschen“, so die offizielle Bezeichnung, ist einer von insgesamt zwölf neu geschaffenen Querschnittsbereichen. Für klinisch tätige GeriaterInnen ergibt sich damit die Möglichkeit, ihr Wissen und ihre Erfahrung gezielt in die Ausbildung einzubringen. Dennoch gibt es ein caveat: Wir müssen bemüht sein, dass dieser Querschnittsbereich auch wirklich die Geriater-

Innen integriert und nicht primär von KollegInnen vermittelt wird, die „ja auch ältere Menschen“ betreuen. Die Universität Frankfurt am Main hat sich dieser Aufgabe folgendermaßen erfolgreich gestellt: Da die Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt keine eigene geriatrische Abteilung hat, hat sie drei umliegende geriatrische Kliniken (Diakonissen-Krankenhaus Frankfurt – PD Dr. R. Püllen, Elisabethenstift Darmstadt – Dr. H. Werner und Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden – Dr. W. Knauff) involviert. Dieses „über den Hag schauen“ war erfolgreich und ist auch vielen anderen Universitäten nur zu wünschen, denn: Die Evaluation des Lehrangebotes wurde von den Studenten als gut bis sehr gut bewertet. Ein Medizinstudent äußerte gar den Wunsch, Geriater werden zu wollen. „Teach the teachers“ – in Frankfurt wurde ein erfolgversprechender Anfang gemacht!

Obstipation in der Geriatrie ist ein Tabuthema, dem sich die Gruppe um Prof. I. Füsgen seit Jahren erfolgreich annimmt. In einem Übersichtsartikel (S. 6) stellen sie in den Fokus, dass gerade die Obstipation leider nur zu oft für den Verzicht oder zum Mindesten für die ungenügende Gabe von Opiaten verantwortlich ist. Dem Kliniker wird durch gut übersichtliche Tabellen ein therapeutisches Vademecum geboten, wobei ein besonderer Stellenwert auf die osmotisch wirksamen Laxantien gegeben wird.

Prof. Dr. med. Cornel C. Sieber  
Präsident elect der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.

### Inhalt

#### Aktuelle Nachrichten

- ▶ Posterpreis 2003 der DGG
- ▶ EAMA – eine Erfolgsstory feiert 10-jähriges Bestehen
- ▶ 3. Kongress der EUGMS
- ▶ Personalia ab Seite 2

#### Durchbruch in Brandenburg

Im März hat die Landesärztekammer Brandenburg das Fach Geriatrie als Schwerpunkt in die zukünftige Weiterbildungsordnung im Facharztgebiet Allgemeine und Innere Medizin aufgenommen. Seite 4

#### Geriatrie an der Universität

Die Medizinische Fakultät der Universitätsklinik Frankfurt kooperiert mit umliegenden geriatrischen Kliniken. Seite 5

#### Obstipation – ein schmerztherapeutisches Problem?

Die Behandlung chronischer Schmerzen erfordert häufig den Einsatz von Opioiden, die wiederum eine Obstipation hervorrufen bzw. eine vorhandene Obstipation verstärken können. Seite 6

#### Forum Förderkreis:

- ▶ L-Dopa lindert RLS-Beschwerden
- ▶ Ginkgo steigert mentale Leistungsfähigkeit
- ▶ Note 1 A für Trosipiumchlorid in der Evidenzbewertung
- ▶ Memantine bei mittlerer bis schwerer Alzheimer Demenz

ab Seite 10

## EAMA – eine Erfolgsstory feiert 10-jähriges Bestehen

Was als innovative Idee einiger europäischer akademisch tätiger Geriater begann – nämlich den akademischen Nachwuchs für das Fach Geriatrie gezielt zu schulen – hat nun im Juni nach zehn Jahren „in action“ fünf Kurse erfolgreich absolviert.

Das Curriculum erstreckt sich über zwei Jahre, wobei jeweils im Januar und Juni in Sion, im schönen Wallis, je einwöchige Kurse zu einem spezifischen geriatrischen Thema abgehalten werden. Die hochkarätige internationale Fakultät setzt sich aus ExponentInnen der Geriatrie zusammen, die einheitliche Sprache ist Englisch. Nebst Vermittlung fachlicher Inhalte waren zwei weitere Faktoren von Anfang an ein Hauptziel dieser Kurse: Erstens die Interaktivität mit Beiträgen der StudentInnen sowie viele Gruppenarbeiten, zweitens die Etablierung eines „EAMA network“ über die Zeit der Kurse hinaus. So werden dieses Jahr in

der letzten Juniwoche nebst dem regulären Programm 16 frühere StudentInnen aus der ganzen Welt über ihre Forschungsarbeiten berichten.

Man darf dies ruhig sagen: Die EAMA ist zu einer akademischen Kaderschmiede für das Fach Geriatrie geworden und erfolgreiche „spin-offs“ über den gesamten Globus unterstreichen die Globalisierung des erfolgreichen Konzeptes. Erfolgreich absolviert haben bis anhin 135 Geriater und Geriaterinnen diese zertifizierte postgraduate-Ausbildung, davon 20 Deutsche. Ende Juni 2004 werden nun weitere 35 GeriaterInnen graduieren, davon erneut fünf

deutsche KollegInnen. Gerade der fachlich-freundschaftliche Austausch unter Gleichgesinnten einer doch noch gefährdeten Spezies – nämlich die der akademisch-interessierten GeriaterInnen – ist eines der Erfolgsrezepte der EAMA. Dass zu diesem Rezept auch bisweilen Fondue, Raclette und Fendant gehört, sei nur am Rande erwähnt. Der Schreibende hätte auf alle Fälle als „expatriote“ aus der Schweiz nun in Deutschland, ohne seine Freundschaften mit deutschen KollegInnen über die EAMA, einen viel schwierigeren Beginn gehabt oder ganz lapidar ausgedrückt: „Auch Käse verbindet“!

InteressentInnen erhalten unter folgender Adresse genauere Informationen: [vmontani@vtx.ch](mailto:vmontani@vtx.ch)

*Cornel C. Sieber, Nürnberg* ■

## Posterpreis 2003 der DGG entschieden

Im letzten Jahr hat die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) erneut den „Wissenschaftlichen Preis – Posterpreis der DGG“ ausgelobt. Teilgenommen haben die Arbeiten, die im Rahmen der Jahrestagung 2003 in Berlin präsentiert wurden. Mitglieder der Jury waren Dr. R. Neubart, Woltersdorf, Dr. T. Stamm, Heide und Dr. H.-J. Werner, Darmstadt. Sie bewerteten die Poster hinsichtlich ihrer Bedeutung innerhalb der Geriatrie, der Art der wissenschaftlichen Durchführung und Darstellung sowie der Möglichkeiten der Umsetzung in die praktische geriatrische Arbeit.

Unter den 25 vorgestellten Postern vergaben die Jurymitglieder folgende Auszeichnungen:

**1. Preis (750,00 Euro):** T. Krause und Mitarbeiter, Poster „Dekubitus: Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie zu den Risikokonstellationen“

**2. Preis (500,00 Euro):** C. Lucke und Mitarbeiter, Poster „Zum klinischen Bild und zur Diagnostik der Spondylitis/Spondylodisitis beim geriatrischen Patienten“

**3. Preis (250,00 Euro):** J. Anders und Mitarbeiter, Poster „Präventive Hausbesuche: Risiko für Pflegebedürftigkeit bei 77 älteren Patienten“.

