

GERIATRIE NEWS



Mitgliederzeitung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.

1. Dreiländerkongress Österreich – Schweiz – Deutschland

Vom 3. bis 6. Dezember 2008 findet in Potsdam der 1. Dreiländerkongress der deutschen, österreichischen und schweizerischen Gerontologie- und Geriatrie-gesellschaften statt. Es nehmen folgende Gesellschaften teil:

- ▶ Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG),
- ▶ Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG),
- ▶ Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) und

- ▶ Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG).
- Das Programm wird interdisziplinär geplant und sieht u.a. folgende Themen vor:
- ▶ Was heißt hier Altern? Altersdefinitionen, Altersbilder
 - ▶ Altern verhindern: Prävention oder Anti-Aging
 - ▶ Mechanismen des Alterns
 - ▶ Autonomie und Abhängigkeit
 - ▶ Exzellenz in der europäischen Gerontologie/Geriatrie

- ▶ Demenz: Herausforderung für Wissenschaft und Forschung
- Die Mitgliederversammlung der DGG und der Gesellschaftsabend finden am Donnerstag, den 4. Dezember, statt. ■

Informationen: Reiner Münster, Geschäftsstelle der DGG und gerikomm Media GmbH, Tel. 0 61 22/70 52 36, Fax 0 61 22/70 76 98, eMail: reiner.muenster@t-online.de

Prof. Dr. Harald Mattern in den Ruhestand getreten

Chefarzt Prof. Dr. Harald Mattern ist nach über 18-jähriger Tätigkeit im St.-Marien-Hospital Lünen am 29. Februar 2008 in den Ruhestand getreten.

Am 1. Januar 1990 begann Prof. Mattern seinen Dienst als Chefarzt der Geriatriischen Klinik, Rheumatologie, Frührehabilitation und Physikalische Medizin, die sich damals noch im Aufbau befand. Er sah seine Aufgabe darin, ältere Patienten zu betreuen und sie nach Operationen oder schwerer Krankheit durch intensives Training da-

bei zu unterstützen, dass sie ihr Leben wieder aktiv selbst gestalten konnten. Einen zweiten Schwerpunkt bildeten die Frührehabilitation und Physikalische Therapie. Weiterhin hat Prof. Mattern in Lünen einen eigenen Bereich Rheumatologie mit Rheumaambulanz aufgebaut und sich maßgeblich für die Einrichtung der Geriatriischen Tagesklinik eingesetzt, die 1996 eröffnet wurde. Von 2004 bis 2006 war Prof. Mattern Ärztlicher Direktor des St.-Marien-Hospitals. Außerdem oblag ihm bis zu ▶



Chefarzt Prof. Dr. Harald Mattern



Dr. Harald Günther (l.) und Dr. Andreas Gerlach (r.) übernehmen gemeinsam die Nachfolge

Inhalt

Aktuelle Nachrichten

- ▶ Ignatius Nascher Preis der Stadt Wien für Geriatrie ausgeschrieben
- ▶ Testosteron als Anti-Aging-Hormon durchgefallen
- ▶ 2. Wintertreffen – Altersmedizin
- ▶ Prof. Dr. Dieter Lüttje Vorsitzender des Bundesverbandes Geriatrie
- ▶ Wettbewerb „Alter & Gesundheit“
- ▶ Preis für Hirnforschung in der Geriatrie

[ab Seite 2](#)

HYVET-Studie: Das Ende der Legende von der „physiologischen“ Hypertonie im Alter

[ab Seite 5](#)

Forum Förderkreis:

- ▶ Blasenfunktionsstörungen bei Diabetes
- ▶ Unterstützende Ernährungstherapie verbessert Ernährungszustand
- ▶ „Geriatriische Rehabilitation: Vom Ermessen zur Pflicht – auch für den dementen Patienten“
- ▶ Targin bei starken und sehr starken Schmerzen effektiv wirksam

[ab Seite 8](#)

► seinem Eintritt in den Ruhestand die ärztliche Leitung des Zentral-Krankenpflegeschule Lünen e.V.

Nachfolger von Prof. Mattern sind die beiden Chefärzte Dr. med. Andreas Gerlach und Dr. med. Harald Günther. Dr. Andreas Gerlach ist Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie, Rheumatologie, Labormedizin und Physikalische Therapie und arbeitet seit 1991 im St.-Marien-Hospital. Dr. Günther ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Klinische Geriatrie, Labormedizin und Physikalische Therapie und ist seit 1992 in dem Krankenhaus beschäftigt. ■

Ignatius Nascher Preis der Stadt Wien für Geriatrie ausgeschrieben

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. Bewerbungen können sich Einzelpersonen, Teams und Institutionen. Habilitationsschriften sowie Arbeiten, die bereits mit einem anderen Preis honoriert wurden, dürfen

nicht eingereicht werden. Die Arbeiten sind in deutscher und englischer Sprache zu abzugeben.

