

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, verehrte Damen und Herren,

der Jahreskongress 2004 war ein Erfolg, so wird es uns durchgängig von allen Teilnehmern bestätigt. Auch die Pressekonferenz mit ihrem provozierenden Leitthema „Rassismus gegen Alte?“ hat breite Resonanz in Presse, Rundfunk und Fernsehen gefunden.

Mein herzlicher Dank geht deshalb an alle, die zum Erfolg beigetragen haben, zusammen mit der Bitte und Aufforderung, sich auch am nächsten Kongress wieder aktiv zu beteiligen – denn, *nach* einem erfolgreichen Kongress ist *vor* einem hoffentlich ebenso erfolgreichen Kongress. Ich möchte Sie deshalb auch im Namen des Vorstandes schon jetzt herzlich zu unserem Jahreskongress 2005 in Fulda einladen. Er wird vom 3. - 5. November 2005 im Hotel Maritim am Schlossgarten statt finden. Wir haben diesmal einen Kongressort ausgewählt, der zentral in Deutschland liegt, dabei äußerst verkehrsgünstig ist und zudem auch kulturell noch besonders attraktiv sein dürfte. Wir werden in historischen Gebäuden, die natürlich mit moderner Technik und der notwendigen (Kongress-)Infrastruktur ausgestattet sind, tagen. Das Kongresszentrum Orangerie befindet sich im Schlossgarten und inmitten des historischen Zentrums einer herrlichen Barockstadt.

Zumindest ebenso attraktiv wie die Auswahl des Kongressortes dürfte die Auswahl der Schwerpunktthemen sein. Vertreten sind dabei erneut die Bereiche Ernährung und Stoffwechsel mit Diabetes, aber auch bewusst die Alterskologie, die eine der größten Herausforderungen der nahen Zukunft darstellen wird, das Thema Thromboseprophylaxe neben den

Klassikern wie dementielle Erkrankungen, Neues und neu Bewertetes zum Thema: Stuhl- und Harninkontinenz, Urologie, Entzündungen, Rheuma und Arthrose mit den Besonderheiten des alten Patienten. Neben diesen klinischen Themen beschäftigen uns auch 2005 wieder die Bewertungen geriatrischer Leistungen im Fallpauschalensystem sowie natürlich Fragen der Qualitätskontrolle.

Ich möchte Sie bitten, sich den Termin schon jetzt vorzumerken. Die Arbeitsgruppen sind angefragt, sich frühzeitig mit eigenen Themen und Themenschwerpunkten anzumelden. Erneut und ausdrücklich ermuntert werden junge Kollegen, ihre Forschungsergebnisse darzustellen.

Erwähnt werden soll auch, dass wir derzeit in Kooperationsgesprächen mit dem Verein Hessischer Internisten sind. Dieser Verband und sein Vorsitzender Prof. W. Fassbinder, Fulda, haben großes Interesse, z.B. am Samstag eine gemeinsame Veranstaltung durchzuführen. Es wird darüber hinaus die Möglichkeit geben, dass gegenseitig günstige Konditionen zum Besuch der Veranstaltungen eingeräumt werden.

Für die Umrahmung des wissenschaftlichen Programms ist wie auch in 2004 ein Gesellschaftsabend geplant.

Ich freue mich und hoffe, Sie in 2005 in Fulda begrüßen zu dürfen.

Prof. Dr. Dr. Gerald F. Kolb
Präsident

Inhalt

Aktuelle Nachrichten

- ▶ Danke, danke, danke
- ▶ Bundespräsident Köhler übernimmt Schirmherrschaft über das KDA
- ▶ Gert Hamel verstorben
- ▶ Medizin für ältere Patienten in der Krise?
- ▶ Ignatius Nascher Preis ausgelobt

ab Seite 2

12. Jahrestagung der DGG

Zusammenarbeit mit den Nachbardisziplinen und die Ausbildung von Geriatern standen neben den fachlichen Themen im Mittelpunkt der 12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Am Kongress in der Bundeshauptstadt nahmen rund 430 Chefärzte und Ärzte teil.

Seite 4

DGG-Posterpreis entschieden

Jury vergab zwei 1. Preise

Seite 7

Forum Förderkreis:

- ▶ Die überaktive Blase (2): Ätiologie
- ▶ Neue Therapieoption der postmenopausalen Osteoporose
- ▶ Mit Pflanzenduo gegen häufigen Harndrang
- ▶ Memantine zeigt positiven Einfluss bei Alzheimer-Patienten

ab Seite 7

Danke, danke, danke

60 zu werden ist ohne Zweifel wunderschön, wenn ich an die vielen Glückwünsche, Geschenke und Ehrungen denke. Ich darf mich bei allen vielemals bedanken. Besonders gefreut haben mich die Glückwünsche der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, die mir durch ihren Präsidenten, Prof. Dr. Dr. G. Kolb, mit einem großen, wunderschönen Blumenstrauß und einem attraktiven Buchgeschenk übermittelt wurden. Aber auch für die vielen persönlichen Glückwünsche und Geschenke zahlreicher Geriater, Gerontologen und Arbeitenden im Gesundheitswesen darf ich mich bedanken, sie haben mich alle sehr gefreut. Die teilweise ehrenden Worte machten mich verlegen, da ich meine Arbeit für die Geriatrie immer als selbstverständlich empfunden habe.

Dies ändert nichts daran, dass mit zunehmendem Alter anscheinend auch eine gewisse Eitelkeit auftritt. So genoss ich das Symposium anlässlich des Europäischen Geriatriekongresses in Wien, das mir von meinen früheren Mitarbeitern gewidmet wurde und bei dem Prof. Dr. F. Böhmer die Laudatio hielt. Es war sehr schön, vielen Dank. Berührt hat mich auch die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der Österreichischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (ÖGGG), bei der es sich um eine besondere Auszeichnung handelt. In den letzten 50 Jahren wurden nur vier Ehrenmitglieder benannt.

Sehr genossen habe ich das Fest in der eigenen Klinik, das mir meine Mitarbeiter geschenkt haben und natürlich das großartige Geriatriesymposium mit hervorragenden Referenten, das mein Krankenhaus Träger mit einem anschließenden Abendessen ausrichtete. Die über 150 Teilnehmer aus dem geriatrischen Chefärzte-

kreis NRW, der Industrie und den Krankenkassen erlebten mit mir eine überaus attraktive Veranstaltung, an die wir alle noch lange denken werden. Die Referenten Prof. Dr. Dr. G. Kolb, Prof. Dr. L. Pientka (Lehrstuhlinhaber für Geriatrie, Bochum), Dr. J. Siebertz (Krankenhausreferent NRW), Prof. Dr. phil. G. Deimling (Soziologe Bergische Universität), H. Schemken (Vorsitzender DRK Velbert), Prof. Dr. phil. L. Rosenmayr (Ludwig Boltzmann Institut Wien) und Prof. Dr. D. Gustorff machten

deutlich, dass die geriatrische Versorgung auf Grund der finanziellen Engpässe im Gesundheitswesen nicht einfacher werden wird, aber die Geriatrie ohne Zweifel eine Zukunft vor sich hat, wir müssen sie nur bedarfsgerecht aufgreifen und umsetzen

Es ist schön, in der Geriatrie zu arbeiten, 60 zu werden und viele Freunde zu haben. Vielen, vielen, vielen Dank für die ehrenden, aber auch persönlichen Worte zu diesem Geburtstag.

Prof. Dr. med. I. Füsgen ■



Über 150 Teilnehmer nahmen an dem Geriatriesymposium teil, das anlässlich des 60. Geburtstages von Prof. I. Füsgen veranstaltet wurde.

Bundespräsident Köhler übernimmt Schirmherrschaft über das KDA

Bundespräsident Horst Köhler hat die Schirmherrschaft über das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) übernommen. Damit folgt er der Tradition seiner Amtsvorgänger, die ebenfalls Schirmher-

ren über die gemeinnützige und unabhängige Einrichtung waren. Der Schirmherr des KDA beruft die neuen Kuratorinnen und Kuratoren.