### Personalien

► PD Dr. med. Roland Hardt wurde am 31.04.2004 zum a.o. Professor Dr. med. der Medizinischen Fakultät Mainz ernannt. Prof. Dr. Hardt vertritt dort das Fach „Medizin des Alterns und des alten Menschen“. Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie gratuliert ihrem Schatzmeister ganz herzlich und wünscht ihm viel Erfolg.

► Dr. med. Walter Swoboda, Chefarzt der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Würzburg, hat von der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg den Lehrauftrag für den neuen Querschnittsbereich „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ erhalten. Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie gratuliert ihrem langjährigen Mitglied – bekannt durch die Ausrichtung der Geriatriekongresse in Würzburg – ganz herzlich zu dieser Aufgabe und wünscht ihm dabei viel Erfolg.

## 3. Kongress der EUGMS

Vom 15. bis 18. September 2004 findet in Wien der 3. Kongress der European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) statt. Unsere österreichischen Kollegen haben gemeinsam mit EUGMS ein interessantes und vielseitiges Programm zusammengestellt. Der Kongress bietet Ihnen vielfältigen Erfahrungs- und Meinungsaustausch mit KollegInnen aus anderen Ländern Europas. Sie haben Gelegenheit, von anderen zu lernen und durch aktive Teilnahme Ih-

re eigenen Ergebnisse und Erfahrungen darzustellen. Kommen Sie nach Wien, repräsentieren Sie dort unsere Deutsche Gesellschaft für Geriatrie.

Abstracts können bis zum 30.6.2004 eingereicht werden. Nähere Informationen finden Sie im Internet unter: [www.eugms.org](http://www.eugms.org)

*R. Hardt, Mitglied im Full Board der EUGMS, H. Werner, Mitglied im Executive Board der EUGMS* ■

## Begrüßung neuer Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- ▶ **Dr. med. Rolf Althoff**,  
Westf. Klinik Münster,  
Innere Medizin, Friedr.-Wilh.-  
Weber Str. 30, 48147 Münster
- ▶ **Ulf Andresen**,  
Am Rensemoor 10, 23909 Ratzeburg
- ▶ **Dr. med. Michael Bär**,  
Vorstädtleweg 3,  
79194 Gundelfingen
- ▶ **Richard Bartsch**,  
Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Bayern  
e.V., Rohrer Str. 25, 90574 Roßtal
- ▶ **Dr. med. Jeanette Baumann**,  
Klinikum Chemnitz,  
Abteilung Akutgeriatrie,  
Flemmingstr. 4, 09116 Chemnitz
- ▶ **Dr. med. Klaus Becker**,  
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,  
St. Clemens-Hospital Sterkrade  
GmbH, Wilhelmstr. 34,  
46145 Oberhausen
- ▶ **Dr. med. Andreas Beier**,  
Wolfratshauser 44,  
82065 Baierbrunn
- ▶ **Dr. med. Anne-Grit Bialojan**,  
St. Josef-Hospital Xanten,  
In der Hees 4, 46509 Xanten
- ▶ **Dr. med. Ulrike Bielzer**,  
Knappschafts-Krankenhaus,  
Ittenbach 15, 45147 Essen
- ▶ **Ewa Blazejak**,  
St. Bonifatius-Hospital,  
Vörstekoppel 59, 22399 Hamburg
- ▶ **U. Böres**,  
Hansaallee 29, 60322 Frankfurt
- ▶ **Turangiz Dasegir-Saadat**,  
Kath. Krankenhaus  
Duisburg-Zentrum St. Vincenz,  
Papendelle 6, 47051 Duisburg
- ▶ **Dr. med. Petra Dieckmann**,  
Albertinen-Haus Hamburg,  
Böttger 1b, 20148 Hamburg
- ▶ **Dr. med. Tvrtko Dzaja**,  
Rua do vale 17, P – 9555 Caudelaria
- ▶ **Dr. med. Walter Fingerhut**,  
Ricarda-Huch-Str. 47,  
72760 Reutlingen
- ▶ **Dr. med. Michaele Flügel**,  
Klinik Bavaria, Anästhesie,  
Geyersberg 25, 94078 Freyung
- ▶ **Dr. med. Henning Freund**,  
Krankenhaus am Rosarium GmbH,  
06526 Sangerhausen
- ▶ **Dr. med. Marita Fübler**,  
Seehausener Str. 48, 13057 Berlin
- ▶ **Hendrik Gerber**,  
Janssen-Cilag GmbH,  
Group Product Manager Geriatrie,  
Raiffeisenstr. 8, 41470 Neuss
- ▶ **Isabel Girau Forkert**,  
Usedomer 1, 13355 Berlin
- ▶ **Dr. med. Martin Gosebruch**,  
Reha-Klinik Mettingen,  
Bahnhofstr. 19, 49497 Mettingen
- ▶ **Meike Grollmisch**,  
MZ Marienhöhe Würselen, Geriatrie,  
Im Grötchen 29, 52146 Würselen
- ▶ **Dr. med. Sabine Haußmann**,  
Lenau 80, 60318 Frankfurt
- ▶ **Dr. med. Ralf S. Hofmann**,  
MDK Berlin-Brandenburg,  
Martin-Luther-Str. 3-7, 10777 Berlin
- ▶ **Dr. med. Johannes Höing**,  
Facharzt für Orthopädie,  
Am Markt 1, 49801 Lingen
- ▶ **Dr. med. Sieglinde Klein**,  
Enzkreis-Kliniken Geriatr. Reha,  
Klinik Mühlacker, Hermann-Hesse-  
Str. 34, 75417 Mühlacker
- ▶ **Dr. med. Gertraude Koetter**,  
Diakonissen-Krankenhaus, Holz-  
hausener Str. 72-92, 60322 Frankfurt
- ▶ **Dr. med. Rudolf Koob**,  
Untere Bayerische Gasse 29,  
91320 Ebermannstadt
- ▶ **Dr. med. Thorsten Lammers**,  
St. Martinuskrankenhaus,  
Abteilung für Geriatrie,  
Gladbacherstr. 26, 40219 Düsseldorf
- ▶ **Irmgard Landgraf**,  
Paulsenstr. 5-6, 12163 Berlin
- ▶ **PD Dr. med. Wolfgang Mühlberg**,  
Universitätsklinikum Erlangen,  
Lehrstuhl Innere Medizin V  
(Gerontologie), Heimerichstr. 58,  
90419 Nürnberg
- ▶ **Christoph Müller**,  
Schwanthalenstr. 20,  
60594 Frankfurt
- ▶ **Igor Nemet**,  
Drosselweg 50, 44328 Dortmund
- ▶ **Dr. med. Anke Nolte**,  
Ev. Krankenhaus St. Johannisstift,  
Reumontstr. 28, 33102 Paderborn
- ▶ **Dr. med. Michael Övermann**,  
Krankenhaus Maria Frieden,  
Klinik für Geriatrie Rehabilitation,  
Kettelerstr. 17, 48147 Münster
- ▶ **Dr. med. Christina Övermann**,  
Krankenhaus Maria Frieden,  
Kettelerstr. 17, 48147 Münster
- ▶ **Olga Proskurjakova**,  
Von-der-Gablentz 4, 13403 Berlin
- ▶ **Dr. med. Dieter Schaller**,  
Am Fuhrenkamp 38, 28876 Oyten
- ▶ **Chefarzt Dr. med. Dieter Schaller**,  
Klinikum Bremen-Ost, Klinik für Geria-  
trie, Züricher Str. 40, 28325 Bremen
- ▶ **Dr. med. Wolfgang Schneider**,  
Klinik Wartenberg,  
Badstr. 43, 85456 Wartenberg
- ▶ **Dr. med. Katrin Schumann**,  
St. Marienkrankenhaus,  
Bergstr. 1-3, 14770 Brandenburg
- ▶ **Dr. med. Alfons Schürmann**,  
Chefarzt Innere Medizin und  
Pneumologie, Ev. Krankenhaus  
Johannisstift Münster eGmbH,  
Wichernstr. 8, 48147 Münster
- ▶ **Christina Schwenk**,  
Ostpreußen 48, 65719 Hofheim
- ▶ **Dr. med. Martin Stolz**,  
Odensehof 9, 30457 Hannover
- ▶ **Dr. med. Kerstin Sudbrak**,  
Ev. Krankenhaus Johannesstift,  
Abteilung für Akutgeriatrie,  
Wichernstr. 8, 48147 Münster
- ▶ **Dr. med. Hubert Titz**,  
St. Katharinenhospital, Med. Klinik III,  
Kapellener Str. 1-5, 50226 Frechen
- ▶ **Med. Rat Dr. med. Karl Arno Tolzin**,  
Wächter 2a, 18057 Rostock
- ▶ **Prof. Dr. med. Rudolf Töpfer**,  
Allgem. Krankenhaus Harburg,  
Neurologische Abteilung, Eißen-  
dorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg
- ▶ **PD Dr. med. Hayrettin Tumani**,  
Neurolog. Klinik der Univ. Ulm,  
Oberer Eselsberg 45, 89081 Ulm
- ▶ **Dr. med. Georg Stefan von Werden**,  
St. Laurentius Stift Waltrop,  
Berkel 4, 44628 Herne
- ▶ **Dr. med. Markus Wach**,  
Hochstr. 41, 90522 Oberasbach
- ▶ **Dr. med. Karin Wagemann**,  
Reha am AHG Gesundheitszentrum,  
Helmholtzstr. 17, 40215 Düsseldorf
- ▶ **Prof. Dr. med. Manfred Wiese**,  
Städt. Klinikum St. Georg,  
2. Klinik für Innere Medizin,  
Delitzscherstr. 141, 04129 Leipzig
- ▶ **Dr. med. Klaus Windel**,  
St. Lucia Hospital,  
Ohlbrocks Weg 90, 33330 Gütersloh
- ▶ **Dr. med. Bianca Wirges**,  
Stockumerstr. 106g, 58454 Witten



