

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

im Namen des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie möchte ich Sie sehr herzlich zu unserem Jahreskongress einladen, der vom 28. bis 30. Oktober 2004 in Berlin, Hotel Maritim, stattfinden wird. Das Kongress-Motto lautet: „Einheit in der Vielfalt“ und zeigt die thematische Ausrichtung an. Das Interesse an der großen Herausforderung „Alter, Altern und Altersmedizin“ hat erfreulicherweise deutlich zugenommen und erfasst immer mehr gesellschaftliche Bereiche. In der Medizin rückt der alte

Patient in vielen Fachbereichen in den Mittelpunkt. So erfreulich diese Entwicklung auch ist, so wichtig ist es, dass das Fach, das die Altersmedizin im Kern repräsentiert, sich deutlich – und das heißt noch deutlicher als bisher – positioniert. Bei aller Interdisziplinarität, die wir fördern, wollen wir doch das Kernfach der Altersmedizin bleiben, allen berufspolitischen Ereignissen der jüngsten Vergangenheit zum Trotz.

Wir möchten Sie daher ausdrücklich ermuntern, das Programm und seine Themenschwerpunkte mit möglichst zahlreichen Originalbeiträgen aber auch Übersichten, Beiträgen aus den Arbeitsgruppen und zur Leitlinienarbeit zu bereichern. Es wird bewusst ausreichend Raum für diese Art von Beiträgen, an denen sich auch jüngere Kolleginnen und Kollegen beteiligen können, bereitgestellt.

Neben einem wie wir meinen ausgesprochen abwechslungsreichen, informativen, wissenschaftlichen Programm inklusive Fortbildungsanteilen auf hohem Niveau haben wir durch einen Festabend auch die Möglichkeit zum informellen Austausch geschaffen, der ebenso wichtig ist und uns kollegial und freundschaftlich zusammenführen soll.

In diesem Sinne freue ich mich sehr auf Ihr Kommen und hoffe auf eine interessante und angenehme, gemeinsame Zeit in Berlin.

Seien Sie bis dahin herzlichst begrüßt

Prof. Dr. Dr. Gerald F. Kolb
Präsident

Jahrestagung der DGG in Berlin

Die diesjährige Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) steht unter dem Motto „Einheit in der Vielfalt“ und drückt damit die neuerliche und wieder stärkere Zusammenarbeit mit der Gerontopsychiatrie aus, die auch mit entsprechenden Themen vertreten sein wird. Zu den Hauptthemen des Kongresses zählen:

- ▶ Qualitätskontrolle und DRG's,
- ▶ Ernährung im Alter, Risikofaktor Fehl- und Mangelernährung,
- ▶ Memory-Clinics und gerontopsychiatrische Aspekte (in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie),
- ▶ integrierte Versorgung sowie
- ▶ geriatrische Onkologie.

Informationen: Uwe Wegner,
gerikomm Media GmbH, Kampstr. 7, 30629 Hannover, Tel. 05 11/58 15 84, Fax 05 11/58 32 84,
eMail wegner@gerikomm.de

Inhalt

Aktuelle Nachrichten

- ▶ NRW Fortbildungskongress
- ▶ Weiterbildung „Medizinische/r Ernährungsberater/in“
- ▶ Zentrum für Altersmedizin nun auch in Nordrhein-Westfalen
- ▶ Prof. Dr. Ingo Füsgen erhält Ignatius Nascher Preis
- ▶ Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg
- ▶ Walter Doberauer Stipendium ausgeschrieben
- ▶ 16. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft
- ▶ Young Geriatricians of Europe
- ▶ IZT-Zukunftspreis ab Seite 2

Bücher

- ▶ Geriatrie – Lehrbuch für Pflegeberufe
- ▶ Neuerscheinung: Alterspsychiatrie im Wandel ab Seite 6

Subklinische Hyper- oder Hypothyreose im Alter – Was tun? Seite 7

Behandlung der Makuladegeneration Seite 7

Forum Förderkreis:

- ▶ Die überaktive Blase (1): Epidemiologie
- ▶ Neue Studienresultate von Memantine
- ▶ Evaluierungsuntersuchung zu Wirkungen eines Weißdornpräparates
- ▶ Fibrinogensenkung als konservativer Therapieansatz beim diabetischen Fuß ab Seite 9

NRW Fortbildungskongress

In der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf trafen sich am 19. Juni 2004 rund 150 geriatrisch tätige Mediziner. Grund dafür war der NRW Fortbildungskongress, den das Geriatrie Journal und die gerikomm Media GmbH mit Unterstützung namhafter pharmazeutischer Hersteller durchgeführt durchgeführt haben. Die wissenschaftliche Leitung oblag Prof. Dr. med. B. Höltmann, der zusammen mit Prof. Dr. med. R. Hardt, Prof. Dr. med. I. Fügen und PD Dr. med. H. F. Durwen den Vorsitz der beiden parallel laufenden Vortragsblöcke inne hatte. Den Teilnehmern bot sich ein breites Spektrum geriatrischer Themen in Verbindung mit der Vorstellung aktueller Forschungen. Die Auswahl reichte von typischen Problemsituationen bei der Pharmakotherapie älterer Patienten über Aspekte der Schmerztherapie im Alter bis hin zu psychischen Störungen beim älte-



Photo: jh

ren Parkinson-Patienten. Zu den weiteren Themen zählten die Therapie der Atemwegsobstruktion, Geriatrische Dermatologie, Diabetes, Schwindel, Schlaganfall, Therapiestrategien bei Alzheimer Demenz, Hypertonie, Antikoagulation im Alter und Osteoporose. Erläutert wurden auch die neuen Leitlinien für die enterale Ernährung

Weiterbildung „Medizinische/r Ernährungsberater/in“

50% der Krankenhaus-Patienten über 70 Jahre sind nach den Ergebnissen einer deutschen Studie mangelernährt. Fehlernährung schwächt die Abwehrkräfte und erhöht die Infektionsgefahr. Zudem ist wegen der geschwächten Muskulatur die Sturzgefahr erhöht. Ernährung spielt also gerade beim multimorbiden älteren Patienten eine besondere Rolle. Aber immer noch werden hier die speziellen Fragen beim multimorbiden Älteren tabuisiert und selbst wenn man interessiert ist, wird eine Fortbildung nur selten angeboten.

Nun bietet Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen (Leiterin Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum CVK, Ernährungswissenschaft und Geriatrieforschung) in Ber-

lin an der Charité 2005 eine berufsbegleitende Weiterbildung in Fragen der Ernährung und natürlich auch im Hinblick auf die Beratung bzw. Betreuung des älteren Patienten an. Der Kurs erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Verband Deutsche Diätassistenten e.V. – Deutscher Bundesverband. Bewerbungsschluss ist der 30. September 2004.