In einem Schreiben an den KDA-Vorsitzenden Dr. Hartmut Dietrich würdigt der Bundespräsident das KDA als Einrichtung, die wichtige Arbeit im Bereich der Altenhilfe leistet, der in naher Zukunft noch mehr an Bedeutung gewinnen wird. Der Bundespräsident hat in seinem Brief betont, dass er der Frage des demografischen Wandels und den damit verbundenen Problemen besondere Aufmerksamkeit widmen wird.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe ist 1962 von Bundespräsident Heinrich Lübke und seiner Frau Wilhelmine Lübke ins Leben gerufen worden. Seit mehr als 40 Jahren setzt es sich für mehr Lebensqualität im Alter ein. ■

Gert Hamel verstorben

Dipl.-Kfm. Gert Hamel, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch Geriatrischer Einrichtungen (BAG), ist am 21. September 2004 auf Grund eines tragischen Unfalls im Alter von 57 Jahren verstorben. G. Hamel war Gründungsmitglied der 1993 gegründeten BAG und seit 1998 Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen. In diesen Funktionen hat er sich gesundheitspolitisch sehr aktiv in bedeutenden Gremien und Verbänden für die Belange der Geriatrie eingesetzt.

Die deutsche Geriatrie hat in schwierigen Zeiten eine erfolgreiche Führungskraft aus dem nichtärztlichen Bereich verloren, die regional und überregional äußerst prägnante und zukunftsorientierte Arbeit geleistet hat.

Medizin für ältere Patienten in der Krise?

In der Bundespressekonferenz in Berlin führte die Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) gemeinsam mit der Deutschen Seniorenliga eine Pressekonferenz zum Thema „Medizin für Ältere in der Krise?“ durch. Dabei erklärte Erhard Hacker, Geschäftsführer der Seniorenliga, dass bereits heute älteren Patienten auf Grund des Budgetdrucks Gesundheitsleistungen vorenthalten werden. Eine solche altersbezogene Rationierung führt zu einer Diskriminierung älterer Menschen. Prof. Dr. Ingo Füsgen führte dann für die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie aus, dass wegen der zunehmenden Bedeutung von Kosten-Nutzen-Analysen bei der medizinischen Versorgung alter Menschen sehr schnell inhumane Tendenzen zu befürchten seien. So erhielten von den rund 4 Mio. Men-

schon, die unter Inkontinenz leiden, nur 10% eine angemessene Therapie. Dies liege zum Teil daran, dass etwa jeder zweite Patient noch nicht einmal mit seinem Arzt über das Tabu-Thema spräche. Von den bekannten Fällen werden aber auch nur 20% ausreichend behandelt, weil bisher die Ärzte in der Geriatrie nicht ausreichend ausgebildet seien und teilweise die Diagnose und Therapie bei der Abrechnung uninteressant sei. Dabei könnten der Einsatz der richtigen Arznei nicht nur die Lebensqualität erhöhen, sondern auch teure Folgekrankheiten und Heimeinweisungen vermeiden.

In gleicher Weise sähe es bei altersverwirrten und hochbetagten Tumorpatienten aus. Auch von den etwa 900.000 mittel-schwer bis schwer betroffenen Demenz-

patienten erhielten nur 10% anerkannte Alzheimer-Präparate, wie Günter Sauerbrey von der Pharmafirma Merz ausführte. Dabei könnten diese Medikamente den Gedächtnisverlust und damit auch teure Pflege hinauszögern.

Bei Krebs sei häufig auch bei sehr alten Menschen eine Heilung möglich, wie Prof. Dr. Dr. Gerald Kolb, Präsident der DGG, ergänzte. Allerdings werden zur Zeit ältere Tumorpatienten deutlich seltener als jüngere mit hochwirksamen, nebenwirkungsarmen und damit auch teuren Arzneien versorgt. Da die Zahl von Krebserkrankungen auf Grund ihrer Altersabhängigkeit bis 2020 dramatisch ansteigen werde, wird die Frage nach einer erfolgreichen Behandlung und hier auch die Kostenbereitstellung für ältere Tumorpatienten immer dringender. Zum Abschluss der Pressekonferenz forderten die Teilnehmer einhellig eine bessere geriatrische Ausbildung für Mediziner, mehr Forschung und ein Umsteuern im Gesundheitssystem hin zu wirtschaftlichen Anreizen, um dem demografischen Wandel gerecht zu werden. ■

Begrüßung neuer Mitglieder

der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- ▶ Dr. med. Claudia Albers, Dhünnberg 60, 51375 Leverkusen
- ▶ Dr. med. Rieke Alten, Heubnerweg 2, 14059 Berlin
- ▶ Dr. med. Dionyz Bajtaj, Hartriegelweg 33, 73557 Mutlangen
- ▶ Dr. med. Jürgen Bauer, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg
- ▶ Dr. med. Eyke-H. Bayer, Ostrower Wohnpark 5, 03046 Cottbus
- ▶ Dr. (CS) J. Benesova, Albrechtstr. 32, 90766 Fürth
- ▶ Dr. med. Ulrike Brunnmüller, Lindenmattenstr. 22, 79117 Freiburg
- ▶ Young-Hun Chun, Im Hauswinkel 11, 58456 Witten
- ▶ Andreas Dahm, Kuithanstr. 86, 44137 Dortmund
- ▶ Bernd Dorn, Gartenstr. 17, 46244 Bottrop Kirchhellen
- ▶ Dr. med. Jochen Ennen, Sohnreyst. 1, 30173 Hannover
- ▶ Dr. med. Dorothea Geile, Denninger Str. 44, 81679 München
- ▶ Dr. med. Hans-Christoph Günther, Rathausstr. 34, 68519 Viernheim
- ▶ Dr. med. Hans-Jürgen Gruss, Shiplake Cross; OXON (UK); 16 Orchard Close, Memorial Ave
- ▶ Dr. med. Hans Iro, Immanuel-Kant-Str. 33, 72574 Bad Urach
- ▶ Stefanie Grießer-Karolczak, Derfflinger Str. 17, 46049 Oberhausen
- ▶ Dr. med. Joachim Gruber, Friedrich-Ebert-Str. 70, 51429 Bergisch Gladbach
- ▶ Anja Kleist, August Bebel Str. 59, 65428Rüsselsheim
- ▶ Dr. med. Bernd Köster, Erwinstr. 47, 79102 Freiburg
- ▶ Birgit Krause, Heerenstr. 38, 45145 Essen
- ▶ Jens Leymann, Wakenitzmauer 108 a, 23552 Lübeck
- ▶ Adriano Pierobon, Mozartstr. 1, 76133 Karlsruhe
- ▶ Dr. med. Klaus Schröter, Altdorfer Str. 11, 91207 Lauf/Pegnitz
- ▶ Dr. med. Eva-Maria Spindler, Hauptstr. 10, 01762 Hartmannsdorf
- ▶ Univ. Prof. Dr. Helmut Stark, Welschnonnenstr. 17, 53111 Bonn
- ▶ Dr. med. Jorjeta Todorova, Heimstr. 19 b, 98617 Meiningen
- ▶ Dr. med. Stefan Waibel, Wetzgauer Str. 85, 73557 Mutlangen
- ▶ Dr. med. Gabriele Zeller, Grabenacker 91 a, 47228 Duisburg

Ignatius Nascher Preis ausgelobt

Der Förderpreis des Ignatius Nascher Preises der Stadt Wien für Geriatrie wird für eine besondere wissenschaftliche Arbeit oder ein innovatives erfolgreiches Projekt aus dem Bereich der Geriatrie (Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation oder Langzeitpflege) vergeben.

Bewerben können sich Einzelpersonen, Teams und Institutionen. Habilitationschriften sowie Arbeiten, die bereits mit einem anderen Preis honoriert wurden, dürfen nicht eingereicht werden. Ein-sendeschluss für den jetzt ausgeschriebenen Förderpreis (3.635,00 Euro) ist der 31. Dezember 2004.