# Durchbruch in Brandenburg

*Brandenburg und seine versammelte Ärzteschaft hat sich erneut als besonders geriatric- und selbstbewusst gezeigt. Bisher gab es hier – leider nur in diesem Bundesland – in der Inneren Medizin den Schwerpunkt Geriatrie. Im März hat die Landesärztekammer das Fach Geriatrie als Schwerpunkt in die zukünftige Weiterbildungsordnung im Facharztgebiet Allgemeine und Innere Medizin aufgenommen. Damit ist erstmals in Deutschland die Qualifikation als Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie (Internist/Internistin und Geriater/Geriaterin) möglich.*

Am 13. März 2004 hat die Kammerversammlung der Landesärztekammer Brandenburg die neue Weiterbildungsordnung für Brandenburg beschlossen. Diese beinhaltet – abweichend von der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) – für das Fach Innere Medizin die Schwerpunktweiterbildung Geriatrie. Damit wurde in dem Bundesland die Tradition fortgesetzt, die Bedeutung des Faches Geriatrie auch in der Weiterbildungsordnung abzubilden. Schon in der Fassung von 1995 gab es in Brandenburg einen Schwerpunkt Geriatrie für das Fach Innere Medizin.

Dieser nüchtern klingenden Beschlusslage ist eine intensive Beratungs- und Gremienarbeit der Brandenburger Geriater vorausgegangen. Die erhebliche Unterstützung der Berliner Kolleginnen und Kollegen sei ausdrücklich angemerkt, zwischen beiden Bundesländern bestehen auch auf Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung enge Kontakte. Auch mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie hat bei allen entscheidenden Fragen eine Abstimmung stattgefunden. Die Zusammenarbeit war einfach hervorragend.

Zu berücksichtigen bleibt - und dies bedeutet keine Schmälerung der bemerkenswerten Leistung der Brandenburger Geriater und des Lobes an die Brandenburger Ärzteschaft insgesamt – dass vergleichbar intensive Bemühungen auch in anderen Bundesländern stattgefunden haben. Leider sind Ärzteschaft und auch die Leitung der Ärztekammern in anderen Bundesländern nicht gleichermaßen bereit,

erkannte Defizite der auf Bundesebene beschlossenen MWBO zu verändern.

**Erstmals korrekte Abbildung der Altersmedizin.** Die Entscheidung der Brandenburger Ärztekammer bedeutet einen entscheidenden Durchbruch für die aktuelle Diskussion um die korrekte Platzierung der Geriatrie. Damit gibt es für die Forderung nach einer Weiterbildung in Geriatrie mit einer Basis-Weiterbildung in Innerer Medizin und einer zusätzlichen spezialisierten Weiterbildung in Geriatrie nicht nur wissenschaftliche Belege und darauf fußende nationale wie internationale Forderungen der Geriatrie, sondern erstmals auch die Erkenntnis in einem Bundesland, dass dies die korrekte Abbildung der Altersmedizin darstellt. Dies ist ein weiterer klarer Hinweis, dass die Entscheidung in der MWBO 2003 bezüglich der Platzierung der Geriatrie inhaltlich falsch und vorrangig berufspolitisch motiviert war. Zugleich ist der Beleg erbracht, dass Geriatrie auch in die neue MWBO sinnvoll und mit dem von der Geriatrie immer geforderten „abgestuften“ Modell integriert werden kann.

**Integrierendes Weiterbildungsmodell.** Grundsätzliches Ziel einer Neugliederung muss es sein, existierende geriatriche Einrichtungen, die unter neurologischer oder allgemeinmedizinischer, internistisch wei-

tergebildeter Leitung stehen, mit einer Weiterbildungsermächtigung zu integrieren. Aus diesem Grunde sind bei den Weiterbildungsstätten und Weiterbildungszeiten der ambulante Bereich und die Gerontopsychiatrie als Option vorgesehen. Ebenso sind Weiterbildungszeiten an neurologisch bzw. allgemeinmedizinisch geleiteten geriatriche Einrichtungen ermöglicht worden. Fakultativ können sechs Monate in der ambulanten Versorgung und in der Gerontopsychiatrie sowie bis zu 18 Monate an neurologisch bzw. allgemeinmedizinisch geleiteten geriatriche Einrichtungen absolviert werden. Die Weiterbildungszeit in der internistischen Intensivmedizin ist analog zu allen anderen Schwerpunkten der Inneren Medizin erforderlich.