Einsendeschluss für den jetzt ausgeschriebenen Preis ist 15. Dezember 2008.

Nähere Informationen sind erhältlich unter Ludwig Boltzmann Institut für Angewandte Gerontologie, Prim. Dr. Katharina Pils, SMZ Sophienspital, Apollogasse 19, 1070 Wien, eMail: ilse.howanietz@wienkav.at ■

Besondere Geburtstage Juni – August 2008*

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

zum 80. Geburtstag

01.07. Dr. med. Winfried Schröer, Reiser Weg 79, 47269 Duisburg

zum 75. Geburtstag

19.07. Dr. med. Helga Streit, Peter-Roos-Str. 20, 40547 Düsseldorf

zum 70. Geburtstag

02.07. Dr. med. Siegmund Theil, Ernst Thälmannstr. 8, 04603 Windischleuba-Pähnitz

03.07. Dr. med. Jürgen Krömer, Kaiserswerther Markt 22-24, 40489 Düsseldorf

12.07. Dr. med. Helmut Sommer, Johann-Simon-Str. 72, 50226 Frechen

16.08. Dr. med. Wolfdieter Bernard, Hugo-Wilderer-Weg 24, 40593 Düsseldorf

zum 65. Geburtstag

06.06. Prof. Dr. med. Josef Phillip, Plantagenweg 30, 85354 Freising

18.06. Prof. Dr. med. Erwin Ott, Auersperggasse 10 a, A-8010 Graz

19.06. Dr. med. Otto Schnell, Kreiskrankenhaus, Feuersteinstr. 2, 91320 Ebermannstadt

20.06. Priv. Doz. Dr. med. Klaus-Michael Koeppen, Leo-Baek-Str. 7, 14165 Berlin

02.07. Helmut Timmermann, Aachener Str. 1191, 50858 Köln

03.07. Dr. med. Karla Schreiter, Wollankstr. 68, 13359 Berlin

08.07. Dr. med. Marita Füzler, Seehausener Str. 48, 13057 Berlin

09.07. Dr. med. Reinhard Buettner, Oberweg 56, 60318 Frankfurt/Main

26.07. Dr. med. Ingo Werner, Villenstr. 9, 23879 Mölln

20.08. Dr. med. Volkher Schulte, Zur Höhe 12, 24955 Harrislee

zum 60. Geburtstag

01.06. Dr. med. Ernst-Stefan Spaeker, Malteser Krankenhaus St. Johannes-Stift, Johannesstr. 21, 47198 Duisburg - Homburg,

02.06. Ursula Böres, Hansaallee 29, 60322 Frankfurt

22.06. Dr. med. Peter Alexander Ihm, Goethestr. 4, 65527 Niedernhausen

23.06. Dr. med. Stefan Krommes, Evangelisches Lukas-Krankenhaus, Zum Lukas-Krankenhaus 1, 48599 Gronau

24.06. Prof. Dr. med. Bernhard Hofferberth, Krankenhaus Lindenbrunn, Lindenbrunn 1, 31863 Coppenbrügge

24.06. Dr. med. Horst Meruna, In der Wölpke 53, 32547 Bad Oyenhausen

06.07. Manfred Strohmaier, AWO Ida-Wolff Geriatriezentrum Neukölln, Juchaczweg 21, 12351 Berlin

13.07. Dr. med. Bärbel Schmidt-Horstkamp, Hirschkampstr. 8, 46147 Oberhausen

17.07. Dr. med. Gerda Nassauer, Zur Aue 5, 35043 Marburg

29.07. Dr. med. Hans Iro, Fachkliniken Hohenurach, Immanuel-Kant-Str. 33, 72574 Bad Urach

01.08. Dr. med. Rosalia Brüggemann, Dernekamp 2, 48249 Dülmen

01.08. Dr. med. Richard A. Daffner, Schulstr. 6, 85056 Rottenburg/Laaber

08.08. Dr. med. Heinrich Bünemann, Kath. Marienkrankenhaus gGmbH, Alfredstr. 9, 22087 Hamburg

13.08. Dr. med. Ulrike Dietrich, Klinkebachstr. 21, 39116 Magdeburg

19.08. Dr. med. Karl Sigl, Weiherfeld 10, 82335 Berg

24.08. Dr. med. Wolfgang Heindl, Huntestr. 3, 26135 Oldenburg

29.08. Dr. med. Karl Grandgeorg, Klinik Niedersachsen, Hauptstr. 59, 31542 Bad Nenndorf

* 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 redaktion@gerikomm.com

Testosteron als Anti-Aging-Hormon durchgefallen

Um ein Nachlassen der Vitalität aufzuhalten, wird Testosteron mitunter als Wundermittel für ältere Männer angepriesen. In einer Studie der Universität Utrecht (Niederlande) ist es für diese Anwendung aber durchgefallen. Die Wissenschaftler verabreichten gesunden Männern zwi-

schen 60 und 80 Jahren das Hormon zweimal täglich. Diese bauten dadurch zwar etwas mehr Muskeln auf, ohne aber an Kraft zuzulegen. Auch positive Einflüsse auf die geistige Fitness blieben aus. ■