Die beiden Symposien „Verdrängte Themen der Demenzbehandlung“ (Janssen-Cilag) und „Kontinent in jedem Alter – individuelle Hilfsmittel in der Geriatrie“ (Coloplast) sowie die ergänzende Ausstellung rundeten den Fortbildungskongress ab. ■

lin an der Charité 2005 eine berufsbegleitende Weiterbildung in Fragen der Ernährung und natürlich auch im Hinblick auf die Beratung bzw. Betreuung des älteren Patienten an. Der Kurs erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Verband Deutsche Diätassistenten e.V. – Deutscher Bundesverband. Bewerbungsschluss ist der 30. September 2004.

Veranstalter/Veranstaltungsort: Charité Universitätsmedizin Berlin, Abteilung I, Personalwesen, Ref. ID - Fort- und Weiterbildung, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.

Fachliche Leitung: Maja Döring, Tel. 030/450-55 37 78, eMail: maja.doe-ring@charite.de ■

Personalia

- ▶ Dr. med. Reiner Wirth ist neuer 1. Vorsitzender der Arbeitsgruppe Ernährung der DGG. Dr. Wirth ist Chefarzt der Abteilung für Akutgeriatrie der St. Marien-Hospital Borken GmbH
- ▶ PD Dr. Dorothee Volkert ist neue 2. Vorsitzende der Arbeitsgruppe Ernährung der DGG. Dr. Volkert ist Mitarbeiterin des Instituts für Ernährungswissenschaft der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn

Zentrum für Altersmedizin nun auch in Nordrhein-Westfalen

In der englischsprachigen Literatur finden sich immer wieder Hinweise, dass es sinnvoll ist, die von älteren Akutkranken benötigten Fachdisziplinen zu integrieren, bzw. zumindest an einem Ort vorzuhalten. Dabei werden immer die Geriatrie, die Gerontopsychiatrie und die Unfallmedizin genannt, da sie die entscheidenden Fächer für die geriatrischen „I's“ (Instabilität, Immobilität, intellektueller Abbau, Inkontinenz) bedeuten. Eine erste Kooperation zwischen Gerontopsychiatrie und Geriatrie ist vor einigen Jahren in Hamburg gegründet worden. Nun bauen das Evangelische Johannisstift und die Westfälische Klinik in Münster gemeinsam ein Zentrum

für Altersmedizin auf, in dem Patienten sowohl geriatrisch als auch gerontopsychiatrisch behandelt werden. Weil es viele ältere Patienten gibt, die schwer nur einem der beiden Bereiche zuzuordnen sind, arbeiten die Mediziner der Kliniken eng zusammen. Die beiden Häuser liegen nur wenige hundert Meter voneinander entfernt. Diese Kooperation wollen die Kliniken vertiefen. Mitarbeiter beider Häuser sollen gemeinsam Fortbildungen besuchen und Projekte auflegen. Ziel ist die Einrichtung eines Zentrums für Altersmedizin mit Abteilungen für Akutgeriatrie, Frühreha, Gerontopsychiatrie und Chirurgie. ■

Prof. Dr. Ingo Füsgen erhält Ignatius Nascher Preis

Als Auszeichnung für sein – bisheriges – medizinisch wissenschaftliches Lebenswerk hat Prof. Dr. Ingo Füsgen den diesjährigen Ignatius Nascher Preis der Stadt Wien für Geriatrie erhalten. Die Preisverleihung fand am 12. Mai 2004 zur Eröffnung des 7. Internationalen Wiener Geriatriekongresses und nach einer ausführlichen Beratung zum aktuellen österreichischen Geriatrieplan im Rahmen einer Gemeinderätlichen Sitzung im großen Saal des Museums-Quartiers in Wien statt. An dieser Sitzung hat neben anderen namhaften deutschen Geriatrieexperten auch Prof. Füsgen teilgenommen. Die amtsführende Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Primaria Dr. Elisabeth Pittermann-Höcker, konnte auf Grund einer akuten Erkrankung die Auszeichnung nicht persönlich überreichen und wurde von Gemeinderätin Marianne Klicka vertreten.

Gemeinderätin Klicka ging in ihrer Laudatio auf die zahlreichen Veröffentlichungen und wissenschaftlichen Projekte des Preisträgers ein, die Prof. Füsgen neben einer großen Zahl von einschlägigen Lehrbüchern veröffentlicht und durchge-

führt hat. Die Präsidentin des gleichzeitig stattfindenden 7. Wiener Internationalen Geriatriekongresses, Primaria Dr. Katharina Pils, beschrieb Prof. Füsgen in ihrer Ansprache als einen gradlinigen, nicht für alle immer bequemen Streiter für die Sache der Geriatrie, dessen Wirken über Deutschland hinaus auch in Öster-



Im Rahmen des 7. Wiener Internationalen Geriatriekongresses wurde Prof. Dr. I. Füsgen mit dem Ignatius Nascher Preis ausgezeichnet, von links: Prim. Dr. Katharina Pils, Univ.-Prof. Dr. Ingo Füsgen, Marianne Klicka

Würdiger wurde würdig ausgezeichnet. ■
Prof. Dr. Dr. Gerald F. Kolb, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

reich und anderen europäischen Ländern Maßstäbe gesetzt hat.

Die deutsche Geriatrie, vertreten durch die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) ist stolz und freut sich mit ihrem langjährigen Präsidenten, jetzt Past-Präsident Prof. Ingo Füsgen.

Herzlichen Glückwunsch! Ein

Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg

Am 30. August findet im Kongresshotel am Templiner See in Potsdam der 2. Geriatrietag Brandenburg statt. Er steht unter dem Thema „Qualitätsmanagement der Geriatrie in Brandenburg“ und bietet die Gele-

genheit, sich darüber in Vorträgen renommierter Personen aus Politik, Wissenschaft, Seniorenselbsthilfe, Krankenkasse sowie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie zu informieren. Zu den Referenten zählen u.a. Minister Günter Baaske (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg), Käthe Tressenreuther (Vorsitzende Sozialwerk Berlin), Prof. Dr. Dr. Gerald F. Kolb (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie), Dr. med. Udo Wolter (Präsident der Landesärztekammer Brandenburg), Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer (Leiter des Deutschen Zentrums für Altersfragen) und Dr. med. Dieter Lüttje, (Chefarzt Klinik für Geriatrie, Klinikum Osnabrück). Desweiteren werden sich die geriatrischen Kliniken und Abteilungen des Landes Brandenburg vorstellen. Unternehmen können ihre Produkte zur geriatrischen Medizin und Versorgung von multimorbiden Patienten präsentieren.