Die insgesamt minimal erforderliche Weiterbildungszeit in einer internistisch geleiteten Klinik beträgt aber 48 Monate (plus sechs Monate Internistische Intensivmedizin, falls dies nicht in der Geriatrie absolviert werden kann) und entspricht allen Anforderungen an einen echten internistischen Schwerpunkt.

## Das Brandenburger Modell ist die Grundlage für die weitere Diskussion über die Platzierung der Geriatrie

Das Brandenburger Modell sollte und wird auf Grund seiner realistischen Platzierung der Geriatrie die Grundlage der weiteren Diskussion über

dieses Thema in Deutschland darstellen, insbesondere da es über sein Angebot auch an andere Fachgruppen, eine echte „integrierte“ und integrierende Lösung darstellt.

Alle Geriater und insbesondere Funktionsträger sind intensiv aufgerufen, sich auf der Basis des „Brandenburger Modells“ erneut mit ihren Ärztekammern auseinander zu setzen. Ausdrücklich ist zu betonen, dass sich das „Brandenburger Modell“ auch für die Diskussion um eine Weiterentwicklung der MWBO hin zu einer „common trunk-Lösung“ anbietet.

## Inhalte der Schwerpunktweiterbildung Geriatrie

Das neue Schema der Weiterbildungsordnung (WBO) unterscheidet sich

grundlegend von dem, was wir seit vielen Jahren kennen. Der Facharzt für Innere Medizin ist in der gewohnten Form nicht mehr vorgesehen. Stattdessen wird es in Brandenburg entweder

- ▶ den Facharzt für Innere Medizin mit integriertem Schwerpunkt, beispielsweise Kardiologie, Nephrologie, Gastroenterologie und eben Geriatrie, oder – quasi als Ersatz für den bekannten „generalistischen“ Internisten –
- ▶ den Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin

geben. Diese Systemveränderungen machten es notwendig, auch den Schwerpunkt Geriatrie entsprechend anzupassen. Die Formulierung des neuen Kataloges erfolgte in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie auf Basis folgender Grundsätze:

- ▶ Die Logik der neuen Weiterbildungsordnung mit der 3-jährigen common trunk-Weiterbildung plus drei Jahre Schwerpunktweiterbildung sollte in weitgehender Analogie zu den übrigen Schwerpunktweiterbildungen erkennbar sein.
- ▶ Die Komplexität der Krankheitsbilder sowie der Diagnostik und Therapie geriatrischer Medizin sollte abgebildet werden.
- ▶ Die spezifischen Syndrome der Geriatrie im Bezug auf die Wertung eines komplexen Krankheitsgeschehens, die sich in keinem anderen Schwerpunkt wiederfinden (Frailty, Failure-to-thrive-Syndrom), sollten ausdrücklich aufgenommen werden.
- ▶ Die enge Verzahnung der Geriatrie auch mit anderen medizinischen Bereichen, insbesondere mit der Allgemeinmedizin, der Neurologie und Psychiatrie sollten betont werden.

Das Ergebnis war ein relativ langer Katalog. In möglichst weitgehender Parallelität zu den anderen Schwerpunktweiterbildungen im Fach Innere Medizin ist eine deutliche Verbindung zu den Fächern Allgemeinmedizin, Neurologie und Gerontopsychiatrie zu erkennen, die auch als wichtige Grundlagen geriatrischer Medizin anzusehen sind. Mit all diesen Fächern gibt es in Brandenburg traditionell enge Beziehungen, ohne die eine Aner-

kennung des Schwerpunktes Geriatrie kaum hätte gelingen können.

**Erwerb von Kenntnissen und Untersuchungsverfahren.** Der Abschnitt „Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten“ ist deutlich breiter angelegt als in den anderen Schwerpunkten der Inneren Medizin. Hierin zeigt sich sowohl die Komplexität des Patientenbildes in der Geriatrie als auch die multidimensionale geriatrische Therapie. Besonders betont wurden spezifische Grundlagen (Gerontologie, Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie von Erkrankungen des höheren Lebensalters), das geriatrische Assessment sowie die oft abweichende Symptomatologie geriatrischer Patienten.

**Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren.** Im Abschnitt „Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren“ werden die Methoden besonders aufgeführt, die für Diagnostik und Therapie der wichtigsten geriatrischen Erkrankungen speziell aus internistischer Sicht erforderlich sind. Dies steht in Analogie zu den anderen internistischen Schwerpunkten. Hier tauchen Verfahren auf, die auch in anderen Schwerpunkten formuliert sind, wie Prokto-, Rekto-, Sigmoidoskopie oder die Ultraschalldiagnostik des Herzens.

Daneben sind aber auch Verfahren aus ganz anderen Bereichen in der Behandlung geriatrisch relevanter Erkrankungen zu finden, wie zum Beispiel die fiberoptische Laryngoskopie zur Dysphagiediagnostik, die Knochendichtemessung, die Einschätzung und Behandlung chronischer Wunden sowie die Anlage von suprapubischen Harnableitungen.

Durch Formulierung dieser Inhalte sollen globale Sichtweise und Komplexität des Handelns geriatrischer Medizin dokumentiert werden. Dies ist angesichts eines Patientenspektrums, das sich immer mehr in Richtung der älteren Generation verschiebt, auch als Beitrag zur Diskussion der Inhalte zukünftiger Medizin zu verstehen. Nicht zuletzt wollen wir auch unsere Überzeugung transportieren, dass die Geriatrie in der Weiterentwicklung des Faches Innere Medizin in Zukunft eine überragend wichtige Rolle spielen wird.

Ein Auszug aus dem Entwurf für die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg vom 13. März 2004 kann als PDF angefordert werden unter: [redaktion@gerikomm.de](mailto:redaktion@gerikomm.de)

*Dr. med. Rainer Neubart, Woltersdorf, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Brandenburg*  
*Dr. med. Dieter Lüttje, Osnabrück, Weiterbildungsbeauftragter der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie* ■

## Geriatrie an der Universität

*Die Medizinische Fakultät der Universitätsklinik Frankfurt verfügt nicht über eine eigene geriatrische Abteilung. Um dennoch auf dem Gebiet Geriatrie kompetent auszubilden, kooperiert sie mit umliegenden geriatrischen Kliniken.*

**D**ie neue ärztliche Approbationsordnung, die seit dem Wintersemester 2003/2004 gilt, bietet der Geriatrie eine große Chance: Die Geriatrie ist erstmals im verpflichtenden Fächerkanon für Medizinstudenten vertreten. Die „Medizin des Alterns und des alten Menschen“, so

die offizielle Bezeichnung, ist einer von insgesamt zwölf neu geschaffenen Querschnittsbereichen. In diesem Querschnittsbereich müssen die Studierenden einen Leistungsnachweis erbringen. Dank dieses neuen Querschnittsbereiches haben klinisch tätige Geriater die Möglichkeit,

ihr Wissen und ihre Erfahrung im Umgang mit betagten Patienten dem medizinischen Nachwuchs zu übermitteln.