Quelle: Apotheken Umschau

Prof. Dr. Dieter Lüttje Vorsitzender des Bundesverbandes Geriatrie

Auf der Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen, die anlässlich der Jahrestagung der am 9./10. April 2008 in Hamburg stattfand, wurde Prof. Dr. Dieter Lüttje – einstimmig – erneut zum Vorsitzenden gewählt. Im Rahmen einer Satzungsänderung erfolgte die Umbenennung der Bundesarbeitsgemeinschaft in den "Bundesverband Geriatrie". Da-

mit ist Prof. Lüttje der erste Vorsitzende des neuen Bundesverbandes Geriatrie. Die Namensänderung soll zum Ausdruck bringen, dass die Geriatrie durch Bundesverband sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich vertreten wird.

Prof. G. Kolb ■

Wettbewerb „Alter & Gesundheit“

Im Rahmen ihres jährlichen Gesundheitswettbewerbes stellt die City BKK in diesem Jahr die Versorgung und Lebensqualität von Menschen im 3. Lebensabschnitt in den Fokus. Der Hintergrund: Die steigende Zahl der Pflegebedürftigen wird in Zukunft die Kapazitäten des Pflegesystems übersteigen, und die medizinischen Versorgung stößt auf Grund der Rahmenbedingungen an ihre Grenzen.

Der diesjährige Gesundheitswettbewerb richtet sich an medizinisches Fachpersonal und alle Personen, Institutionen, Initiativen und Organisationen, die sich der gesundheitlichen und sozialen Betreuung von älteren Menschen widmen. Einsendeschluss für die Bewerbung ist der 31. August 2008. Weitere Informationen sind erhältlich bei Segmenta PR, Tel. 0 40/44 11 30-32, eMail: citybkk@segmenta.de, www.citybkk.de ■

Begrüßung neuer Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- ▶ Dr. med. Robert Brandt, Geriatriische Rehaklinik, Casimir-Katz-Str. 22, 76593 Gernsbach
- ▶ Julia Fürst, Ulmenweg 17, 91054 Erlangen
- ▶ Katarzyna Grune, Köpenickerstraße, 15569 Woltersdorf
- ▶ Dr. med. Stefan Heiduk, Kirchgasse 10, 97274 Leinach
- ▶ Mathias Laurig, St.Vincenz Krankenhaus Limburg,

- Auf dem Schafsberg 1, 65549 Limburg
- ▶ Jens Linderhaus, Hermesstr. 9, 58095 Hagen
- ▶ Dr. med. Sonja Michels, Bleicherhof 19, 40878 Ratingen
- ▶ Anja Teichmann, Löhestr. 7 b, 91054 Erlangen
- ▶ Dr. med. Ulrich Vahle, Ev. Krankenhaus Schwerte GmbH, Geriatrie, Schützenstr. 9, 58239 Schwerte

Stand: 17.06.2008

2. Wintertreffen – Altersmedizin

Am 17. Januar 2009 findet in Essen das 2. Wintertreffen – Altersmedizin statt. Als Themen sind geplant: Demenz und Depression – Gemeinsamkeiten und Unterschiede (Prof. Wiltfang), Alter und Sucht (PD Dr. Schäfer), Autofahren im Alter (Prof. Calabrese) und Urologische Probleme des älteren Diabetikers (Prof. Füsgen).

Nähere Informationen erteilt Dr. med. H. Frohnhofen, Zentrum für Altersmedizin, Kliniken-Essen-Mitte, Knappschafts-Krankenhaus, Am Deimelsberg 34a, 45276 Essen, eMail: h.frohnhofer@kliniken-essen-mitte.de

Preis für Hirnforschung in der Geriatrie

Zum 14. Mal vergibt die Universität Witten/Herdecke den Preis für Hirnforschung in der Geriatrie. Mit diesem Preis sollen herausragende Arbeiten aus den Bereichen der Medizin, Naturwissenschaften, Pharmakologie, Soziologie, Psychologie und Pflege ausgezeichnet werden, die im Bereich der anwendungsbezogenen Forschung und umgesetzten Grundlagenforschung einen we-

sentlichen Beitrag zur besseren Diagnostik, Therapie, Versorgung und Betreuung von geriatrischen Patienten mit Hirnerkrankungen geleistet haben. Der Preis ist von der Firma Merz Pharmaceuticals GmbH in Frankfurt am Main mit 10.000 Euro gestiftet worden und wird kalenderjährlich vergeben.