Veranstalter ist die Geriatrie Akademie Brandenburg e.V. Die Organisation liegt in den Händen von Dr. Rainer Neubart und Heike Scherzer. Nähere Informationen gibt es unter Tel. 0 33 62/779-200. ■

Begrüßung neuer Mitglieder

der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- ▶ Vera Feulgen, Ruhrstr. 15, 44869 Bochum
- ▶ Petra Gläser, Steinern-Kreuzweg 32, 55246 Mainz-Kostheim
- ▶ Dr. med. Bernd Göbel, Geriatr. Klinik, Lahn-Oill-Kliniken, Gotenweg 1 a, 35578 Wetzlar
- ▶ Dr. Irene Link, Thomas-von-Aquin-Str. 37, 49377 Vechta
- ▶ Dr. med. Thomas Makowski, Reha-Klinik Rheingrafenstein, Berliner Str. 63-65, 55583 Bad Münster am Stein-Ebernburg
- ▶ Dr. med. Heike Milz, Zentrum für Heilpädagogische Gerontologie – Uni Köln, Klosterstr. 79 b, 50931 Köln
- ▶ Dr. med. Jens Nickel, St. Marien Hospital Düren, Im Grund 15, 50389 Wesseling
- ▶ Axel Ulrich Rieber, Biberacher Str. 102, 88441 Mittelbiberach
- ▶ Dr. med. Martin Roser, Landesklinik Nordschwarzwald, Zentrum für Psychiatrie, Lützenherherdter Hof, 75365 Calw
- ▶ Elke Sterling, Beilkenstr. 7, 28757 Bremen
- ▶ Dr. med Hans-Peter Thomas, Klixstr. 2, 10823 Berlin
- ▶ Dr. med. Stefan Wirz, Im Sand 9, 53619 Rheinbreitbach

Durch einen Fehler bei der Zusammenführung der Mitgliederdaten wurden in der Ausgabe 2/2004 einige Altmitglieder als Neumitglieder begrüßt. Wir bitten, das Versehen zu entschuldigen.

Walter Doberauer Stipendium ausgeschrieben

Die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) vergibt erneut das „Walter Doberauer Stipendium für Altersforschung“ in Höhe von 5.000 Euro für ein Forschungsprojekt auf dem Gebiet der Biogerontologie, der Soziogerontologie und der Geriatrie. Nach den geltenden Statuten sollen die BewerberInnen das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Klinik- und Institutsvorstände werden gebeten, von einer Einreichung abzusehen.

Bei Einreichen des Antrags sollten ein Lebenslauf, eine Projektbeschreibung und eine Publikationsliste vorgelegt werden.

Abgabefrist ist der 15. Nov. 2004. Anträge sind zu richten an: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, Der Präsident, Prim. Prof. Dr. Franz Böhm, Ärztlicher Direktor Sozialmedizinisches Zentrum, Sophienspital, Apollo-gasse 19, A-1070 Wien ■

16. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft

„Kontinenzkonzepte für die Zukunft – Patienten im Mittelpunkt“ lautet das Thema, unter dem der 16. Kongress der

Deutschen Kontinenz Gesellschaft steht. Das Programm beinhaltet u.a. Vorträge zur operativen Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz und Obstipation beim Erwachsenen, Stuhlinkontinenz – moderne Therapiekonzepte, Harninkontinenz – Pharmakologie der überaktiven Blase sowie Pflege und Versorgung.

Informationen: Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V., Friedrich-Ebert-Straße 124, 34119 Kassel, Tel. 05 61/78 06 04, Fax 05 61/77 67 70, eMail: gih-kassel@t-online.de ■

Young Geriatricians of Europe

Die Zahl der Geriater und der angehenden Geriater nimmt europaweit zu. Obwohl in der Ausbildung der Geriater innerhalb Europas erhebliche Unterschiede bestehen, haben Geriater auf internationaler Ebene in vielen Bereichen die gleichen Interessen. Auf dem zweiten Kongress der European Union Geriatric Society (EUMGS) in Florence haben deshalb mehrere junge Geriater im Jahre 2003 das Netzwerk „Young Geriatricians of Europe“ gegründet. Die Ziele dieser Gruppe sind:

- ▶ das Wissen und die praktische Anwendung dieses Wissens in klinischer Geriatrie zu fördern,
- ▶ die unterschiedlichen Weiterbildungswege für das Fach Geriatrie innerhalb Europas besser zu verstehen,
- ▶ ein Netzwerk von klinisch tätigen Ärzten, in der Studentenausbildung für das Fach Geriatrie tätigen Geriatern und anderen mit der Versorgung älterer Patienten betrauten medizinischen Personen (z.B. Krankenschwestern/-pfleger, Physiotherapeuten) zu etablieren,
- ▶ das wissenschaftliche Interesse an geriatrischen Fragestellungen zu fördern,
- ▶ Forschungsprojekte auf Europaebene zu ermöglichen sowie
- ▶ den Informationsaustausch europaweit durch eine spezielle Internetseite und durch jährliche Treffen auf

dem Kongress der EUGMS zu fördern.

Es ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Young Geriatricians of Europe nicht um eine eigene nationale oder übernationale wissenschaftliche Gesellschaft handelt, sondern um eine Art Netzwerk, um die Zusammenarbeit in den Bereichen Forschung und Lehre bei jüngeren wissenschaftlichen Geriatern zu fördern und zu beleben. Deshalb wurde die Gründung der Young Geriatricians of Europe in allen nationalen Gesellschaften überaus positiv begrüßt.

Derzeit hat das Netzwerk 94 Mitglieder aus 21 Ländern. Jeder mit der Betreuung alter Patienten betraute Arzt ist als Mitglied herzlich willkommen. Auch Angehörige anderer Berufsgruppen und Studenten mit Interesse am Fach Geriatrie können sich um eine Mitgliedschaft bewerben.

„Jung“ bezieht sich bei der Bezeichnung „Young Geriatricians“ übrigens nicht auf das chronologische Lebensalter, sondern auf die Einstellung und die Aktivität der Mitglieder. Ein Mitgliedsbeitrag wird nicht erhoben. Alle an einer Mitgliedschaft Interessierten können sich – am besten über eMail – an Dr. Leischker wenden: Dr. Andreas H. Leischker, Oberarzt Fachbereich Geriatrie, St. Bonifatius Hospital, 49808 Lingen (Ems), eMail: andreas.leischker@bonifatius-lingen.de ■

IZT-Zukunftspreis

Das Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung hat anlässlich des 65. Geburtstags seines Mitbegründers und Direktors, Prof. Dr. Rolf Kreibich, in diesem Jahr erstmals den „IZT-Zukunftspreis“ ausgeschrieben. Damit sollen Arbeiten zu dem Thema „Engagiert und produktiv mit älteren Menschen – Konzepte und Initiativen“ ausgezeichnet werden. Gesucht werden Ansätze, die

- ▶ ein neues Zukunftsmodell für zukünftig älteren Menschen entwerfen,
- ▶ dabei den gesellschaftlichen Wandel und dessen Herausforderungen beachten und/oder
- ▶ konkrete Lösungen und gute Beispiele für eine aktive Gestaltung von Arbeit, Wirtschaft und Gesellschaft für Ältere aufzeigen und bewerten.