Zugleich zeichnet sich die Gefahr ab, dass geriatrische Inhalte an den Universitäten von Ärzten vermittelt werden, die selbst keinen Bezug zur Geriatrie haben und einzelne Erkrankungen und Organsysteme allein aus der Sicht ihres

Fachgebietes darstellen. In diesem Fall drohen zwei Gefahren: Zum einen droht das spezifisch Geriatrische, nämlich der ganzheitliche, auf Selbständigkeit ausgerichtete Ansatz, verloren zu gehen. Zum anderen droht die Gefahr, dass Geriater an Universitäten als überflüssig erachtet werden, da geriatrische Inhalte ja anscheinend problemlos durch Ärzte anderer Fachrichtungen vermittelt werden können. Die Umsetzung der neuen Approbationsordnung bringt also die Entscheidung, ob tatsächlich geriatrisches Wissen und damit auch Geriater an Universitäten implementiert werden können, oder ob andere Fachbereiche die Ausbildung im Fach Geriatrie übernehmen.

### Erfahrungen der Universitätsklinik Frankfurt am Main

Die Medizinische Fakultät der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt zeigte sich der Geriatrie gegenüber sehr aufgeschlossen und legte die Lehre dieses Querschnittsbereichs in die Hände klinisch tätiger Geriater. Da die Universität selbst über keine eigene geriatrische Abteilung verfügt, wurden umliegende geriatrische Kliniken involviert. Wegen der großen Studentenzahlen verteilte das Dekanat die Studierenden auf drei geriatrische Abteilungen (Diakonissen-Krankenhaus Frankfurt, Elisabethenstift Darmstadt und Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden). Jeweils dienstags und donnerstags kamen vier bis sechs Studierende des zweiten klinischen Semesters in die beteiligten geriatrischen Fachabteilungen. Die Studierenden blieben dienstags von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr und donnerstags von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr in der Klinik. Während die-

### Es besteht die Gefahr, dass geriatrische Inhalte durch Ärzte anderer Fachrichtungen vermittelt werden

ser Zeit nahmen sie an Seminaren zur Einführung in die Fragestellungen der Geriatrie teil, lernten das therapeutische Team kennen, hatten die Möglichkeit, geriatrische Patienten zu untersuchen so-

wie Teile des Assessments wie den Mini-mental state examination (MMSE) nach Folstein selbst durchzuführen. Die Studierenden nahmen an der morgendlichen Visite teil. Sie untersuchten und befragten hochbetagte Patienten und besprachen ihre Befunde mit erfahrenen Ärzten. Dieses geriatrische Praktikum wird von einer Vorlesungsreihe ergänzt, die im

Sommersemester 2004 beginnt. Der Leistungsnachweis der Studenten zum Semesterende erfolgt im Rahmen einer standardisierten schriftlichen Prüfung.

Die Evaluation des Lehrangebotes durch die Universität ergab für die Geriatrie ein sehr positives Echo. Die meisten Studierenden bewerteten die Lehre im Querschnittsbereich Medizin des Alterns und des alten Menschen als gut bzw. sehr gut. Nach Angabe eines Dekanatmitarbeiters gab es am Ende des Wintersemesters ein Novum an der Universitätsklinik Frankfurt: Erstmals äußerte ein Medizinstudent den Berufswunsch, Geriater zu werden.

*PD Dr. Rupert Püllen,  
Frankfurt am Main* ■

## Obstipation – ein schmerztherapeutisches Problem?

*Die Behandlung chronischer Schmerzen erfordert häufig den Einsatz von Opioiden, die wiederum eine Obstipation hervorrufen bzw. eine vorhandene Obstipation verstärken können. Der Artikel erläutert die Ursachen und gibt Hinweise zur Therapie.*

Chronische Schmerzen sind ein überaus häufiges altersmedizinisches Problem. Nach Daten der American Geriatrics Society leiden bis zu 50% der zu Hause lebenden Älteren an einer schwerwiegenden Schmerzproblematik. Dieser Prozentsatz steigt auf bis zu 80% bei Heimbewohnern. Gleichzeitig wird vermutet, dass viele der Betroffenen sub-

stantielle Schmerzen auf Grund inadä-

quater Therapie erleiden. Multimorbidität und Multimedikation sind in dieser Patientengruppe ein ebenso häufiges Problem, das bei der Auswahl eines geeigneten Analgetikums und einer begleitenden Therapie beachtet werden muss. Ebenso zeigt die Prävalenz der Obstipation einen altersabhängigen, exponentiellen Anstieg, so dass bei den o. g. Patientengruppen mit weit über 50% der

### Medikamentöse und nichtmedikamentöse Zusatzmaßnahmen bei Obstipation

#### Nicht-Medikamentöse Zusatzmaßnahmen

- ▶ Ausschluss einer mechanischen Passagestörung (Ileus); Ausschluss einer Stuhlimpaktion (Koprostase), Flüssigkeitszufuhr, Mobilisation, Elektrolytsubstitution, Einläufe, Klistiere, Kolonrahmenmassage
- Experimentelle Medikamentöse Maßnahmen
- ▶ Naloxon, Naltrexon, Amidotrizoessigsäure

# ***ANZEIGE***

*(Mitgliederwerbung DGG)*



Betroffenen mit einer symptomatischen Obstipation gerechnet werden muss.

Die Notwendigkeit, die analgetische Therapie, vor allem mit stark wirksamen Opioidanalgetika zu verbessern und durch geeignete Maßnahmen in der Prävention und Behandlung einer Obstipation zu flankieren, ist daher evident.

### Opioide und der Gastrointestinaltrakt

Das Auftreten der Übelkeit und des Erbrechens ist primär bedingt durch zentrale Opioidaktivitäten, wie z. B. Stimulierung des Brechzentrums, die einer Toleranzentwicklung unterliegt, so dass nach einigen Tagen diese Nebenwirkungen praktisch nicht mehr auftreten. Im Gegensatz hierzu ist die häufig beobachtete Obstipation so lange vorhanden, wie Opioide eingesetzt werden. Es findet keine Toleranzentwicklung statt. Etwa 40 bis 60% aller Patienten unter einer Opioidtherapie entwickeln eine klinisch symptomatische Obstipation. Der biologische Effekt von Opioiden wird im Wesentlichen durch drei Typen von Opioidrezeptoren ( $\mu$ ,  $\delta$ ,  $\kappa$ ) vermittelt, wobei der „ $\mu$  Rezeptor“ von dominierender biologischer Bedeutung ist. Opioide binden mit einer hohen stereospezifischen Affinität sowohl im Zentralnervensystem (Effekt: Schmerzunterdrückung) als auch im gesamten Gastrointestinaltrakt (Effekt: Obstipation). Die Bindung ist reversibel und unterliegt einer Sättigung. Die Funktion des Gastrointestinaltraktes wird hierdurch wesentlich beeinflusst. So sind die physiologisch vorkommenden endogenen Opiate an der Kontrolle der normalen Peristaltik des Darmes beteiligt. Die therapeutische Gabe von Opioiden verlängert klinisch relevant die gastrointestinale Transitzeit durch eine Abnahme der longitudinalen Kontraktion (Inhibition der Acetylcholinfreisetzung), kombiniert mit einer verstärkten segmentalen Kontraktion (Unterdrückung von inhibitorischen Signalen) bis hin zum Spasmus. Die genannten Effekte führen synergistisch zu einer verlängerten Verweildauer des Darminhaltes und einem damit verbundenen erhöhten Was-

serentzug aus dem Darmlumen mit dem Ergebnis einer unphysiologischen Eindickung des Stuhles: „Slow Transit Obstipation“.