Ausgezeichnet werden Arbeiten, die – unabhängig von der Nationalität des ▶

► Einsenders – in deutscher Sprache eingereicht werden und aus dem deutschsprachigen Bereich stammen. Die Bewerbungsunterlagen für die Preisvergabe sollten bis zum 30. September 2008 in einfacher Ausfertigung unter einem Kennwort eingereicht werden. Der Na-

me der/des Verfasser/s und die Adresse/n sind in einem verschlossenen, mit dem gleichen Kennwort versehenen Umschlag beizufügen.

Die Unterlagen sind an den Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke, z. H. Prof. Dr. med. I. Füsgen,

Ärztlicher Direktor der Geriatrischen Kliniken St. Antonius, Carnaper Str. 60, 42283 Wuppertal, zu richten.

Die eingereichten Arbeiten werden von einer wissenschaftlichen Jury beurteilt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. ■

Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- **AG Ambulante Geriatrie:** Dr. med. Thomas Hermens, Aapener Weg 8, 46485 Wesel, eMail: Thomashermens@aol.com; Dr. med. Rainer Neubart, Ev. Krankenhaus Gottesfriede GmbH, Schleusenstr. 50, 15569 Woltersdorf, eMail: H.Scherzer@krankenhaus-woltersdorf.de; Dr. med. Albert Standl, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Geriatrie, Leiter des Lehrbereichs Geriatrie in der Allgemeinmedizin an der LMU München, Seybothstr. 12, 81545 München, eMail: AlbertStandl@aol.com
- **AG Diabetes:** Dr. med. Dr. Univ. Rom Andrej Zeyfang, Bethesda Krankenhaus, Geriatriisches Zentrum, Hohenheimer Str. 21, 70184 Stuttgart, e-mail: andrej.zeyfang@bethesda-stuttgart.de
- **AG Ernährung:** Dr. med. Rainer Wirth, Abteilung Akutgeriatrie – St. Marien-Hospital Borken, Am Boltenhof 7, 46322 Borken, eMail: geriatrie@hospital-borken.de
- **AG Gefäßkrankungen/Angiologie:** Dr. med. Ch. Ploenes, Dominikus-Krankenhaus Düsseldorf-Heerdter GmbH, Am Heerdter Krankenhaus 2, 40549 Düsseldorf, eMail: ploenes@dominikus.de; Dr. Thomas Heimig, Krankenhaus St. Barbara Attendorn, Geriatriische Abteilung, Hohler Weg 9, 57439 Attendorn
- **AG Geriatrie und Pflege:** Vorsitzender: Dr. R. Thiesemann, Marien-Krankenhaus Dr. Robert-Koch-Str.18 51465 Bergisch Gladbach, eMail: ruediger.thiesemann@mkh-bgl.de
- **AG Geriatriische Dermatologie:** Dr. med. Th. Dirschka, Schuchardstr. 15, 42275 Wuppertal, Tel.: 02 02/55 56 56, eMail: drdirschka@aol.com
- **AG Infektiologie:** Prof. Dr. B. R. Ruf, Städtisches Krankenhaus St. Georg, 2. Klinik für Innere Medizin, Delitzscher Str. 141, 04129 Leipzig, eMail: Bernhard.Ruf@sanktgeorg.de
- **AG Kardiologie:** Prof. Dr. R. Hardt, Kath. Klinikum Mainz, St. Hildegardis-Krankenhaus, Hildegard-Str. 2, 55131 Mainz, eMail: Geriatrie@kkmainz.de; Dr. R. Hubmann und Prof. Dr. E. Lang, Carl-Korth-Institut, Rathsbergerstr. 10, 91054 Erlangen
- **AG Neurologie:** Prof. Dr. P. Vierregge, Klinik für Neurologie, Klinikum Lippe-Lemgo, Rintelner Str. 85, 32657 Lemgo, eMail: peter.vierregge@klinikum-lippe.de
- **AG Notfall- und Intensivmedizin:** Dr. Daniela Langner, MHH, Allgemeinmedizin, OE 5441, 30623 Hannover; Dr. H.-J. Heppner, Lehrstuhl für Innere Medizin – Geriatrie der FAU sowie Klinikum Nürnberg, Medizinische Klinik 2, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg, eMail: heppner@klinikum-nuernberg.de
- **Interdisz. AG Geriatriische 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), eMail: gerald.kolb@bonifatius-lingen.de; Prof. Dr. Carsten Bokemeyer, Direktor der Medizinischen Klinik II (Onkologie/Hämatologie/KTM) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinstr. 52, 20246 Hamburg