Ausgelobt ist ein Preisgeld in Höhe von 3000 Euro. Bewerbungsschluss ist der 30. September 2004. Die ausführliche Ausschreibung steht unter http://www.izt.de/institut/zukunftspreis_2004/ausschreibungstext.html zum Download bereit. ■

ANZEIGE

(Mitgliederwerbung DGG)

Geriatric – Lehrbuch für Pflegeberufe

In diesem Jahr ist die inzwischen 4. Auflage des Geriatric Lehrbuchs für Pflegeberufe von Prof. Dr. Ingo Füsgen im Kohlhammer Verlag erschienen. Das jetzt 2-bändige Werk ist vollständig überarbeitet und erweitert worden. In Band 1 finden sich Grundlagen und Symptome und in Band 2 neben den speziellen Krankheitsbildern eigene Kapitel für Notfälle beim alten Menschen, die Thematik Tod und Sterben und besondere rechtliche Aspekte und Problembereiche im Alter. Die einzelnen Kapitel und Abschnitte sind klar gegliedert und Definitionen, Merksätze ebenso wie Fallstricke und besondere Pflegehinweise farblich heraus gehoben. Hierdurch eignet sich das Buch besonders zum Nachschlagen einzelner Punkte für jeden in der Geriatric Tätigen. Aber auch das Durcharbeiten ganzer Abschnitte macht Spaß. Man spürt die langjährige klinische Erfahrung des Autors in der Geriatric, die es ihm ermöglicht, sich auf die zentralen Aspekte der Medizin beim älteren Menschen zu beschränken, ohne andererseits auf die für das Verständnis wichtigen Grundlagen zu verzichten.

Sehr gut gefallen hat uns im ersten Band die ausführliche tabellarische Gegenüberstellung der Altersveränderungen und möglichen Krankheiten im Alter („Morphologische Veränderungen in verschiedenen Körpersystemen“ – „Normale altersbedingte Veränderungen“ – „Klinisch-pathologische Verläufe“) und der darauf folgende Abschnitt „Die funktionelle Beurteilung geriatricer Patienten“. Hier werden die Grundlagen und die Instrumente des Geriatricen Assessments vorgestellt und bewertet. Die Tests selbst finden sich im Anhang des ersten Bands.

Im zweiten Band sind die Besonderheiten wichtiger Erkrankungen im Alter nach Organen bzw. Organsystemen gegliedert. Auch z.B. den für die Pflege so wichtigen Hauterkrankungen, die ärztlicherseits oft vernachlässigt werden, ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Nach der Darstellung der physiologischen Veränderungen wird die Bedeutung der Hauterkrankungen für die Geriatric dargestellt (ca. 40% der Älteren leiden an einer dermatologischen Erkrank-

kung). Anschließend beschreibt Prof. Füsgen die alterstypischen Veränderungen von Altersflecken bis zur Purpura senilis, um dann die Erkrankungen der Haut im Alter (Ekzem, Mykose, Autoimmunerkrankungen, Herpes zoster und Basaliome) zu besprechen.

Da insbesondere im Alterheim aber auch in der ambu-



lantem Kranken- und Altenpflege die Pflegekräfte als erste mit Notfällen konfrontiert werden und neben der Versorgung des Notfalls entscheiden müssen, ob der Hausarzt oder gar der Notarzt gerufen werden muss, nimmt das Kapitel „Notfälle“ einen entsprechend breiten Raum ein. Es gibt konkrete Handlungsanweisungen für das praktische Vorgehen bei Notfällen in geriatricen Institutionen

nen und ermöglicht eine rasche Entscheidungsfindung bei den typischen und häufigen Notfällen im Alter.

Zusammenfassend hat Prof. Füsgen hier ein Buch vorgelegt, das nicht nur den Pflegekräften sondern allen im interdisziplinären Team der Geriatric Tätigen als Lehrbuch und Nachschlagewerk gute Dienste leisten kann. Durch die vollständige Überarbeitung und Ergänzung repräsentiert es den gegenwärtigen Stand der Geriatric in Deutschland. ■

Sr. Karin Junge, Stationsleitung und Dr. med. Ulrich Schäfer, Chefarzt, Katholisches Klinikum Duisburg, St.-Vincenz-Hospital, Medizinische Klinik I, Innere Medizin/Geriatric, Papendelle 6, 47051 Duisburg

Geriatric. Band 1: Grundlagen und Symptome. Von Ingo Füsgen. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2004. 272 Seiten, kartoniert, ISBN 3-17-017140-2, Euro 24,80.

Geriatric. Band 2: Spezielle Krankheitsbilder – Notfälle – Problembereiche – Tod und Sterben. Von Ingo Füsgen. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2004. 252 Seiten, kartoniert. ISBN 3-17-018082-7, Euro 24,80

Neuerscheinung: Alterspsychiatrie im Wandel

Das gerade erschienene Buch greift die verschiedenen Probleme in der Diagnostik und Therapie älterer, psychisch kranker Menschen auf und beleuchtet diese aus unterschiedlichsten Blickwinkeln. Dabei werden alltägliche Themen der Gerontopsychiatrie von ausgewiesenen Fachleuten dargestellt (z.B. von J. Wojna „Schwierige Demente – falsche Umgebung?“), aber auch so genannte Randthemen wie z.B. die Musiktherapie in der Gerontopsychiatrie von A. Drews angesprochen. Die Interdisziplinarität wird durch die medizinischen und soziologischen, pflegerischen und historischen Beiträge deutlich. Sie be-

leuchten das Themenfeld Gerontopsychiatrie aus unterschiedlichsten Blickwinkeln.

Eindrucksvoll ist die Praxisrelevanz, die sich durch eine Vielzahl von Fallbeispielen darstellt. So wendet sich dieser Sammelband nicht nur an Ärzte und Psychologen, sondern auch an Mitglieder aller Berufe, die mit alten Menschen zu tun haben sowie an interessierte Angehörige. ■

Alterspsychiatrie im Wandel. Hrsg. H. Wormstall, H.-J. Wilhelm, Athena Verlag, Oberhausen, 1. Auflage 2003, 206 Seiten, 27,50 Euro, ISBN 3-89896-172-9

Subklinische Hyper- oder Hypothyreose im Alter – Was tun?

Bei geriatrischen Patienten sollte die Anzahl der Medikamente auf das Notwendige reduziert werden. Bei einer subklinischen Über- und Unterfunktion der Schilddrüse ist eine regelmäßige Kontrolle der medikamentösen Therapie vorzuziehen.