### Pathophysiologie der Slow Transit-Obstipation und Therapie

Wie ausgeführt ist die Opioid-induzierte Obstipation vorwiegend eine Slow transit-Obstipation. Über zentrale und im autonomen enterischen Nervensystem vorhandene Opioidrezeptoren wird die segmentale Kontraktion des Kolons erhöht und gleichzeitig die propulsive Motilität reduziert. Hinzu kommt eine Tonuserhöhung der analen Sphinkteren. Im Zusammenspiel resultiert daraus fast regelhaft eine klinisch relevante Obstipation.

In Kenntnis der Wirkungsmechanismen und Nebenwirkungen der verfügbaren Laxanzien ergibt sich die nachfolgende klinische Beurteilung:

- ▶ Füll- und Quellstoffe (z. B. Weizenkleie) sind sehr heterogen und in wirksamen Dosen mit Blähungsneigung belastet.
- ▶ Dieses trifft in vergleichbarer Weise auch für osmotisch wirksame Zucker wie z. B. Lactulose zu.
- ▶ Die häufig verwendeten und wirksamen Anthrachinonderivate (wie z. B. Senna oder Diphenole) können auf die Elektrolyt- und Wasserbilanz einen negativen Einfluss nehmen.
- ▶ Prokinetika (z. B. Metoclopramid) sind oft nicht ausreichend wirksam.
- ▶ Die Erfahrung mit dem Einsatz von Probiotika (z. B. Mutaflor) ist begrenzt.

## Konsensuskonferenz zum Thema „Schmerztherapie und Obstipation“

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) haben in Bonn Geriater, Gastroenterologen und Schmerztherapeuten ein Thema aus der Schmerztherapie Älterer aufgegriffen, das bisher in hohem Maße tabuisiert wird. Schmerz ist ein Symptom, dem man in der geriatrischen Betreuung bei vielen Patienten begegnet. Selbst bei vorsichtigen Schätzungen muss davon ausgegangen werden, dass über 25% der älteren Menschen unter ständigen oder rezidivierenden Schmerzzuständen leiden. Schmerzen haben erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität und auf die Qualität der Betreuung bzw. Pflege, besonders bei Patienten mit fortschreitenden Erkrankungen und bei Bewohnern von Pflegeheimen. Glücklicherweise werden bei diesen Patientengruppen in zunehmendem Maße Opioide bzw. Opiate eingesetzt.

Über die Problematik, dass die häufig schon vorhandene Obstipation durch diese Therapieform erheblich verstärkt wird, wird selten gesprochen. In der Arbeitsgruppe „Schmerz“, die unter der Leitung von Priv. Doz. Dr. Roland Hardt

steht, wurde diese Problematik auf unserem letzten Jahreskongress in Berlin angesprochen. Dabei zeigte sich, dass eine detaillierte Aussage zum Vorgehen bei der chronischen Obstipation unter Schmerztherapie mit Opioiden notwendig ist.

Mitglieder aus der DGG, aber auch nicht geriatrisch tätige Kollegen haben sich Ende letzten Jahres und Anfang dieses Jahres in Bonn getroffen und das Thema diskutiert. Das Ergebnis liegt in der Zusammenfassung unter dem Titel „Obstipation – ein schmerztherapeutisches Problem?“ vor. Ich darf den weiteren Autoren, die im Artikel in alphabetischer Reihenfolge angeführt sind, für die durchgeführte Diskussion danken. Wichtig ist ohne Zweifel das Ergebnis: eine bestehende chronische Obstipation bzw. eine durch die Schmerztherapie verstärkte Obstipation kann kein Grund sein, eine bedarfsgerechte Schmerztherapie mit Opioiden nicht durchzuführen. Man muss bei einer solchen Schmerztherapie nur an das Problem der chronischen Obstipation denken und entsprechend frühzeitig handeln.

*Univ.-Prof. Dr. med. Ingo Füsgen*



- ▶ Gleitmittel ( z. B. Glycerin) und rektale Entleerungshilfen sind in aller Regel nur zusätzliche Maßnahmen.
- ▶ Nimmt man die gewünschten Forderungen an ein optimales Laxans wie definierten Wirkungseintritt und Wirkungsende, anwendungsfreundlich, objektiv und subjektiv nebenwirkungsfrei, keine systemische intestinale Absorption, keine Interaktion mit Nahrungsmittelbestandteilen und Arzneistoffen, keine Irritation der intestinalen Strukturen, dauerhaft ohne Dosiserhöhung anwendbar zum Maßstab, erscheinen heute osmotische Laxanzien vom Typ der Macrogole als Therapie der Wahl. Sie entsprechen in hohem Maße den Vorgaben der Darmphysiologie.

### Praktisches Vorgehen

Eine differenzierte Therapie mit Laxanzien sollte gemäß einem (patho-)physio-

logisch orientierten und stadienadaptierten Konzept erfolgen. Dabei unterscheidet sich die prophylaktische von der therapeutischen Laxanziengebe.

### Zusammenfassung

Chronische Schmerzen und Obstipation sind im Alter häufig. Dafür sind in hohem Maße physiologische Altersveränderungen, aber auch die oft bestehende Multimorbidität mit der notwendigen Multimedikation verantwortlich. Die rationale Behandlung von chronischen Schmerzen erfordert häufig eine Opioidtherapie. In ihren unterschiedlichen Applikationsformen kann die Opioidtherapie eine Verzögerung des Kolon-Transits verursachen, die klinisch zum Auftreten einer Obstipation oder zu einer Verstärkung einer bereits bestehenden Obstipation führen kann. Zur Behandlung dieser Slow-Transit-Obstipation ist

aus pathophysiologischer Sicht und klinischer Erfahrung die Anwendung von hochmolekularen Macrogolen die Therapie der Wahl. Auch auf Grund der physiologischen Altersveränderungen erscheint der Einsatz von Macrogolen mit dem Zusatz von Elektrolyten sinnvoll. Die Therapie der Obstipation beim Einsatz von Opioiden orientiert sich an ihrer klinischen Ausprägung. Zur Prophylaxe sind osmotische Laxanzien sinnvoll. Zur Therapie im Zusammenhang mit der Opioid-Gabe wird eine dem klinischen Bild angepasste Macrogol-Therapie eingesetzt, die bei Bedarf erhöht und kombiniert werden kann. Obstipation ist damit kein Hinderungsgrund für eine notwendige optimale Schmerztherapie beim alten Patienten.