- **AG Mobile Geriatriische Rehabilitation:** Dr. med. Rainer Neubart, Ev. Krankenhaus Gottesfriede GmbH, Schleusenstr. 50, 15569 Woltersdorf, eMail: H.Scherzer@krankenhaus-woltersdorf.de
- **AG Onkologie:** PD Dr. K. M. Koeppen, Gallwitzalle 123-143, 12249 Berlin, koeppen@marienkrankenhausberlin.de; Prof. Dr. Dr. G. Kolb, St. Bonifatius Hospital Lingen, Medizinische Klinik, Wilhelmstr. 13, 49809 Lingen, eMail: gerald.kolb@bonifatius-lingen.de
- **AG Palliativmedizin:** Dr. med. Mathias Pfisterer, Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift gGmbH, Klinik für Geriatrie, Landgraf-Georg-Str. 100, 64287 Darmstadt, eMail: pfisterer.mathias@eke-da.de; Dr. med. Christoph Fuchs, Städt. Krankenhaus Neuperlach, Oskar-Maria-Graf-Ring 51, 87377 München; Dr. Mehmet Dumanoglu, Herrenstr. 77, 47665 Sonsbeck
- **AG Pharmakologie:** Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Sellhopsweg 18-22, 22459 Hamburg, eMail: w.renteln-kruse@albertinen.de
- **AG Pneumologie:** Prof. Dr. B. Höltmann, Kreiskrankenhaus Grevenbroich, Von-Werth-Str. 5, 41515 Grevenbroich, eMail: bernhard.hoeltmann@kkn-ne.de; Dr. med. Helmut Frohnhofen, Knappschafts-Krankenhaus Kliniken Essen-Mitte, Klinik für Innere Medizin III: Geriatrie, Am Deimelsberg 24a, 45276 Essen
- **AG Prävention:** Prof. Dr. E. Lang, Carl-Korth-Institut, Rathsbergerstr. 10, 91054 Erlangen, eMail: ELang@t-online.de
- **AG Rheumatologie:** Dr. Th. Brabant, Schwachhauser Heerstr. 54, 28209 Bremen, eMail: TBrabant@sjs-bremen.de
- **AG Schlaganfall:** Dr. R. Neubart, Ev. Krankenhaus Woltersdorf, Schleusenstr. 50, 15569 Woltersdorf, eMail: H.Scherzer@krankenhaus-woltersdorf.de
- **AG Schmerz:** Prof. Dr. R. Hardt, Kath. Klinikum Mainz, St. Hildegardis-Krankenhaus, Hildegard-Str. 2, 55131 Mainz, eMail: Geriatrie@kkmainz.de
- **AG Urologie/Inkontinenz:** Dr. A. Wiedemann, Urol. Abt., Evangelisches Krankenhaus Witten, Pferdebachstr. 27, 58455 Witten, eMail: a.wiedemann@st-augustinus.de; Dr. med. Mathias Pfisterer, Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift gGmbH, Klinik für Geriatrie, Landgraf-Georg-Str. 100, 64287 Darmstadt, eMail: pfisterer.mathias@eke-da.de

HYVET-Studie

Das Ende der Legende von der „physiologischen“ Hypertonie im Alter

Bei der HYVET-Studie handelt es sich um die bislang größte klinische Studie, die ausschließlich Patienten mit einem Alter von über 80 Jahren hinsichtlich der Auswirkungen einer Blutdrucksenkung untersucht hat. Die Ergebnisse bilden einen Meilenstein in der Primärprävention für hochaltrige Patienten.

Was tun bei hypertensiven Blutdruckwerten bei hochaltrigen Individuen? Bis dato war dies auch unter Geriatern eine gerne und oft diskutierte Frage. Obwohl weltweit sicher Millionen Betroffene registriert werden können, ist die Datenbasis bezüglich einer sinnvollen Behandlungsoption bisher vergleichsweise bescheiden gewesen. Nach einer 1999 im LANCET veröffentlichten Metaanalyse [3] zur antihypertensiven Therapie bei über 80-Jährigen ergab sich folgender Befund: Ganze 1.670 Teilnehmer in randomisierten, plazebokontrollierten Doppelblindstudien, davon die Hälfte in aktiven Therapiegruppen. Alle gerne und oft zitierten Studien bei „älteren“ Hypertonikern waren dabei bereits inkludiert (STOP, SYSTEUR, SHEP und einige ältere Studien) [2, 7, 9].