Kürzlich nahm PD Dr. med. Carsten Otto zur Notwendigkeit der Therapie dieser Laborkonstellationen Stellung, die ja in aller Regel ohne charakteristische Symptome einhergehen und durch ein außerhalb des physiologischen Bereiches liegendes thyreoidstimulierendes Hormon (TSH), aber normale Schilddrüsen-Hormone gekennzeichnet sind (BDI aktuell 03-2004, S. 4). Otto hält eine Therapie häufig für sinnvoll, und es fragt sich, ob seine Kriterien auch für den alten Menschen gelten. Unbestritten ist, dass subklinische Über- und Unterfunktionen der Schilddrüse (SD) in manifeste Störungen übergehen können. Andererseits nehmen alte Menschen häufig bereits eine erhebliche Zahl unterschiedlicher Medikamente ein, deren korrekte Einnahme in vielen Fällen hinterfragt werden muss. Der Geriater ist daher bestrebt, die Zahl der Medikamente auf das Notwendige zu reduzieren. Im Übrigen werden beim SD-gesunden alten Menschen häufig Symptome beobachtet, die beim Jüngeren bisweilen Ausdruck einer SD-Funktionsstörung sind.

Die subklinische Hyperthyreose ist beim alten Menschen sehr häufig, nach akutmedizinischer Behandlung in unserem Krankengut in 10% der Fälle oder mehr! Andererseits sind die manifeste Osteoporose, besonders bei der Frau, und das Vorhofflimmern im Alter sehr häufige Erkrankungen, deretwegen Otto beim jüngeren Patienten mit subklinischer Hyperthyreose eine thyreostatische Therapie empfehlen würde. U. E. ist beim alten Menschen trotz der Osteoporose oder des VHF's therapeutische Zurückhaltung angezeigt, denn diese Erkrankungen werden durch eine thyreostatische Therapie nur selten gebessert. Wichtig scheint aber

die regelmäßige Kontrolle der Schilddrüsen-Parameter, um rechtzeitig einen möglichen Übergang in eine manifeste Überfunktion zu erkennen. Wir empfehlen eine Kontrolle nach acht Wochen und dann alle sechs Monate, bei klinischer Symptomatik natürlich eher. Dass die Hypothyreose im Alter häufig asymptomatisch verläuft und sich lediglich durch eine Tachykardie zu erkennen gibt, sei nur am Rande erwähnt. Selbstverständlich sollte eine gezielte Therapie der Osteoporose sowie eine Antikoagulation beim VHF gerade im Alter ernsthaft erwogen werden.

Wir teilen Ottos Meinung, dass keine einheitlichen Kriterien für die Indikation zur Thyroxin-Substitution bei Patienten mit latenter Hypothyreose vorliegen und plädieren beim alten Menschen für therapeutische Zurückhaltung, solange keine Zeichen der Unterfunktion vorliegen. Je mehr Medikamente ein alter Mensch einnehmen muss, desto häufiger kommt es zu Verwechslungen, Überdosierungen, aber auch zu spontanem Absetzen lebensnotwendiger Medikamente aus Protest gegen die Polypharmakotherapie. Da sich SD-Unterfunktionen schleichend entwickeln, sollten die SD-Hormone alle 6-12 Monate kontrolliert und nur dann substituiert werden, wenn klinisch oder laborchemisch Zeichen der Unterfunktion bestehen.

C.Lucke, Isernhagen ■

Behandlung der Makuladegeneration*

Die Makuladegeneration zählt zu den häufigsten Ursachen für eine Sehstörung im Alter. Bislang gibt es noch keine wirksamen Strategien zur Behandlung der Erkrankung.

Die senile Makuladegeneration (AMD) ist in den Industrieländern die häufigste Ursache von Sehstörungen im Alter. Charakteristisch sind Drusen, vom Pigmentepithel ausgehende Hyalinegebilde, eventuell mit Kalkeinlagerungen, die beerenartig an der Sehnervenpapille wachsen. Bei ihrer Entstehung sollen große Eiweißmoleküle eine Rolle spielen, die mit zunehmendem Alter vermehrt vorkommen und in der Netzhaut abgelagert werden. Durch Plasmapherese sollen diese Moleküle entfernt werden.

Von den Erkrankungen, bei denen die Plasmapherese unter- bzw. versucht wor-

den ist, sind nur wenige Indikationen übriggeblieben. Zur Makuladegeneration gibt es bisher keine überzeugenden Berichte. Widder, R.A., et al [6] berichteten 2002 über 20 Patienten, die sechsmal im Jahr drei Jahre lang behandelt wurden. Bei 15 der 20 Personen besserte sich die Sehkraft; eine Vergleichsgruppe gab es allerdings nicht. Es gibt auch einen Zwischenbericht einer großen Studie, für die nach den Auflagen einer Zulassungsbehörde insgesamt 150 Patienten vorgeesehen sind [5]. Der Verlauf von 43 Pa-

* Nachdruck aus „Der Arzneimittelbrief“, 2004, 38, 16

tienten wurde ein Jahr lang beobachtet. Sie wurden achtmal in zehn Wochen mit Plasmapherese oder einer Scheinapherese (!) behandelt. Die Behandelten hatten einen signifikant günstigeren Verlauf der der Makuladegeneration. Die Studie ist offenbar bis heute nicht abgeschlossen. Zwischenergebnisse einer aus gutem Grund mit viel höherer Patientenzahl ge-



Foto: Initiative Augengesundheit

Mit Hilfe einer Spaltlampe können bei der direkten Spiegelung des Augenhintergrundes Anzeichen einer altersbedingten Makuladegeneration (AMD) erkannt werden

planten Studie können noch keine Evidenz schaffen. Mittlerweile ist es still geworden um die Methode. Anlässlich der Jahrestagung der deutschen ophthalmologischen Gesellschaft wurde kein einziger Vortrag gehalten.

Es gibt mehrere multizentrische, randomisierte und verblindete Studien, die belegen, dass sich z.B. durch Laserkoagulation Drusen zurückbilden können. Leider zeigen diese Studien aber auch, dass dies keinen Einfluss auf den klinischen Verlauf der Makuladegeneration hat. Ein Visusverlust durch Atropie oder Umwandlung in die feuchte, exsudative Form kann trotzdem auftreten [3, 4].