Nähere Informationen sind erhältlich unter Ludwig Boltzmann Institut für Interdisziplinäre Rehabilitation in der Geriatrie, Prim. Dr. Katharina Pils, SMZ-Sophienspital, Apolllogasse 19, 1070 Wien, eMail: ilse.howanietz@wienkav.at ■

12. Jahrestagung der DGG

Zusammenarbeit mit den Nachbardisziplinen und die Ausbildung von Geriatern standen neben den fachlichen Themen im Mittelpunkt der 12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Am Kongress in der Bundeshauptstadt nahmen rund 430 Chefärzte und Ärzte teil.

In Berlin fand vom 28.-30. Oktober 2004 die 12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) statt. Sie stand unter dem Motto „Einheit in der Vielfalt“. Vielfalt stehe hierbei, wie Prof. Dr. Dr. Gerald Kolb, Präsident der DGG, in seiner Begrüßung erläuterte, für die verschiedenen Bereiche in der Medizin, Einheit für das nähere Zusammenrücken dieser Disziplinen. Erfolgreiche Schritte in diese Richtung haben Geriatrie, Gerontologie und Gerontopsychiatrie bereits gemacht, denn das Programm der Jahrestagung ist in Zusammenarbeit

mit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG), der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) und des Dachverbandes der Gerontologischen und Geriatriischen Wissenschaftlichen Gesellschaften Deutschlands (DVGG) erarbeitet worden. So hieß auch Univ.-Prof. Dr. Franz Böhmer, Präsident der ÖGGG, die Teilnehmer in Berlin willkommen und hob die Aktualität der Themen hervor. PD Dr. Hans Gutzmann, Präsident der DGGPP, wies auf die Wichtigkeit der Zusammenarbeit hin und plädierte für ein interdisziplinäres Netzwerk, in dem Geriatrie und Gerontopsychiatrie miteinander kooperieren. Der Kongress ist ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zur interdisziplinären Zusammenarbeit betonte auch Dr. Ann-Kathrin Meyer, Past-Präsidentin der DGGG. Und von den damit verbundenen Synergieeffekten würden alle beteiligten Fachdisziplinen profitieren, ergänzte Univ.-Prof. Dr. Wolf D. Oswald, Präsident des DVGG.



Prof. Dr. Dr. G. Kolb, Präsident der DGG: „Die neue Musterweiterbildungsordnung ist kontraproduktiv und – auch im internationalen Vergleich – ein Schritt in die falsche Richtung.“

Musterweiterbildungsordnung kontraproduktiv

Nach der offiziellen Eröffnung des Kongresses befassten sich die Mitglieder der DGG mit der Weiterbildung zum Geriater. „Die neue Musterweiterbildungsordnung ist“, stellte Prof. Kolb klar, „kontraproduktiv und – auch im internationalen Vergleich – ein Schritt in die falsche Richtung.“ Die Bundesländer Brandenburg und Sachsen-Anhalt haben die Rahmenrichtlinie nicht akzeptiert und mit der Schwerpunktweiterbildung Geriatrie den richtigen und zukunftsweisenden Weg eingeschlagen. Es sei auch weiterhin eine kontinuierliche Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit notwendig, denn insbesondere bei den Behörden bestehe nach wie vor große Unwissenheit hinsichtlich der Notwendigkeit gut ausgebildeter Geriater. Um sich einen Überblick über die Lehre zur Geriatrie zu verschaffen, führt die DGG derzeit eine Mitgliederumfrage durch und bittet um rege Teilnahme.

Die DGG habe ein bewegtes Jahr mit einer Reihe von Aktivitäten hinter sich, berichtete Prof. Kolb in der anschließenden Mitgliederversammlung der DGG. Es



Die Teilnehmer der Jahrestagung nutzten die Gelegenheit, von dem umfangreichen und aktuellen Programm zu profitieren.

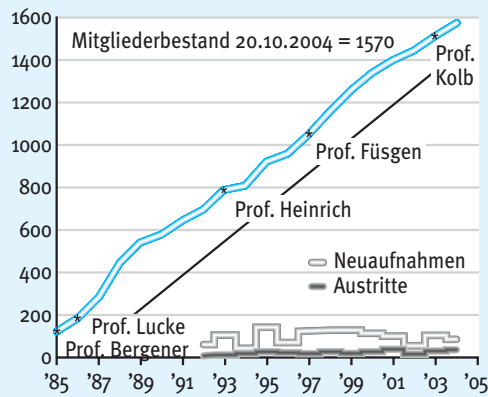


Abb. 1: Mitgliederentwicklung der DGG mit Angabe der Präsidenten

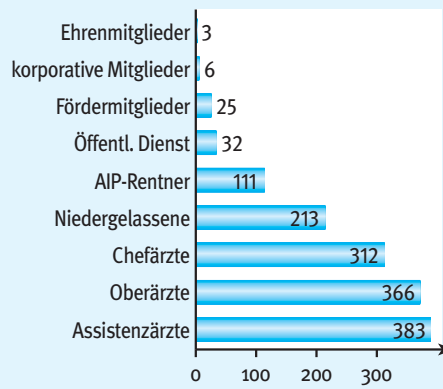


Abb. 2: Mitgliederstruktur der DGG

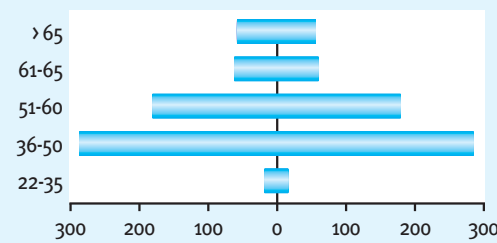


Abb. 3: Alterspyramide der DGG

wurde die gerikomm Media gegründet, die alle Serviceleistungen, die früher der Vincentz Verlag trug, übernahm. In diesem Zusammenhang konnten nahtlos die Zeitschriften „European Journal of Geriatrics“, „Geriatric Journal“ und die „Geriatric News“ weiter herausgegeben werden, so dass sich die erheblichen inneren Strukturveränderungen nach außen nicht als Störung mitgeteilt haben. Weiterhin standen u.a. Archivierung der Vorstandsarbeit und eine Neufassung der Mitgliederverwaltung auf der Agenda.

Außenaktivitäten: Der Vorstand hat mit der DGGPP eine enge Zusammenarbeit vereinbart und die bestehenden Kontakte zur ÖGGG verstärkt. So erhalten die Mitglieder der ÖGGG ab Januar 2005 auch das European Journal of Geriatrics. Das Wissenschaftliche Organ der DGG ist somit ab 2005 auch das Wissenschaftliche Organ der ÖGG. Die langjährigen Verhandlungen zwischen Prof. Kolb und dem Vorstand der ÖGG haben damit auch äußerlich sichtbar eine Frucht getragen und, wie Prof. Cornel Sieber, Präsident elect der DGG weiter erläuterte, unterstützen sich die Gesellschaften gegenseitig bei Konzeption und Durchführung von Veranstaltungen. Um Vorgänge und Entscheidungen in der DGG nachvollziehbar zu machen, hat der Vorstand damit begonnen, ein Archiv aufzubauen. Die Mitgliederverwaltung wurde neu strukturiert und erfolgt jetzt in digitaler Form. Die DGG habe jetzt, so Prof. Bernhard Höltmann, Sekretär der DGG, ca. 1.570 Mitglieder und jährlich kämen etwa 50 Mitglieder dazu. Der Anteil der männlichen Mitglieder (71%) überwiegt und die meisten Mitglieder sind über 36 Jahre alt. Weiterhin wurde in der Mitgliederversammlung beschlossen, Dr. Wolfdieter Bernhard für 18 Jahre ehrenamtliche Arbeit im Vorstand der DGG die Ehrenmitgliedschaft zu verleihen.