Zwar konnte bereits in der HOPE-Studie für den ACE-Hemmer Enalapril ein prognostischer Vorteil für ein risikobehaftetes Kollektiv herausgearbeitet werden (Diabetes mellitus in Verbindung mit bereits vorbestehenden manifesten Herz-Kreislauf-Erkrankungen), jedoch nicht explizit für ein hochaltriges Patientengut. Gleiches gilt für die kürzlich publizierte ONTARGET-Studie, die mit dem Ziel der Gleichwertigkeit („non-inferiority“) nahezu identische Ergebnisse für den AT 1 Blocker Telmisartan bei günstigerem Nebenwirkungsprofil nachweisen konnte [5, 11].

Es bestand ungeachtet der unsicheren Datenlage aber Konsens darüber, dass auch hochbetagte Hypertoniker/-innen bezüglich der Schlaganfallprophylaxe von einer antihypertensiven Therapie profitieren

können. [4]. Hinsichtlich der Gesamt mortalität unter einer antihypertensiven Therapie wurden jedoch unterschiedliche Ergebnisse diskutiert.

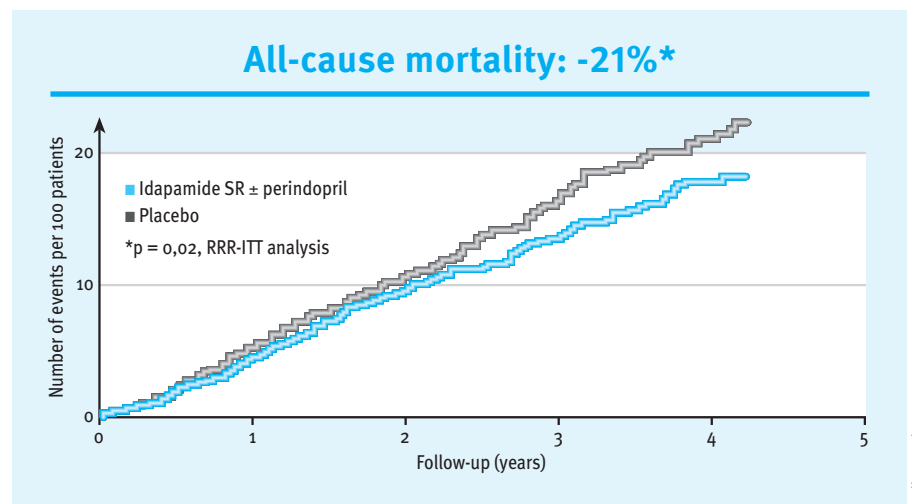
Aufsehenerregend war schließlich eine katamnestiche Studie von Oates et al. („Blood pressure and survival in the oldest old“), die eine größere Überlebenschance für hypertensive Individuen im Vergleich zu eher normotensiven Vergleichsgruppen nachzuweisen schien [6]. Mit großer Spannung durften deshalb die Ergebnisse der HYVET-Studie (Hypertension in the very elderly trial) erwartet werden, in der randomisiert, doppelblind und plazebokontrolliert an annähernd 4.000 Patienten der Effekt einer moderaten antihypertensiven Therapie an über 80-Jährigen untersucht wurde [1].

Studiendesign. Insgesamt 3.854 Patienten mit einem Alter über 80 Jahren und einem systolischen Blutdruck von

160 mmHg oder mehr wurden randomisiert einer antihypertensiven Therapie mit niedrig dosiertem Indapamid („sustained release“ – Formulierung 1,5 mg pro die, ggf. zusätzlich mit dem ACE Hemmer Perindopril, 2 mg bzw. 4 mg) oder einer Therapie mit Plazebo zugeführt. Zielblutdruck war ein Wert von < 150/80 mmHg.

Primärer Endpunkt waren alle („fatal or nonfatal“) Schlaganfallereignisse. Beide Studiengruppen waren bezüglich Alter, Geschlechtsverteilung (60,7% bzw. 60,3% Frauen) sowie prävalenter Morbidität absolut vergleichbar. Das mittlere Alter betrug 83,6 bzw. 83,5 Jahre. Sekundäre Endpunkte waren Gesamt mortalität, kardiovaskuläre Mortalität sowie kardiale Ereignisse. Alle primären und sekundären Endpunkte unterlagen der Kontrolle durch ein unabhängiges Komitee. Design und Durchführung der Studie ergeben insgesamt keinen Anlass zur Kritik.