Mehrere Untersuchungen haben sich auch mit der Wirksamkeit von antioxidativen Vitaminen und Zink beschäftigt. Dazu gibt es eine neuere Übersicht [2]. Die größte der darin erwähnten Arbeiten [1] schloss zwischen 1992 und 1998 insgesamt 3640 Patienten ein. Die Patienten wurden gruppiert nach Schweregraden randomisiert und verblindet behandelt,

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. med. Rainer Wirth, Abteilung Akutgeriatrie, St. Marien-Hospital Borken, Am Boltenhof 7, 46322 Borken; PD Dr. Dorothee Volkert, Institut für Ernährungswissenschaft, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Endenicher Allee 11-13, 53115 Bonn
- ▶ **Arbeitsgruppe Forschung:** Prof. Dr. Dr. G. Kolb (Koordinator für die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie), St. Bonifatius-Hospital, Geriatrie, Wilhelmstr. 13, 49808 Lingen/Ems; Prof. Dr. T. Nikolaus (Leiter), Bethesda, Geriatr. Klinik der Univ. Ulm, Eberhardtstr. 91, 89073 Ulm; Prof. Dr. L. Pientka, Marienhospital, Med.-Geriatr. Klinik der Ruhr-Universität, Widumerstr. 8, 44627 Herne
- ▶ **Arbeitsgruppe Gefäßerkrankungen/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, Rathsbirgerstr. 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:** Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Geriatrie Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie/Onkologie (DGG/DGHO): Prof. Dr. Dr. G. Kolb, St. Bonifatius Hospital, Geriatrie, Wilhelmstr. 13, 49808 Lingen (Ems); Prof. Dr. C. Bokemeyer, Universität Tübingen, Abteilung und Lehrstuhl II, Otfried-Müller-Str. 10, 72076 Tübingen
- ▶ **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, Rathsbirgerstr. 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

entweder mit einer Kombination von Antioxidantien Vitamin C 113 mg/d plus Vitamin E 68 mg/d plus Vitamin A = Beta-caroten 4,9 g oder Zinkoxid 18,4 mg oder einer Kombination von Zink und Antioxidantien oder mit Plazebo. Am Ende von fünf Jahren zeigte sich, dass im Plazebo-Arm eine Verschlechterung der Erkrankung bei 27,8% eingetreten war, bei den mit Antioxidantien Behandelten bei 22,6 %, in der Zinkgruppe bei 21,6% und in der Kombinationsgruppe bei 20,2%. Der günstigste Effekt war auf die Patienten beschränkt, bei denen die Erkrankung am weitesten fortgeschritten war.

Der Aussagewert der Studie wird wesentlich dadurch eingeschränkt, dass der positive Effekt auf eine Untergruppe beschränkt war. Die Ergebnisse müssen in einer Studie bestätigt werden, in der nur Patienten mit fortgeschrittener Makuladegeneration eingeschlossen sind. In dieser Studie wird sicher Beta-caroten als Kombinationspartner nicht eingesetzt werden, weil es nach anderen Untersuchungen in so hoher Dosierung karzinogen wirkt [6].

Von sechs weiteren Untersuchungen mit Antioxidantien und /oder Zink [zitiert nach 5] zeigen vier eine negative Wirkung, zwei eine positive. Die Ergebnisse sind z.T. schon deswegen nicht zu werten, weil die Patientenzahlen nicht ausreichend waren, um den geringen zu erwartenden Effekt nachzuweisen. Insgesamt also muss man gespannt auf eine Studie warten, die nur Patienten mit fortgeschrittener Makuladegeneration einbezieht. Allerdings gibt es bisher nicht einmal begründete Vermutungen, dass zur Prophylaxe oder bei beginnender Makuladegeneration eine spezielle Strategie wirksam sein könnte.

Literatur

1. AREDS 8 = Age Related Eye Disease Study 8: Arch. Ophthalmol. 2001, 119, 1417
2. Bartlett, H. und Eperjesi, F.: Ophthalmic Physiol. Opt. 2003, 23, 383
3. Choroidal Neovascularization Prevention Trial: Ophthalmology 1998, 105, 11
4. Folk, J. und Russell, S. R.: Ophthalmology 1999, 106, 1241
5. Klingel, R., et al: Ophthalmologie 2002, Suppl. 1, 25 (Vortrag)
6. Widder, R.A., et al: Ophthalmologie 2002, Suppl. 1, 26 (Vortrag)

Die überaktive Blase (1): Epidemiologie

Laut einer Übersichtsstudie, in deren Rahmen 16.776 Personen im Alter ab 40 Jahren in sechs europäischen Ländern befragt wurden, liegt die Gesamtprävalenz von Symptomen der überaktiven Blase (definiert als vom Patienten berichteter imperativer Harndrang, häufiger Harndrang oder Dranginkontinenz) bei 16,6 % [5]. Diese Schätzung wird durch eine weitere Übersichtsstudie bei 5204 US-amerikanischen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren gestützt, die als Gesamtprävalenz einen Wert von 16,9% bei Frauen und von 16,0% bei Männern feststellte [9].

Auf nationaler Ebene war in Europa die Prävalenz in Frankreich und Italien (jeweils 12%) niedriger als in Deutschland (18%), in Großbritannien und in Schweden (jeweils 19%) und in Spanien (22%). Wenn man anhand von Schätzungen der nationalen Bevölkerungszahlen eine Extrapolation aus diesen Daten vornimmt, ergibt sich eine Gesamtzahl von ca. 22 Mio. Menschen, die in diesen Ländern die Symptomatik einer überaktiven Blase aufweisen.

Die Inzidenz der überaktiven Blase war bei Frauen (17,4%) etwas höher als bei

Männern (15,6%). Bei beiden Geschlechtern stieg die Inzidenz mit zunehmendem Alter an, und zwar von 8,7% bei Frauen bzw. 3,4% bei Männern in der Altersgruppe von 40-44 auf 31,3% bei Frauen bzw. 41,9% bei Männern in der Altersgruppe ab 75 Jahren (Abb. 1).

Die tatsächliche Prävalenz der überaktiven Blase ist wahrscheinlich noch höher als geschätzt, da viele Betroffene vermutlich aus Scham nicht über die Erkrankung sprechen oder die Symptome ertragen, weil sie der Meinung sind, es handle sich um einen Teil des normalen Alterungsprozesses. Bis zu 40% der Patienten mit überaktiver Blase wurden nicht diagnostiziert – einige davon in dem Glauben, es gebe keine Behandlungsmöglichkeit [5]. Von den Patienten, die tatsächlich zur Behandlung vorgestellt wurden, wendet ca. ein Viertel eine medikamentöse Behandlung an. Ein weiteres Viertel hat in der Vergangenheit eine medikamentöse Behandlung versucht, sie aber abgesetzt [5]. Ein weiterer Grund für die zu niedrig geschätzte Prävalenz ist, dass die überaktive Blase in früheren epidemiologischen Studien per definitionem auf einen imperativen