Der fachliche Teil der diesjährigen Jahrestagung startete am 29. Oktober mit der Morning Lecture zur „Sturzprävention und Intervention“. Anschließend verteilten sich die rund 430 Teilnehmer auf bis zu fünf parallel laufende Veranstaltungen zu den Themen

- ▶ Ernährung und Stoffwechsel
- ▶ Gefäße und Diabetes Mellitus

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, Rathsbbergerstr. 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, Rathsbbergerstr. 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

- ▶ Onkologie und Hämostasiologie
- ▶ Osteoporose
- ▶ Gerontopsychiatrie
- ▶ Obstipation/Inkontinenz

Ergänzt wurde die Tagung durch eine umfangreiche und informative Ausstellung, an der u.a. die DGG-Förderkreismitglieder Hoyer-Madaus, Medac, Merz Pharmaceuticals, Norgine, Servier Deutschland und Yamanouchi Pharma teilnahmen.

13. Jahrestagung in Fulda

Die nächste Jahrestagung der DGG findet vom 3. bis 5. November 2005 in Fulda statt. Sie steht unter dem Thema „Geriatric – Medizin der Zukunft“ und wird sich mit folgenden Schwerpunkten befassen:

- ▶ Hämatologie/Onkologie im Alter
- ▶ Herz-Kreislauf: Hypertonie
- ▶ Thromboserisiko und -prophylaxe

- ▶ Physiotherapie
- ▶ Dementielle Erkrankungen

Als weitere Themen sind geplant Ernährung und Stoffwechsel mit Diabetes, Stuhl- und Harninkontinenz, Urologie, Rheuma und Arthrose, Leistungen im Fallpauschalensystem sowie Qualitätskontrolle. Einsendeschluss für die Abstracts ist der 1. September 2005. *jb* ■

Besondere Geburtstage Juni bis Dezember 2004*

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) gratuliert ihren Mitgliedern herzlich ...

... zum 85. Geburtstag

- 12.08. Dr. med. dent. Egon Banger, Lönsweg 37, 48683 Ahaus
- 18.09. Dr. med. Inge-Maria Paeckelmann, Nicolaistr. 20, 65193 Wiesbaden

... zum 80. Geburtstag

- 21.06. Dr. med. Gesina Möring, Wilmans-Park 32, 22587 Hamburg

... zum 75. Geburtstag

- 9.06. Ilse Kunkel, Claire Waldorff-Weg 6 a, 70195 Stuttgart
- 25.08. Dr. med. F., Schmetz, Wilhelmshofallee 60, 47799 Krefeld
- 23.11. Prof. Dr. med. P. Albert Mock, Am Pantaleonsberg 10, 50676 Köln
- 24.12. Obermedizinalrat Dr. med. Achim Hübner, Alt-Lichtenrade 42, 12305 Berlin

... zum 70. Geburtstag

- 11.06. Prof. Dr. med. Gerhard L. Bach, Beim Bergtor 12, 67269 Grünstadt/Pfalz
- 23.06. Dr. med. Wilhelm Friedmann, Buckrainstr. 59, 60599 Frankfurt/Main
- 29.06. Dr. med. Achim Knoll, Sindlinger Bahnstr. 37, 65931 Frankfurt/Main
- 29.10. Prof. Dr. med. Günter Schlierf, Rohrbacher Str. 149, 69126 Heidelberg

... zum 65. Geburtstag

- 18.06. Prof. Dr. med. Harald Thiel, Am Wiesenpfad 7, 44866 Bochum

- 3.07. Dr. med. E. Thiel, Am Hofacker 13, 97708 Bad Bocklet
 - 18.07. Dr. med. W. Wolf, Klinik f. Alterskrankheiten u. Stoffwechsel im Zentrum Inner, Wilhelmstr. 5, 31785 Hameln
 - 1.08. Dr. med. Edda Beyer, Evang. Waldkrankenhaus, Stadtrandstr. 555, 13589 Berlin
 - 2.09. Dr. med. R. Zimmer, Psych. Klinik der TU, Ismaninger Str. 22, 81675 München
 - 19.09. Dr. med. Lothar Blaha, Feuerhausgasse 4, 94315 Straubing
 - 21.09. Dr. med. Alessandra Wagner, Klinikum Luitpold, Weißenregener Str. 1, 93444 Kötzing
 - 1.10. PD. Dr. med. Leopold Gutjahr, St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin
 - 18.10. Dr. med. Konrad Thomas, St. Clemens-Hospital, Clemensstr. 1, 47608 Geldern
 - 28.10. PD Dr. med. Hans-Ulrich Koch, Städt. Kliniken Frankfurt-Höchst, Gotenstr. 6-8, 65929 Frankfurt/Main
 - 29.11. Dr. med. Margot Lucke, Hansenhof 3, 30916 Isernhagen
 - 29.11. Prof. Dr. med. Wolfgang Quies, Bergstr. 2, 17440 Klotzow
 - 1.12. Dr. med. Eckart Kinzler, Novalisstr. 2, 40474 Düsseldorf
 - 9.12. Prof. Dr. med. Wulf-D. Möller, H. G. Creutzfeldt-Institut, Waitzstr. 6, 24105 Kiel
- ... zum 60. Geburtstag**
- 3.06. Dr. med. Edouard Scheurer, Mediz.-Geriatr. Reha-Klinik Haus Cadenbach, Boxgraben 99, 52064 Aachen
 - 13.06. Dr. med. Dieter Kissel, Gartenstr. 43, 75223 Niefern-Öschelbronn
 - 3.07. Prof. Dr. med. Hanns-Gerd Dammann, Krankenhaus Bethanien, Martinistr. 44-46, 20251 Hamburg
 - 12.07. Dr. med. Martin Gross, Einsiedelstr. 1a, 40597 Düsseldorf
 - 16.07. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Elstermann v. Elster, Evang. Krankenhaus Abt. Klinische Geriatrie, Virchowstr. 20, 46047 Oberhausen
 - 6.08. Prof. Dr. med. Theo Scholten, Grünstr. 35, 58095 Hagen
 - 13.08. Dr. med. Cornelia Kühne, Pfeiffersche Stiftungen Klinik für Innere Medizin, Pfeifferstr. 10, 39114 Magdeburg
 - 25.08. Dr. med. Christian Emans, Krankenhaus Bethel, Schorn-dorferstr. 81, 73642 Welsheim
 - 11.09. Prof. Dr. med. Ingo Füsgen, Geriatrie Kliniken Wupertal, Carnaper Str. 60, 42283 Wuppertal
 - 6.10. Dr. med. Hansjörg Werner, Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift, Landgraf-Georg-Str. 100, 64287 Darmstadt
 - 7.10. Dr. med. Dieter Hanel, Dreifaltigkeitshospital, Hospitalstr. 31, 59555 Lippstadt
 - 12.10. Dipl. med. Christine Möller, Krankenhaus Luise-Henrietten-Stift, Klosterkirchplatz 1-19, 14797 Lehnin
 - 17.10. Bodo R. Vollhardt, Rheinische Landeslinik Bonn, Kaiser Karl-Ring 20, 53111 Bonn
 - 1.12. Dr. med. Silvia Schumacher, Bergstr. 17, 57439 Attendorn

* Der DGG liegen bedauerlicherweise nicht von allen Mitgliedern die Geburtsdaten vor. Sollten Sie daher die Gratulation zu Ihrem Geburtstag vermissen, schicken Sie bitte eine eMail an info@gerikomm.de

DGG-Posterpreis entschieden

Auch in diesem Jahr hat die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) den „Wissenschaftlichen Preis – Posterpreis der DGG“ ausgelobt. Im Rahmen der Jahrestagung wurden die eingereichten Arbeiten bewertet und die Preisträger bekannt gegeben. Zwar war mit 15 Postern die diesjährige Teilnahme nicht sehr groß, dafür zeigten alle Poster eine durchweg hohe Qualität. Sowohl die Originalität der jeweiligen Fragestellung als auch die wissenschaftliche Durchführung war bei den meisten Postern ausgezeichnet. Nicht leicht fiel daher die Auswahl der diesjährigen Posterpreisträger durch die zwölf Mitglieder der Jury, die unter Leitung von Dr. Thomas Frühwald und Dr. Wolf Dieter Bernard jedes Poster nach einem Punktwertverfahren bewerteten. Da zwei Poster eine gleich hohe Punktzahl erhielten, entschied sich die Jury, zwei erste Preise und einen dritten Preis zu vergeben.