Ergebnisse. Die Ergebnisse der HYVET-Studie sind in jeder Beziehung beeindruckend: In Bezug auf alle primären und sekundären Endpunkte ergab sich ein deutlicher und signifikanter Vorteil für ▶



► die aktiv behandelten Patienten, von denen nach zwei Jahren jeweils zu ca. einem Viertel der Fälle Indapamid alleine (25,8%) oder in Kombination mit Perindopril (2 mg) erhielten (23,9%) und annähernd die Hälfte der Patienten (49,5%) die Kombination aus Indapamid und 4 mg Perindopril.

Die Hazard-ratio für die Verumgruppe betrug für den primären Endpunkt (tödliche und nichttödliche Schlaganfälle) 0,7 (95% CI: 0,49-1,01, $p = 0,06$) und für die Gesamtmortalität 0,79 (95% CI: 0,65-0,95, $p = 0,02$), entsprechend einer relativen Risikoreduktion um 30% bzw. 21%.

In der Verumgruppe waren insgesamt 51 Schlaganfälle aufgetreten, in der Placebo-

12,9 mmHg, verglichen mit 14,5 bzw. 6,8 mmHg in der Placebogruppe.

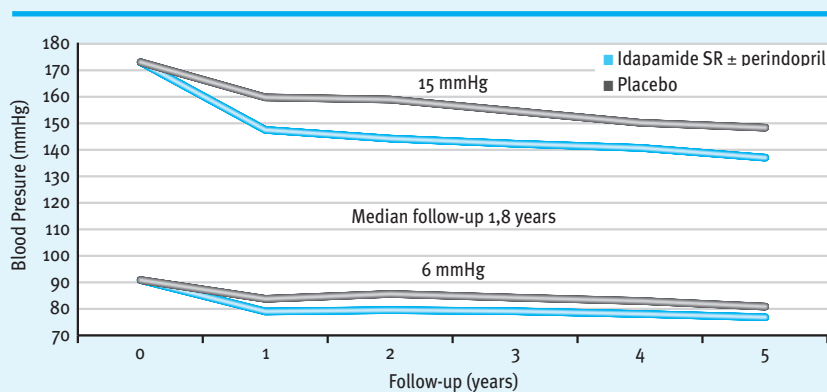
Die Kaplan-Meyer-Kurven belegen einen positiven Effekt der antihypertensiven Therapie innerhalb des 1. Jahres der Behandlung. Die per-protocol-Analyse ergab eine relative Risikoreduktion bezüglich des Schlaganfalles um 34% (95% CI 5-55, $p = 0,03$), bezüglich des Auftretens einer Herzinsuffizienz um 72% (95% CI 52-83, $p < 0,001$). Das Risiko für kardiovaskuläre Todesfälle wurde um 27% reduziert (95% CI 3-45, $p = 0,001$), das Todesfallrisiko gleich welcher Ursache um 28% (95% CI 12-41, $p = 0,001$) und das Risiko an einem Schlaganfall zu versterben um 45% (95% CI 7-65, $p = 0,02$).

genden Studien werden sich, sei es mit dem Ziel des Nachweises der Gleichwertigkeit („Non inferiority“) oder einer Überlegenheit des antihypertensiven Therapierregimes an der HYVET-Studien Medikation messen müssen. Bemerkenswert ist dabei der positive Effekt einer antihypertensiven Therapie mit einem Diuretikum aus der Thiazidgruppe, das in der gewählten Dosierung und Formulierung („Sustained release“) kaum nachweisbare diuretische Effekte aufweist, ein deutlicher prognostischer Effekt erzielt werden kann. Dies erinnert an die Ergebnisse der ALLHAT Studie mit positivem Wirksamkeitsnachweis für das Diuretikum Chlortalidon (bei allen bekannten methodischen Schwächen der ALLHAT Studie). Bemerkenswert ist jedoch die Tatsache, dass die positiven Effekte hinsichtlich der primären und sekundären Endpunkte bei 75% der behandelten Patienten mit einer Kombination mit dem ACE Perindopril erzielt wurden, bei 50% der gesamten aktiv Behandelten mit der 4-mg-Dosierung. Eine ähnliche Prognoseverbesserung durch die Kombinationstherapie mit Indapamid/Perindopril war, allerdings in einem sekundärpräventiven Studiendesign bereits in der Progress-Studie nachgewiesen worden [8].

Geradezu sensationell erscheinen die positiven Effekte hinsichtlich der Vermeidung der Herzinsuffizienz, einer Erkrankung, die sich angesichts der hohen Prävalenz der arteriellen Hypertonie im geriatrischen Patientengut epidemisch ausbreitet und bei stationären Patienten eine Prävalenz bis über 50% erreicht [10, 12].