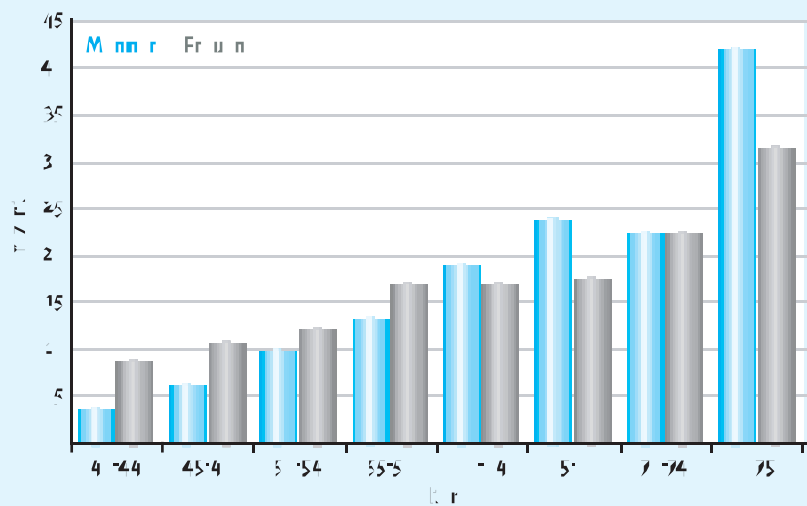


Abb. 1: Prävalenz der überaktiven Blase in den verschiedenen Altersgruppen, in Prozent [5]

Harndrang mit gleichzeitiger Dranginkontinenz begrenzt war, während die aktuelle Definition durch die International Continence Society alle Personen mit imperativem Harndrang einschließt, unabhängig davon, ob eine Inkontinenz vorliegt oder nicht [1].

Management-Strategien

Es gibt keine europaweit gültigen Strategieleitlinien zum Management der überaktiven Blase. Einige Leitlinien haben die Therapie der Inkontinenz zum Thema, andere behandeln die überaktive Blase im Rahmen des allgemeinen Managements von Erkrankungen, die mit Miktionsstörungen einhergehen, wie etwa Diabetes mellitus und Apoplexie.

So hat beispielsweise die European Association for Urology Leitlinien zur Behandlung der Inkontinenz [5] und neurogener Blasenfunktionsstörungen [4] veröffentlicht. Die französische Agence

Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé hat Leitlinien zum Nutzen der Beckenbodengymnastik bei inkontinenten Frauen [6] herausgegeben, und das UK Royal College of Physicians Richtlinien zur Therapie der Inkontinenz [6]. Erst kürzlich hat auch das Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence seine Leitlinien zur Behandlung der Harninkontinenz überarbeitet. Darin enthalten sind auch Ratschläge zum Management der überaktiven Blase [8]. ■

Literatur

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodynamics* 2002;21:167-78
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Assessment and pelvic floor training techniques in the treatment of urinary incontinence in women excluding neurological disorders. 2000
3. European Association of Urology. Guidelines on incontinence. 1999 (www.uroweb.org/files/uploaded_files/incontinence.pdf)
4. European Association of Urology. Guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. 2003. (www.uroweb.org/files/uploaded_files/guidelines/neurogenic.pdf)
5. Milsom I, Abrams P, Cardozo L et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001; 87: 760-6
6. Royal College of Physicians of London. Incontinence – causes, management and provision of services. 1995
7. Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence. (www.icsoffice.org/documents/ici_pdfs/MENUS/RECOMM.PDF)
8. Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. Assessment and treatment of urinary incontinence. *Lancet* 2000;355:2153-58
9. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003; 20: 327-36

Quelle: Yamanouchi Pharma GmbH,
69126 Heidelberg,
Tel. 0 62 21/34 34-0,
www.yamanouchi.de

Neue Studienresultate von Memantine

Nach den vorläufigen Resultaten einer mit Hilfe der Positronen Emissionstomographie (PET) durchgeführten US-amerikanischen Pilotstudie lässt sich die Abnahme des Hirnstoffwechsels bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz durch eine Therapie mit Memantine aufhalten. Diese Daten wurden im April auf dem American Academy of Neurology (AAN) Annual Meeting in San Francisco präsentiert.

Alzheimer-Patienten zeigen häufig ein vor allem im temporalen, parietalen und präfrontalen Assoziationskortex ausgeprägtes bilaterales Muster einer Abnahme des Gehirnstoffwechsels. Mit [18F]-Fluorodeoxyglucose Positronen-Emissionstomographie (FDG-PET) ist es möglich, den regionalen Stoffwechsel in verschiedenen Hirnbereichen zu messen. In den frühen Stadien der Alzheimer-Erkrankung zeigte die FDG-PET eine über eine Vielzahl von Hirnregionen verbreitete Abnahme des Stoff-

wechsels. Die Ausprägung der Demenz nimmt parallel zu der Abnahme des Glucosestoffwechsels zu, und letzterer korreliert mit dem Verlust an Nervenzellen in den betroffenen Arealen.

Die Patienten rekrutierten sich aus einer Population von 403 Teilnehmern einer klinischen Phase III-Studie und befanden sich im leichten bis mittelschweren Stadium der Alzheimer-Krankheit. Diese Phase III-Studie zeigte, dass eine Therapie mit Memantine zu einer Stabilisierung der kognitiven Fähigkeit oberhalb der Ausgangswerte führte und dass Memantine im Vergleich zu Plazebo mit einem wesentlich günstigeren Therapieresultat korrelierte.

Das Ziel dieser randomisierten doppelt blinden PET-Studie bestand in der Untersuchung der Wirkungen des nicht kompetitiven NMDA-Rezeptorantagonisten Memantine (Axura®) auf den regionalen zerebralen Glucosestoffwechsel bei Patienten mit leichter bis mittel-

schwerer Alzheimer-Demenz. Der PET-Scan wurde vor Beginn der Therapie und nach 24 Wochen Behandlung bei fünf mit Memantine (20 mg/d) und fünf mit Plazebo behandelten Patienten durchgeführt.

Die mit Memantine behandelten Patienten zeigten einen statistisch signifikanten Anstieg des Glucosestoffwechsels in verschiedenen für Sprache und Aufmerksamkeit zuständigen Hirnarealen. Die mit Plazebo behandelten Patienten zeigten dagegen in mehreren dieser Regionen die erwartete Abnahme der Stoffwechselaktivität. Offensichtlich kann Memantine (Axura®) die für das Alzheimer-Gehirn spezifische regional betonte Abnahme der Stoffwechselaktivität aufhalten. Möglicherweise korreliert diese Wirkung mit einer vermehrten Aktivität der Nervenzellen. Diese Beobachtung deckt sich mit den positiven Resultaten der Phase III-Studie. ■

Informationen: Merz Pharma GmbH,
60318 Frankfurt am Main,
Tel. 0 69/15 03 - 1, www.merz.de

Evaluierungsuntersuchung zu Wirkungen eines Weißdornpräparates

Im Rahmen einer ersten orientierenden, vergleichenden Beobachtung wurde der Effekt der Einnahme eines Weißdornpräparates (900 mg konzentrierter Craetagus-Spezialextrakt/Tag) auf die körperliche Leistungsfähigkeit über einen Beobachtungszeitraum von acht Wochen untersucht. Teilnehmer waren insgesamt 26 sportive Senioren mit einem Durchschnittsalter von 65 Jahren. Die gewonnenen Daten wurden mit einer Gruppe, die kein Präparat eingenommen hatte, verglichen. Die Bestimmung der körperlichen Leistungsfähigkeit erfolgte bei allen Teilnehmern durch einen Test auf dem Fahrradergometer mit stufenförmiger Steigerung der Belastungsintensität. Am Ende jeder Belastungsstufe wurde die Milchsäurekonzentration (Laktatkonzentration) gemessen. Auch die Lungenfunktion, die Vitalkapazität und die Einsekundenausatemkapazität wurden untersucht. Zusätzlich wurde das psychische Wohlbefinden beobachtet.