Den 1. Preis teilen sich

- ▶ Dr. Daniela Langner: „Lebensqualität pflegender Ehefrauen im Alter“ und
- ▶ Medizinalrätin Dr. Mechthild Schöpke: „Thrombembolien bei gelenkna-

hen Frakturen des Femurs des älteren Patienten – Der Operationszeitpunkt bestimmt das Risiko“.

Den 3. Preis erhielt

- ▶ Stefanie Felschen-Ludwig: „Mangelernährung bei geriatrischen Krankenhauspatienten“



Die Posterbegehungen, die im Rahmen der Jahrestagung durchgeführt wurden, stießen auf großes Interesse.

Dr. Langner befasste sich mit der Lebensqualität pflegender Ehefrauen im Alter in Relation zu unbelasteten Frauen. Mit einem originellen Studiendesign und einem aufwändigen Messinstrument fand sie eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität von Frauen, die einen Angehörigen pflegen. Das Thema der pflegenden Angehörigen, insbesondere der pflegenden Frauen, besitzt eine hohe Ak-

tualität und es ist zu erwarten, dass angesichts der Morbiditätsentwicklung hier ein wichtiges Problem zu bearbeiten ist. Hilfen in diesem Bereich werden vermutlich die Pflegebereitschaft fördern und die Pflegefähigkeit der Angehörigen erhalten können, damit die Gesamtlast der Pflege nicht ungebremst steigt.

Die Arbeit von Dr. Schöpke konnte nachweisen, dass trotz Risikoprophylaxe eine hinausgezögerte Operation bei Hüftfrakturen das Thromboserisiko erheblich steigern kann. Diese Arbeit ist wichtig für das operative Vorgehen bei Hüftfrakturen und zeigt die große Bedeutung einer möglichst raschen medizinischen Versorgung bei diesen Notfällen.

S. Felschen-Ludwig stellte in ihrem Poster ein Messinstrument vor, mit dem die tatsächliche Kalorienaufnahme von Krankenhauspatienten einfach und mit hinreichender Genauigkeit geschätzt werden kann. Das Instrument eignet sich zum Monitoring der tatsächlichen Kalorienaufnahme von Krankenhauspatienten und stellt eine praktische Hilfe für die Fragestellungen zu Erkennung von Ernährungsproblemen dar.

Weitere exzellente Poster präsentierten Ergebnisse der Alzheimerbehandlung mit Galantamin (Verbesserung klinischer Symptome) und Risperdal (Entlastung pflegender Angehöriger) sowie Ergebnisse von Ganganalysen und Sturzproblemen bei älteren Patienten in der Rehabilitation. B. Höltmann ■

Forum Förderkreis

Die überaktive Blase (2): Ätiologie

Die Harnblase speichert Urin so lange, bis eine Miktion auf bequeme Weise erfolgen kann. Die Harnblase kann bis zu 500-600 ml Flüssigkeit fassen. Auf Grund der Fähigkeit der Blasenwand zur Entspannung kommt es jedoch erst ab einem Volumen von ca. 400 ml zu einem Anstieg des internen Drucks. Die Wand der Harnblase besteht aus drei miteinander verflochtenen Schichten glatter Muskulatur. Diese bilden den Musculus detrusor vesicae, kurz Detrusor. Am Blasengrund

vereinigen sich die drei Muskelschichten zum Trigonum vesicae. Das Trigonum vesicae ist ein dreieckiger Muskel, der sich bei der Füllung der Blase nicht ausdehnt und der zahlreiche druckempfindliche Nervenenden enthält (Abb. 1).

Bei Männern wird ein unwillkürliches Austreten von Urin aus der Harnblase durch die Wirkung von zwei Muskeln vermieden: durch einen inneren Schließmuskel aus glatter Muskulatur, der den Blasenhalshals umschließt, und durch einen

äußeren Schließmuskel mit gestreifter Muskulatur in der Wand der Urethra. Frauen haben einen schwächeren, hufeisenförmigen Schließmuskel des Blasenhalshalses, in dem die Muskelbündel in Längsrichtung oder schräg verlaufen.

Ein bis zu 8-maliges Wasserlassen über den gesamten Tagesablauf hinweg vom Aufstehen bis zum Schlafengehen wird als normal betrachtet. Die Ausscheidung von Urin (Miktion) ist ein äußerst komplexer Ablauf, der von Reflexbögen gesteuert wird, jedoch auch der willentlichen Steuerung unterliegt. Harndrang tritt im

Allgemeines auf, wenn das Füllvolumen der Blase zwischen 250 und 300 ml liegt. Durch die willkürliche Relaxation der glatten urethralen Muskulatur kann Harn in die Harnröhre eindringen. Dadurch wird eine Reflexkontraktion des M. detrusor ausgelöst. Der daraus resultierende ausgeprägte Anstieg des internen Drucks führt zur Entleerung der Harnblase.

Neurologische Steuerung

Die Kontraktion der Harnblase wird hauptsächlich durch den Parasympathikus gesteuert. Der wichtigste Neurotransmitter hierbei ist Acetylcholin. Acetylcholin wirkt auf die im gesamten Detrusor verteilten Rezeptoren (so genannte Muscarinrezeptoren), welche eine Kontraktion des Detrusors auslösen. Die Kontraktion des Detrusors erhöht den Innendruck der Harnblase und führt zur Miktion.

Es gibt insgesamt fünf verschiedene Muscarinrezeptor-Subtypen (M1-M5). Davon enthält die Harnblase die Rezeptoren M2 und M3 in einem Verhältnis von 3:1. Die Kontraktion des M. detrusor resultiert aus der Wirkung von Acetylcholin auf die M3-Rezeptoren. Diese Rezeptoren liegen auch an anderen Orten im Organismus vor: M2-Rezeptoren finden sich im Zentralnervensystem, im Herz und in der glatten Muskulatur, M3-Rezeptoren neben der Blase auch in endokrinen und exokrinen Drüsen sowie in der glatten Muskulatur der Blutgefäße, im Magen-Darm-Trakt und in den Atemwegen. Dies ist ein wichtiger Aspekt, da Antimuscarinika, die zur Behandlung der überaktiven Blase eingesetzt werden, nicht nur auf die Rezeptoren in der Harnblase wirken, sondern auch auf die Rezeptoren in anderen Organen. Dies kann zu unerwünschten Wirkungen führen.

Was versteht man unter einer überaktiven Blase?

Die ICS (International Continence Society) definiert das Syndrom der überaktiven Blase wie folgt: „Harndrang mit oder ohne Dranginkontinenz, gewöhnlich in Verbindung mit einer erhöhten Miktionsfrequenz und einer Nykturie.“ [1] Das Leitsymptom der überaktiven Blase ist der

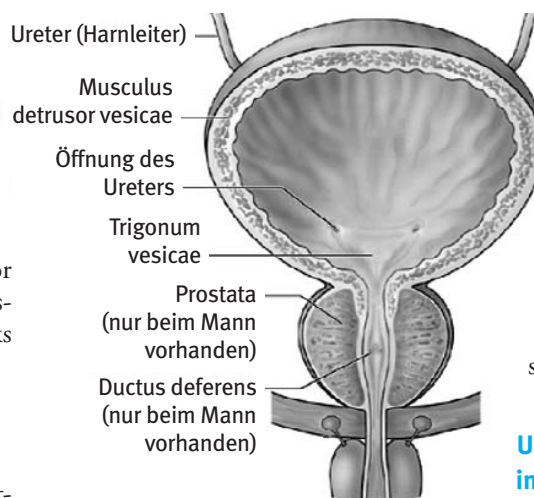


Abb. 1: Struktur der Harnblase

imperative Harndrang. Dieser geht oft einher mit einer erhöhten Miktionsfrequenz oder mit Inkontinenz (Abb. 2).