### Weiterführende Literatur

1. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002). The management of persistent pain in older persons | Am Geriatr Soc 50: S204-24
2. Agra Y, Sacristan A, Gonzales M, Ferrari M, Portu-gues A, Calvo MJ (1998). Efficacy of senna versus lactulose in terminal cancer patients treated with opioids. J Pain Symptom Manage 15: 1-7
3. Culbert P, Gillett H, Ferguson A (1998). Highly effective new oral therapy for faecal impaction. Br J Gen Pract 48: 1599-600
4. De Luca A, Coupar IM (1996). Insights into opioid action in the intestinal tract. Pharmacol Ther 69: 103-15
5. Husebø S, Klaschik E (2000). Palliativmedizin, Springer Berlin Heidelberg New York
6. Kromer W (1990). Endogenous opioids, the enteric nervous system, and gut motility. Dig Dis 79: 253-73
7. Kurz A, Seessler DI (2003). Opioid-induced bowel dysfunction: pathophysiology and potential new therapies. Drugs 63: 649-71
8. Pappagallo M (2001). Incidence, prevalence, and management of opioid bowel dysfunction. Am J Surg 182 (Suppl.): S11-8
9. Radbruch L, Sabatowski R, Loick G, Kulbe C, Kasper M, Grond S, Lehmann K (2000). Constipation and the use of laxatives: a comparison between transdermal fentanyl and oral morphine. Palliat Med 14: 111-9
10. Sykes NP (1998). The relationship between opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients. Palliat Med 12: 375-82
11. Walsh TD (1990). Prevention of opioid side effects. J Pain Symptom Manage 5: 362-7
12. Wirz S, Klaschik E (2003). Laxative use and efficacy in palliative care of patients with cancer pain and morphine therapy. Schmerz 17: 233-9

## Praktische Obstipationsbehandlung bei Patienten mit/unter Schmerztherapie

Prophylaxe (mit Beginn einer Schmerztherapie)

Ballaststoffe, Flüssigkeitszufuhr und – soweit möglich – Mobilisation

- ▶ Osmotisches Laxanz
- ▶ bei Bedarf: Macrogol 3350/Elektrolyte, Lactulose

Therapie einer bestehenden bzw. eingetretenen Obstipation

- ▶ Osmotisches Laxanz + Dosissteigerung  
*Beispiel:* Macrogol 3350/Elektrolyte (bis 100 g täglich)
- ▶ Osmotisches Laxanz + antiabsorptiv/sekretagoges Laxanz  
*Beispiel:* Macrogol 3350/Elektrolyte in Kombination mit Na-Picosulfat oder Bisacodyl

Therapie einer schweren Obstipation

- ▶ Osmotisches Laxanz + antiabsorptiv/sekretagoges Laxanz + rektale Applikation  
*Beispiel:* Macrogol 3350/Elektrolyte + Na-Picosulfat oder Bisacodyl in Kombination mit Suppositorium (Bisacodyl oder Glycerin)

## Koprostase-Stuhlimpaktion

Vereinzelt können schwere Fälle einer Obstipation zu einer Stuhlimpaktion oder Koprostase führen. Die Therapie besteht in der Verabreichung einer oralen Lavage mit einem Liter einer bilanzierten Macrogol 3350 + Elektrolyte-Lösung als Einmaldosis, die bei Bedarf wiederholt werden soll. Bei klinischer Notwendigkeit ist eine manuelle Ausräumung in Kombination mit einem Einlauf/Klistier indiziert. Im Anschluss muss die zugrundeliegende Obstipation konsequent behandelt werden.

*Ingo Füsgen, Hans-Jürgen Gruss,  
Roland Hardt, Roland Wanitschke,  
Stefan Wirz*  
Adresse für die Autoren:  
Prof. Dr. I. Füsgen, Carnaperstr. 60,  
42283 Wuppertal ■

## 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 Krysz, 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, Eberhardtstr. 91, 89073 Ulm; Prof. Dr. L. Pientka, Marienhospital, Med.-Geriatrie 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, Geriatrie 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 Geriatrie 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, Geriatrie 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, Geriatrie 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

## L-Dopa lindert RLS-Beschwerden

In Deutschland sind 4 bis 8 Mio. Menschen von dem Restless Legs Syndrom (RLS) betroffen. Bedingt durch die quälenden Missempfindungen in den Beinen, wie Kribbeln, Ziehen, Jucken, Brennen und Schmerzen, treten bei 90% der Betroffenen Ein- oder Durchschlafstörungen auf.

Man unterscheidet zwei Formen des RLS. Die idiopathische Form, die bis zu 50% genetisch determiniert ist und familiär gehäuft auftritt und die symptomatische Form, die sich auf der Basis einer anderen Grunderkrankung entwickelt. Häufigste Auslöser für ein symptomatisches RLS sind eine Eisenmangelanämie, urämische Niereninsuffizienz, Polyneuropathien oder Radikulopathien bei Spinalkanalstenose.

Eine Heilung des Restless Legs Syndroms ist nicht möglich, da die genaue anatomische Zuordnung der an der Entstehung der Erkrankung beteiligten Systeme noch unklar ist. Fest steht bisher nur, dass das primäre RLS auf einer gestörten Signalübertragung zwischen Nervenzellen beruht, deren Botenstoff Dopamin ist. Durch die Gabe von L-Dopa kann den Symptomen Einhalt geboten werden. In klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass unter L-Dopa bei 80 bis 90% der behandelten RLS-Patienten die motorischen und sensorischen Beschwerden wesentlich gelindert werden sowie sich die belastenden Ein- und Durchschlafstörungen erheblich bessern. Das Schlafprofil normalisierte sich weitestgehend. Es ist das einzige für die Therapie des RLS zugelassene Medikament. Restex® Tabletten bringen schnelle Besserung der Beschwerden. Für die Nacht steht Restex® als Retard-Kapseln zur Verfügung. Nebenwirkungen sind auf Grund der niedrigen Dosis nur leicht oder gar nicht ausgeprägt.

### Informationen:

Roche Consumer Health Deutschland, Eppstein-Bremthal,  
Tel. 0 61 98/3 00-0, [www.roche.de](http://www.roche.de)

## Ginkgo steigert mentale Leistungsfähigkeit

Auf einem Expertentreffen in Westerland auf Sylt wurden jetzt neue Ergebnisse aus der Forschung zum Thema „Heute geistig fit – trotzdem Angst vor Alzheimer?“ vorgestellt. PD Dr. Anne Eckert, Biozentrum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main, erläuterte, dass Ginkgo die Mitochondrien stärkt. Nach aktuellen Studienergebnissen wirkt die Stärkung des Energiehaushalts auch als Schutz gegen die schlei-

chende Erkrankung des Gehirns. Bei der Frage, ob Medikamente die kognitive Leistungsfähigkeit steigern können, zogen die Teilnehmer folgendes Fazit: Mit



© Dr. Willmar Schwabe Arzneimittel

*Der Extrakt von Ginkgoblättern hat Mitochondrien stabilisierende und schützende Eigenschaften und versorgt die Hirnzellen mit Energie*

dem Ginkgo-Spezialextrakt EGb 761® (Tebonin®, nur in der Apotheke) lassen sich mentale Leistungsfähigkeit, Konzentrationsvermögen und Stimmungslage nachhaltig verbessern.