Der Blutdruck in Ruhe sank bei den Teilnehmern, die das Präparat eingenommen hatten, geringfügig aber signifikant ab. In der Kontrollgruppe blieben die Werte dagegen unverändert. Dies spricht für eine Verbesserung der Trainingsleistung. Die maximale Sauerstoffaufnahme, der wichtigste Parameter der körperlichen Leistungsfähigkeit, stieg nur in der Gruppe der Weißdorn-Probanden tendenziell an. Da ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Werten besteht, sind diese Ergebnisse beachtlich.

Der Körperfettanteil sank ebenfalls nur in der Gruppe ab, die das Weißdornpräparat zu sich genommen hatte. Auffällig ist ein deutlicher Unterschied in der subjektiven Wahrnehmung eines verbesserten Wohlbefindens. Probanden, die ein Weißdornpräparat eingenommen hatten, registrierten eine deut-

liche Verbesserung ihres Wohlbefindens. In der Kontrollgruppe war dies kaum der Fall.

Erstes Fazit: Es ist zu erwarten, dass eine positive Beeinflussung der Herzfunktion und der Psyche zu einem erhöhten Aktivitätsniveau im Alltag und damit zu einer weiteren Steigerung der körperlichen Fitness führt.

Weißdorn zeichnet sich durch einen hohen Anteil sekundärer Pflanzenstof-



fe aus, allen voran Flavonoide und oligomere Procyanidine (OPCs). Ihr Zusammenspiel macht moderne Arzneimittel aus der Heilpflanze so wirksam. Die positiven Wirkungen von Weißdorn bei einer nachlassenden Leistungskraft des Herzens sind inzwischen allgemein anerkannt: Ein aus Weißdornblättern mit Blüten gewonnener Spezialextrakt steigert die körperliche Leistungsfähigkeit, stärkt und schützt das Herz und verbessert die Durchblutung. Standardisierte Extrakte aus den Blättern mit Blüten des Weißdorns sind deshalb bei beginnendem Nachlassen der Herzfunktion angezeigt. Die Herzschützende und stärke Wirkung eines Weißdorn-Medikaments ist nur dann gewährleistet, wenn es einen gleichbleibenden, hohen Anteil an wirksamen Inhaltsstoffen besitzt. ■

Informationen: Dr. Willmar Schwabe
Arzneimittel,
76227 Karlsruhe,
Tel. 07 21/40 05-0,
www.schwabe.de

Fibrinogensenkung als konservativer Therapieansatz beim diabetischen Fuß

Das diabetische Fußsyndrom ist eine der häufigsten Folgekomplikationen des Diabetes mellitus. Die Komplikationen des diabetischen Fußes führen so häufig zum Verlust der Extremität, dass der Diabetes mellitus als eine der Hauptursachen für nichttraumatische Amputationen in Deutschland zu betrachten ist.

Die diabetische Stoffwechsellage führt zu Komplikationen, die die eigentliche Grundlage für die Entwicklung eines diabetischen Fußes darstellen und als Grundkrankheit bezeichnet werden.

Zu den typischen diabetesassoziierten Grundkrankheiten gehören die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), die diabetische Polyneuropathie (PNP) und die diabetische Osteoarthropathie. Bei allen drei Krankheitsbildern finden sich zusätzliche Störungen der Mikrozirkulation.

Bei der Behandlung angiopathischer oder angioneuropathischer nicht heilender Fußläsionen kann nach Ausschöpfung aller konservativen und interventionellen Therapieverfahren versucht werden, eine Abheilung der Ulzerationen mittels Verbesserung der Mikrozirkulation zu erzielen. Als konservativer Therapieansatz ist hierfür die medikamentöse Behandlung blutviskositäts erhöhender Störungen zu nennen. Eine bedeutende Rolle als viskositäts erhöhendes Molekül spielt das Plasmafibrinogen. Ein Ansatzpunkt, die Plasmafibrinogenkonzentration zu senken und damit die Blutfluidität zu verbessern, ist die Behandlung mit Urokinase.

Im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie wurden zwölf Typ-2 Diabetiker mit akutem diabetischen Fußsyndrom bei hoher Amputationsgefährdung mit einer niedrig dosierten Urokinasetherapie behandelt.

Alle Patienten erhielten tägliche Kurzinfusionen von Urokinase in einer Dosierung von 500 000 IE-1 000 000 IE.

Nach Abschluss der Urokinasetherapie konnte eine Ulkusreduktion um $85 \pm 11\%$, acht Wochen nach Therapieende um $97 \pm 4\%$ erreicht werden. Bei acht Patienten wurde eine vollständige Ulkusheilung im Nachbeobachtungszeitraum erzielt. Von zwölf Patienten mussten drei amputiert werden (1x Unterschenkel, 2x Zehen), wobei nach dem angiologischen Befund eigentlich bei drei Patienten eine Minor- und bei neun Patienten eine Majoramputation indiziert war. Es traten keine Blutungen und keine Verschlechterung der diabetischen Retinopathie auf. Effekte auf die systemische Gerinnung waren nicht zu beobachten.

„Die Low-dose-Urokinase-Therapie kann als ultima-ratio bei Typ-2 Diabeti-

kern mit nicht heilenden angioneuropathischen Ulzera und hoher Amputationsgefährdung eingesetzt werden. Sie führt zu einem Wundheilungsschub, kann damit Amputationen vermeiden bzw. die Amputationsgrenze nach distal verschieben und ist nebenwirkungsarm (Weck et al., 2001).“ Im Rahmen einer Phase-II Studie wird das Therapiekonzept derzeit unter strengen Einschlusskriterien überprüft und der Langzeitnutzen über zwölf Monate untersucht.

Literatur:

1. M. Weck, C. Laage, T. Schaab, A. Mölle, Low-dose-Urokinase-Therapie bei akutem angioneuropathischen diabetischen Fußsyndrom (DFS), Diabetes und Stoffwechsel 2001; 10: 1-9

Informationen: Medac GmbH,
22880 Wedel, Tel. 0 41 03/80 06 467,
www.medac.de

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

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

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, Mikrokoverfilmmungen 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 off-line, 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
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.