Das Symptom des imperativen Harndrangs wird verursacht durch unwillkürliche Kontraktionen des M. detrusor während der Füllungsphase der Harnblase (die so genannte Detrusor-Überaktivität). Diese Kontraktionen sind in urodynamischen Tests nachweisbar. Zur Diagnostizierung einer überaktiven Blase ist ein solcher Nachweis jedoch nicht erforderlich; sie kann allein anhand der Symptomatik erfolgen.

Aus der ICS-Definition ist ersichtlich, dass für die Diagnose einer überaktiven Blase nicht zwingend eine Inkontinenz vorliegen muss – tatsächlich sind 45% der Frauen und 84% der Männer mit überaktiver Blase nicht inkontinent [5]. Auch andere Erkrankungen der Harnblase und der Urethra können Symptome hervorrufen, die denen der überaktiven Blase

ähnlich sind. Solche Erkrankungen müssen vor der Diagnosestellung ausgeschlossen werden. Dazu gehören u.a. Blasenkarzinome, Blasensteine, die neurologische Dysfunktion und Harnwegsinfektionen Symptome, die denen einer überaktiven Blase ähnlich sind, treten auch bei ca. 75% der Männer mit benigner Prostatahyperplasie auf.

Unterscheidung zwischen Dranginkontinenz und Stressinkontinenz

Die Stressinkontinenz (auch als Belastungsinkontinenz bezeichnet) ist die häufigste Form der Harninkontinenz. Ihre Ursachen, Symptome und Wirkungen unterscheiden sich von denen der Dranginkontinenz. Die ICS definiert die Stressinkontinenz als unfreiwilligen Harnabgang bei Anstrengung, Anspannung, Niesen oder Husten. Die Stressinkontinenz resultiert aus einem unvollständigen Verschluss des inneren Schließmuskels der Harnblase. Sie ist gekennzeichnet durch den Abgang geringer Harnmengen während Aktivitäten, bei denen Druck auf eine volle Blase ausgeübt wird. Der Harnabgang endet, wenn der äußere Druck nachlässt. Bei Frauen sind die häufigsten Ursachen für eine Sphinkterinkompetenz eine Schwäche der Beckenbodenmuskulatur nach einer Schwangerschaft bzw. Entbindung, sowie eine Atrophie der Harnröhre als Folge der Menopause. Bei Männern ist die Stressinkontinenz häufig die Folge eines chirurgischen Eingriffs oder einer Strahlentherapie bei einer Prostataerkrankung.

„Prävalenz verschiedener Symptome einer überaktiven Blase bei Männern und Frauen im Alter von ≥ 40 Jahren in einer epidemiologischen Studie aus sechs europäischen Ländern“ *

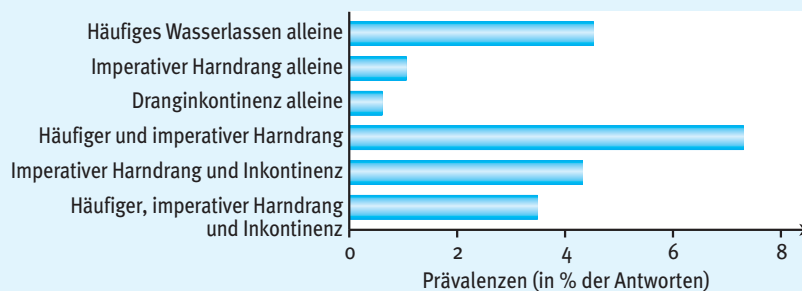


Abb. 2: Inzidenz der Drangsymptome bei Patienten mit überaktiver Blase [4]

Zusammen mit einer Stressinkontinenz kann auch eine Dranginkontinenz auftreten. Dieses Krankheitsbild bezeichnet man als Harninkontinenz mit gemischter Symptomatik oder als Mischinkontinenz.

Der Einfluss der überaktiven Blase auf die Lebensqualität

Eine überaktive Blase kann schwere emotionale Folgen haben und die Lebensqualität beeinträchtigen. Die Symptome einer überaktiven Blase sind mit sozialen, psychischen, beruflichen, körperlichen und sexuellen Problemen assoziiert. [6]. Etwa zwei von drei Patienten mit überaktiver Blase berichten, dass ihre Beschwerden sich auf ihren Alltag auswirken [4]. Eine überaktive Blase ist – unabhängig davon, ob sie mit einer Inkontinenz einhergeht oder nicht – mit klinisch relevanten und signifikant niedrigeren Ergebnissen bei der Beurteilung der Lebensqualität, der Depression und der Schlafstörungen assoziiert [7].

Patienten mit überaktiver Blase werden meist in Zusammenhang mit dem Leitsymptom imperativer Harndrang vorgestellt. Wenn die Detrusorkontraktionen stark genug sind, um den urethralen Widerstand zu überwinden, können auch Inkontinenz, eine erhöhte Miktionsfrequenz und Nykturie vorliegen. Die Inkontinenz kann sich in verschiedenen symptomatischen Formen manifestieren, z.B. als häu-

figer geringer Harnabgang zwischen den Miktionen oder als einmaliger, plötzlicher Harnabgang mit vollständiger Blasenentleerung.

Einige Patienten mit überaktiver Blase entwickeln Minderwertigkeitsgefühle. Den Betroffenen ist ihre Situation peinlich und sie schämen sich. Sie können sich gezwungen fühlen, ihr Sozialleben stark einzuschränken oder sogar ihre Arbeit aufzugeben [3]. Inkontinente Patienten ändern möglicherweise ihren Lebensstil vollkommen, um peinliche Situationen durch Einnässen oder durch Gerüche zu vermeiden. Das kann bedeuten, dass sie nicht an Orte reisen, von denen sie nicht wissen, wo sich Toiletten befinden, dass sie die Flüssigkeitsaufnahme einschränken, intime Situationen meiden oder häufiger zu Hause bleiben [3]. Der Patient selbst muss häufig die Kosten für Inkontinenzvorlagen oder spezielle Unterwäsche tragen. Diese Probleme halten über längere Zeiträume an: In einer europäischen Übersichtsstudie mit 1.916 Patienten mit überaktiver Blase gaben 79% der Befragten an, bereits seit mindestens einem Jahr symptomatisch zu sein. 49% gaben an, bereits seit mindestens drei Jahren an den Symptomen zu leiden [4].

Vor allem bei älteren Patienten mit überaktiver Blase kann eine Harninkontinenz einen Verlust an Unabhängigkeit und Lebensqualität bedeuten [8]. Bei Frauen über

65 Jahren ist eine wöchentlich oder häufiger auftretende Harninkontinenz assoziiert mit einem um 26% erhöhten Risiko für Stürze und mit einem um 34% erhöhten Risiko für nicht spinale, atraumatische Frakturen [2]. ■

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. Brown J.S., Vittinghof E., Wyman J.F. et al. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Am Geriatr Soc* (2000) 48: 721-725
3. McGhan W.F. Cost effectiveness and quality of life considerations in the treatment of patients with overactive bladder. *Am J Manage Care* (2001) 7 (Suppl 2): S 62-75
4. 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
5. Nitti V.W. Reviews in Urology (2002) 4 (Suppl 4): S2-S6 (übernommen aus dem Folienset zu Solifenacin, Folie 1.8)
6. Rovner E.S., Gomes C.M., Trigo-Rocha F.E. et al. Evaluation and treatment of the overactive bladder. *Rev Hosp Clin Fac Med* (2002) 57: 39-48
7. 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
8. Urinary incontinence. Juni 2002. www.healthandage.com/html/well_connected/pdf/doc50.pdf

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

Neue Therapieoption der postmenopausalen Osteoporose

Strontiumranelat ist ein neues Medikament zur Behandlung der postmenopausalen Osteoporose, das den Knochenaufbau steigert und gleichzeitig die Knochenresorption bremst [10]. Es hat kürzlich in der EU die Zulassung für die Behandlung der postmenopausalen Osteoporose zur Reduktion des Risikos von vertebrealen und Hüft-Frakturen erhalten [9] und ist seit 15. Oktober unter dem Handelsnamen Protelos® in Deutschland verfügbar.