Weiterhin zeigte eine Fallkontrollstudie mit 1.462 Teilnehmerinnen in Toulouse, die über einen Zeitraum von über vier bis sieben Jahren beobachtet wurden, dass Frauen, die Ginkgo-Spezialextrakt EGb 761® einnahmen, seltener an Alzheimer erkrankten. Weitere Studien sollen detailliertere Erkenntnisse der Wirksamkeit des Ginkgo-Spezialextraktes aufzeigen.

### Informationen:

*Dr. Willmar Schwabe Arzneimittel, Karlsruhe, Tel. 07 21/40 05-0, [www.schwabe.de](http://www.schwabe.de)*

## Note 1 A für Trosipiumchlorid in der Evidenzbewertung

In einem im New England Journal of Medicine veröffentlichten Grundsatzartikel [1] zum Management der überaktiven Blase wurden u.a. auch die verfügbaren Medikamente entsprechend der Evidenzkriterien des Oxford-Systems be-

wertet. Trosipiumchlorid (Spasmolyt®) erhielt dabei die Note 1 A: Die „1“ steht für das Vorliegen zahlreicher randomisierter, kontrollierter Studien, das „A“ dafür, dass alle Studienergebnisse konsistent die Wirksamkeit bestätigen haben.

Auf Basis des Oxford-Systems wurden nun erstmals die häufig bei instabiler Blase/Harninkontinenz verwendeten Präparate klassifiziert. Trosipiumchlorid hat dabei die höchst mögliche Einstufung erhalten. Im Kommentar wird zudem darauf hingewiesen, dass Trosipiumchlorid als (einzig verfügbares) quaternäres Amin nicht die Blut-Hirn-Schranke passiert und somit im Vergleich zu anderen Anticholinergika weniger kognitive Nebenwirkungen zu erwarten sind.

Der Grundsatzartikel im New England Journal of Medicine ergänzt damit zwei Empfehlungen zur Therapie der Harninkontinenz, die ebenfalls erst unlängst publiziert wurden. Eine Expertengruppe der WHO [2] und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) [3] hatten Trosipiumchlorid ebenfalls in ihre Empfehlungen aufgenommen.

### Literatur

1. J. G. Ouslander, N Engl J Med 350; 8, 2004, 786-797
2. WHO-initiierte 2nd Consultation on Incontinence, July 1-3, 2001
3. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V., EuroJGer Vol. 5 (2003) No. 4

*Informationen: Hoyer-Madaus, Monheim, Tel. 0 21 73/48 31 00, [www.hoyer-madaus.de](http://www.hoyer-madaus.de)*

## Neues Mitglied des Förderkreises

Die medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH, Wedel, ist seit 15. März 2004 Mitglied des Förderkreises der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Das pharmazeutische Unternehmen wurde 1970 gegründet und hat sich bereits 1974 auf die Onkologie spezialisiert. Es verzeichnete im Jahr 2001 einen Umsatz von ca. 90 Mio. Euro und hat mehr als 340 Mitarbeiter im Innen- und Außendienst. Speziell im deutschen Markt nimmt es innerhalb der Onkologie eine führende Position ein. Die Geschäftseinheit Onkologie deckt mit vier Fachreferaten und entsprechenden Präparaten nahezu den gesamten Bereich der Therapie solider Tumoren ab. Neben der Behandlung von Tumorerkrankungen stehen chronisch entzündliche Erkrankungen wie rheumatoide Arthritis im Fokus. Der Erhalt von Nischenprodukten ist Teil der Firmenphilosophie. So werden Substanzen, wie z.B. Dacarbazin, Lomustion oder Cisplatin als Lyophilisat nur noch von Medac angeboten.

Im Förderkreis der DGG ist Medac durch Jens Denker, Leiter der Geschäftseinheit Onkologie und Fibrinolyse, vertreten.



## Memantine bei mittlerer bis schwerer Alzheimer Demenz

Mit Memantine (Axura®) – zugelassen für die mittleren bis schweren Formen der Alzheimer-Demenz – können jetzt auch die fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung effektiv behandelt werden. In einer doppelblinden placebokontrollierten Studie untersuchte Reisberg et al. die Wirksamkeit des NMDA-Rezeptorantagonisten Memantine (20 mg/Tag) auf das Outcome ambulanter Patienten mit mittlerer bis schwerer Alzheimer Demenz. Es nahmen 252 Patienten teil, die mindestens 50 Jahre alt waren, an einer wahrscheinlichen Alzheimer Demenz (DSM-IV, NINCDS-ADRDA) litten sowie Mini-Mental-Stat-Examination-Werte zwischen 3 und 14 und Global Deterioration Scale-Werte zwischen 5 und 6 aufwiesen.

Die Studienergebnisse belegen die Überlegenheit von Memantine gegenüber Placebo bei Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Alzheimer Demenz. So wurde u.a. eine signifikante Reduktion des kognitiven Verfalls nachgewiesen. Des Weiteren profitierten die Patienten in Bezug auf die Alltagsbewältigung von der Therapie mit Memantine. Die Memantine-Patienten konnten u.a. sich besser außer Haus aufhalten, das Telefon benutzen, Arbeiten im Haushalt erledigen und sich mit anderen Personen unterhalten.

Die Drop-Out-Rate lag in der Memantine-Gruppe niedriger als unter Placebo. Unter Memantine-Therapie traten Agitationen signifikant seltener auf als in der

Placebo-Gruppe. Die Verträglichkeit erwies sich als ausgezeichnet.

### Literatur

1. Reisberg B. et al., New England Journal of Medicine, 2003; 348: 1333-41

Informationen: Merz Pharmaceuticals, Frankfurt am Main, Tel. 0 69/15 03-3 29, [www.merz.de](http://www.merz.de)

## 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, e-Mail: [wegner@gerikomm.de](mailto:wegner@gerikomm.de)

**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 Gebühreinzahlung 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](http://www.geriatrieonline.de)  
[www.dggeriatrie.de](http://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. Pfleger  
Chemische Fabrik GmbH  
Thomas Leufgens  
Dr.-Robert-Pfleger-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
- ▶ medac GmbH  
Jens Denker  
Leiter Geschäftseinheit  
Onkologie und Fibrinolyse  
Theaterstr. 6  
22880 Wedel
- ▶ 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
- ▶ Trommsdorff Arzneimittel GmbH & Co.  
Thomas König  
Trommsdorffstraße 2-6  
52475 Alsdorf
- ▶ UCB GmbH  
Dr. Sigrid Grafflage  
Hüttenstraße 205  
50170 Kerpen
- ▶ Yamanouchi Pharma GmbH  
Dr. U. Eggert  
Im Breitenspiel 19  
69126 Heidelberg