Strontiumranelat wirkt entsprechend neuerer Untersuchungen über so genannte „Calcium Sensing Receptors“, die dafür

zuständig sind, die extrazelluläre Kalziumkonzentration zu messen [7]. Sowohl die den Knochen aufbauenden Osteoblasten als auch die für den Knochenabbau zuständigen Osteoklasten haben solche Rezeptoren. Bei den Vorläuferzellen der Osteoblasten, den Präosteoblasten, kommt es unter Einwirkung von Strontiumranelat zu einer deutlichen Anregung der Proliferation und zu einer Zunahme der Kollagen-I-Synthese(4).

Andererseits senkt Strontiumranelat in Zellkulturen von Knochenmarkszellen die Expression von Osteoklastenmarkern wie etwa Carboanhydrase II. In Kno-

chengewebe, das mit Strontiumranelat inkubiert wird, kommt es durch Hemmung der Osteoklastenaktivität dosisabhängig zu einer verringerten Ausbildung von Resorptionsarealen [3]. Tierversuche weisen in dieselbe Richtung [5]. Strontiumranelat steigert den Knochenaufbau und bremst den Knochenabbau. In klinischen Studien konnten die in den Modellen beobachteten Effekte bei Patientinnen mit postmenopausaler Osteoporose bestätigt werden: Bereits nach drei Monaten und anhaltend über den gesamten Behandlungszeitraum von drei Jahren wurde bei Behandlung mit Strontiumranelat verglichen mit Placebo eine signifikante Zunahme der Aktivität der knochenspezifischen alkalischen Phosphatase beobachtet. Parallel dazu wurde

signifikant weniger CTX (C-Telopeptide Cross-Links) gemessen, ein Marker für die Knochenresorption [12].

Die Knochenfestigkeit wird u.a. durch die Knochenmasse, die Knochengeometrie, die Mikroarchitektur des Knochens und die Mineralisierung beeinflusst. Die Behandlung mit Strontiumranelat führt über ihren dualen Wirkmechanismus zum Aufbau von neuem, widerstandsfähigen Knochen, was in zahlreichen präklinischen Untersuchungen belegt ist. Bei Ratten führte die Therapie mit Strontiumranelat zur Vergrößerung des trabekulären Volumens, zur Verdickung der einzelnen Trabekel und zu einer Zunahme der Trabekelzahl [1]. In einem Kompressionstest hielten die Wirbelkörper der behandelten Tiere nach zwei Jahren eine deutlich größere Krafteinwirkung aus als die Wirbel-

körper der Kontrolltiere [2]. Durch die unter Strontiumranelat-Therapie zu beobachtende Verdickung der Kortikalis erhöht sich außerdem der Knochendurchmesser [14], wodurch die Widerstandskraft des Knochens gegen Biegekräfte zunimmt [2].

Die Kristalleigenschaften des Hydroxylapatits entsprechen unter Therapie mit Strontiumranelat der Mineralisierung des gesunden Knochens [4]. Darüber hinaus zeigten Untersuchungen von Knochenbiopsien nach 3-jähriger Einnahme von Strontiumranelat einen lamellären Knochen mit vollständig intakter Mineralisation [12].

In dem umfassenden klinischen Studienprogramm zu Strontiumranelat waren im Rahmen der SOTI- und TROPOS Studie 72 Zentren in elf europäischen

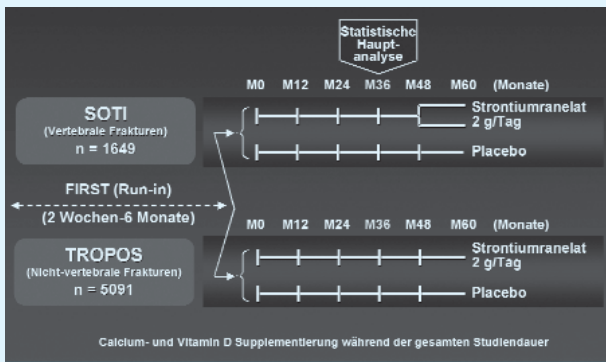
auch Beschwerden verursachten, betrug die relative Risikoreduktion 52% nach einem Jahr ($p = 0,003$) [12].

Die Reduktion peripherer Frakturen inklusive der Hüfte ist bei älteren Patientinnen von besonderer Bedeutung [8]. Patientinnen über 74 Jahre und mit einer erniedrigten Knochendichte am Schenkelhals profitierten unter Strontiumranelat von einem um 36% verringerten Risiko, eine Hüftfraktur zu erleiden [13].

Erwartungsgemäß nahm die Knochendichte bei einer Behandlung mit Strontiumranelat zu: Nach drei Jahren lag der durchschnittlich gemessene Wert für die Knochendichte (Bone Mineral Density = BMD) in der DXA-Messung an der Lendenwirbelsäule um 14,4% über dem in der Placebogruppe. Nach Korrektur des Strontiumeffekts auf die BMD-Messung entspricht das einem signifikanten Unterschied von 8,1%. In der Praxis sind etwa 50% des gemessenen Zuwachses der Knochendichte durch den Aufbau neuer Knochensubstanz bedingt [9]. Bei der Auswertung sämtlicher bisher vorliegender klinischer Untersuchungen war die Verträglichkeit von Strontiumranelat insgesamt der Placebogruppe vergleichbar.

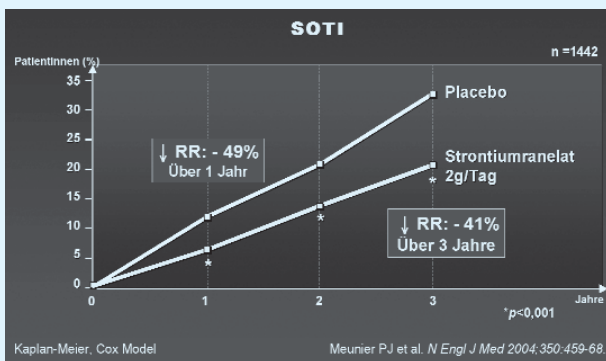
Ländern und Australien beteiligt [11]. Die Therapie mit Strontiumranelat führt bei Patientinnen mit postmenopausaler Osteoporose zu einer Reduktion des relativen Risikos für Wirbelkörper- und Hüftfrakturen nach einem bzw. drei Jahren, z. B. der klinischen Wirbelkörperfraktur um bis zu 52% [12].

Das Granulat wird in Wasser eingerührt und einmal täglich vor dem Zubettgehen getrunken. Sowohl die Verum- als auch die Placebogruppe erhielten während der gesamten Studiendauer Kalzium und Vitamin D. Bereits nach einem Jahr lag die Gesamtzahl neu aufgetretener Wirbelkörperfrakturen um 49% unter der in der Placebogruppe ($p < 0,001$). Wurden nur die klinisch auffälligen Wirbelkörperfrakturen gezählt, die



Quelle: Auszug aus dem Vortrag „Effektive Frakturprophylaxe durch Strontiumranelat“, Prof. Dr. med. D. Felsenberg, Berlin

Abb. 1: Frakturprävention durch Strontiumranelat bei postmenopausaler Osteoporose



Quelle: Auszug aus dem Vortrag „Effektive Frakturprophylaxe durch Strontiumranelat“, Prof. Dr. med. D. Felsenberg, Berlin

Abb. 2: Strontiumranelat reduziert das Risiko von Wirbelkörperfrakturen bei Patienten mit prävalenten Wirbelkörperfrakturen

Literatur

1. Ammann P et al. Osteoporos Int. (2002) 13(1): S24(P66SU)
2. Ammann P et al.; J Bone Mineral Res (2003) 18
3. Baron R., Tsouderos Y. Eur J. Pharmacol (2002); 450: 11-17
4. Boivin et al. J Bone Miner Res (2001) 16 (Suppl 1): SA401
5. Buehler J., Chappuis P., Saffar J.L. et al. Bone (2001) 2: 176-179
6. Canalis E., Hott M., Deloffre P., Marie P.J. Bone. (1996) 18 (6): 517-523
7. Coulombe J. et al., BBRC 323 (2004), 1184-1190
8. Donaldson et al. J Epidemiol Community Health (1990) 44: 241-245
9. European Summary of Product Characteristics SPC, Stand September 2004
10. Marie P. et al. Calcif Tissue Int (2001) 69(3): 121-174
11. Meunier P.J. et al. Osteoporos Int (2003) 14 (Suppl 3): 66-76
12. Meunier PJ et al. N Engl J Med (2004) 350: 459-68
13. Rizzoli et al; Osteoporosis International (2004) 15, (Suppl. 1) S18: OC39
14. Shen V. et al. JBMR (2002) 17(1): S375 (SU368)

Symposium im Rahmen des Deutschen Orthopädenkongresses 2004, Berlin 23.10.2004

Mit Pflanzenduo gegen häufigen Harndrang

Quälender Harndrang ist für 6 Mio. deutsche Männer ein Dauerproblem. Zahlreiche Betroffene führen dies immer noch auf die Blase zurück, wie eine aktuelle Marktforschungsstudie zeigt. Dabei ist es meist die Prostata, die sich schon ab Mitte 30



Die Pflanzenextrakte haben Wirkprinzipien, die sich ergänzen und verstärken.

vergrößert und dann die Lebensqualität der Betroffenen massiv beeinträchtigen kann. Männer nehmen diese Strapazen viel zu lange in Kauf. Viele schrecken zum Beispiel vor einer Behandlung mit chemischen Mitteln zurück, weil sie starke Nebenwirkungen und die Beeinträchtigungen ihrer Liebesfähigkeit befürchten. Der Einsatz dieser Medikamente emp-

fehlt sich auf Grund der Risiken aber erst in fortgeschrittenen Stadien. Zur Behandlung von ersten Beschwerden stehen hochwertige pflanzliche Präparate, so genannte Phythos, zur Verfügung. Denn die moderne Phytotherapie geht neue Wege: Wie aktuelle Langzeitstudien zeigen, ist die einzigartige Wirkstoffkombination mit Sabal-Früchten und Urtica-Wurzeln (enthalten in Prostagutt® forte) im Anfangsstadium der chemischen Prostata-Therapie ebenbürtig – und das so gut wie ohne

Nebenwirkungen. Das große Plus gegenüber herkömmlichen pflanzlichen Mitteln mit nur einem Wirkstoff: Die beiden Pflanzenextrakte haben unterschiedliche Wirkprinzipien, die sich positiv ergänzen und verstärken. Der Harndrang lässt nach, die Blasenentleerung verbessert sich, die subjektiven Beschwerden gehen deutlich zurück. Die Behandlung sollte beginnen, wenn sich die ersten Beschwerden bemerkbar machen. ■

Quelle: Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, 76227 Karlsruhe, Tel. 07 21/40 05 - 0, www.schwabe.de

Memantine zeigt positiven Einfluss bei Alzheimer-Patienten

Daten, die anlässlich der 24. Jahrestagung des CINP (Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum) in Paris vorgestellt wurden, belegen einen signifikanten Nutzen des Alzheimer-Wirkstoffs Memantine (z.B. Axura®) in Bezug auf Verhaltenssymptome und Funktionsfähigkeiten von Alzheimer-Patienten. Die Ergebnisse stammen aus der im „The New England Journal of Medicine“ veröffentlichten Schlüsselstudie. Diese Studie erbrachte den Nachweis,

dass die Therapie mit Memantine der Placebo-Therapie bei Alzheimer-Patienten im Hinblick auf Kognition, Funktion und Gesamtergebnis signifikant überlegen ist. Die aktuellen Ergebnisse beziehen sich auf Analysen von Einzelitem der „Behavioral Rating Scale“ und einer Skala zur Bewertung funktioneller Fähigkeiten. Die Therapie mit dem NMDA Antagonisten Memantine führt zu einer signifikanten günstigen Beeinflussung von Verhaltenssymptomen, wie Agitiertheit und Wahnvorstellungen, im Vergleich zur Placebo-Therapie. Eine zweite Einzelitem-Analyse zeigte, dass die Therapie mit Memantine das Schwinden der Alltagskompetenz im Vergleich zu Placebo deutlich verlangsamt.

Ein wichtiges Ziel bei der Behandlung der Alzheimer-Krankheit ist die günstige Beeinflussung der – sowohl für die Patienten als auch für die Betreuer – belastenden Symptome, wie die Verschlechterung der Alltagsfähigkeiten und die Zunahme von Verhaltensstörungen. Die im Rahmen der CINP-Tagung vorgestellten Ergebnisse belegen, dass sich die Therapie mit Memantine bei Alzheimer-Patienten signifikant positiv auf Verhaltens- und Funktionsstörungen auswirkt. Das bedeutet eine Verbesserung der Lebensqualität sowohl der Patienten als auch der Betreuer.

Neues Mitglied des Förderkreises

Fresenius Kabi, das in Europa führende Unternehmen im Bereich der Ernährungs- und Infusionstherapie, ist neues Mitglied des Förderkreises der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG). Das Unternehmen ist mit Tochtergesellschaften und Vertriebspartnern weltweit tätig und nimmt in der Infusions- und Transfusionstechnologie ebenfalls führende Positionen ein. Das Leistungsspektrum umfasst Therapie und Versorgung schwerkranker Patienten im Krankenhaus und in der ambulanten Folgebetreuung. Die Arbeitsfelder sind Infusionstherapie, Parenterale Ernährung, Enterale Ernährung, Infusionstechnologie, Transfusionstechnologie und Ambulatory Care.

Die Fresenius Kabi AG ist 1998 durch Verschmelzung des internationalen Infusionsgeschäfts von Pharmacia & Upjohn mit dem Fresenius Unternehmensbereich Pharma entstanden. Das Unternehmen ist eine Tochtergesellschaft der Fresenius AG und beschäftigt etwa 11.000 Mitarbeiter in über 30 Ländern.

Im Förderkreis der DGG ist Fresenius Kabi durch Dr. Alexander Rehm vertreten.

An der 28-wöchigen Doppelblindstudie nahmen 252 ambulante Patienten mit mittlerer bis schwerer Alzheimer-Demenz teil. Die in diese prospektive, plazebokontrollierte Phase-III-Studie einbezogenen Patienten erhielten täglich 20 mg Memantine oder Plazebo.

Häufigkeit und Schweregrad von Verhaltensstörungen wurden anhand des Neuropsychiatric Inventory (NPI) erfasst, einer standardisierten Bewertungsskala zur Messung von häufig auftretenden Verhaltenssymptomen bei Alzheimer-Patienten. Die NPI-Daten wurden nach Domänen analysiert. Die Therapie mit Memantine war bei zehn der zwölf getesteten einzelnen Verhaltenssymptome der Plazebo-Therapie überlegen. Ein statistisch signifikanter Nutzen war bei den mit Memantine behandelten Patienten im Vergleich zur Plazebo-Gruppe für die Domänen

Wahnsymptome und Agitiertheit/Aggression feststellbar.

Neben den Verhaltensstörungen führt die Alzheimer-Krankheit zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Alltagsfähigkeiten. Die neue Einzelitem-Analyse der ADCS-ADL19 Skala belegt, dass Patienten, die Memantine (Axura®) erhielten, bei allen bewerteten Einzelitems durchweg ein besseres Ergebnis im Vergleich zur Plazebo-Gruppe erzielten. Diese Wirkung zeigte sich besonders für die Items „einem Gespräch folgen“, „einen Tisch abräumen“ und „Abfall entsorgen“.

Quelle: Specific functional effects of memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. Doody R., Wirth Y., Schmitt F. and Möbius H.J. Dement Geriatr Cogn Disord, in press

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
- ▶ Fresenius Kabi Deutschland GmbH
Dr. Alexander Rehm
61346 Bad Homburg v. d. H.
- ▶ 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
Dr. Richard Sodmann
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.