Insgesamt ist mit der HYVET-Studie ein weiterer Meilenstein in der Primärprävention, auch für hochaltrige Patienten gesetzt. Therapeutischer Nihilismus bezüglich der arteriellen Hypertonie ist auch bei Hochbetagten nunmehr in keiner Weise mehr zu rechtfertigen. Angesichts des in der vorgestellten Studie eher moderaten Behandlungszieles (RR < 150 mmHg systolisch) kann auch von unrealistischen Therapiezielen keine Rede mehr sein. Angesichts der hohen Zahl von betroffenen Individuen (bis über 60% manifest hypertensive Individuen im geriatrischen Patientengut) sind große Anstrengungen ►

Blood pressure separation



gruppe 69 Ereignisse; 27 vs. 42 Patienten waren daran gestorben. Insgesamt waren im Beobachtungszeitraum 196 (Verum) vs. 235 Patienten (Placebo) verstorben. Die Number needed to treat betrug für den primären Endpunkt (Verhinderung eines Schlaganfallereignisses) 94 behandelte Patienten.

Gleichsinnige Ergebnisse ergaben sich für kardiovaskuläre Ereignisse, Myocardinfarkte, Herzinsuffizienz und kardiovaskuläre Todesfälle.

Bemerkenswert ist, dass diese Effekte durch eine vergleichsweise moderate Blutdrucksenkung erzielt werden konnten. In der Intention-to-treat Analyse ergab sich für die aktive Behandlungsgruppe eine Senkung des systolischen Blutdruckes um durchschnittlich 29,5 sowie des diastolischen Blutdruckes um durchschnittlich

Keinerlei signifikante Unterschiede ergaben sich hinsichtlich der Laborkontrollen (Serum-Kalium, Glukose, oder Serum-Kreatinin). Unerwünschte Ereignisse traten in der Placebogruppe signifikant häufiger als in der Verumgruppe auf (448 vs. 358). Insgesamt wurde von den Untersuchern nur bei fünf Ereignissen (3 Placebo-, 2 Verummedikation) ein Zusammenhang mit der Studienmedikation vermutet.

Auf Grund der überragenden Ergebnisse, insbesondere der in diesem Ausmaß nicht zu erwartenden Senkung der Gesamtmortalität dürfte die HYVET-Studie, auch und insbesondere in einer hochaltrigen Studienpopulation die letzte, ethisch vertretbare placebokontrollierte Studie zum Benefit einer antihypertensiven Therapie gewesen sein. Alle nachfol-

ANZEIGE

► von Nöten, um die positiven Studienergebnisse in einen Benefit für eine breite Patientengruppe umzusetzen. Mit der in der aktiv behandelten Studiengruppe erfolgreichsten Kombination von retardiertem („sustained release“) Indapamid und niedrig dosiertem ACE-Hemmer (Perindopril) steht eine verträgliches und nebenwirkungsarmes Kombipräparat zur Verfügung.

Die Faustformel: „Lebensalter plus 100 mmHg“ für einen tolerablen systolischen Blutdruck ist damit endgültig reif für die Galerie besonders hartnäckiger Irrtümer in der Medizingeschichte.

Prof. Dr. Roland Hardt, Mainz ■

Literatur:

1. Beckett NS et al. for the HYVET Study Group: Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *The New England Journal of Medicine* 2008; 358: 1887-1898
2. Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L, Schersten B, Ekbom T, Wester PO: Morbidity and mortality in the swedish trial in old patients with hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991; 338: 1281-5
3. Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP et al.: Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 1999; 353: 793-6
4. Hardt R: Rationale antihypertensive Therapie – Auch über 80-jährige profitieren *Geriatry Journal* 2000; 1: 21-22
5. Heart Outcomes prevention evaluation study investigators: Effects of Ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE Study and MICRO-HOPE sub-study. *Lancet* 2000; 355: 253-9. (Erratum, *Lancet* 2000; 356: 860)
6. Oates DJ et al.: Blood pressure and survival in the oldest old. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 383-8
7. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension in the elderly program (SHEP). *JAMA* 1991; 265: 3255-64
8. PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358: 1033-41. (Errata, *Lancet* 2001; 358: 1556, 2002; 359: 2120)
9. Staessen JA, Fagard R, Thijs L et al.: Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension: the systolic hypertension in europe (Syst-Eur) trial investigators. *Lancet* 1997; 350: 757-64
10. Stewart S, MacIntyre K, Capewell S, McMurray JJ: Heart failure and the aging population: an increasing burden in the 21st century? *Heart* 2003; 89: 49-53
11. The ONTARGET Investigators. Telmisartan, Ramipril or both in patients at high risk for vascular events. *The New England Journal of Medicine* 2008; 358: 1547-1559
12. Schilling S, Pollmeier G.K., Hardt R: Einflussfaktoren und Ergebnisse Geriatrischer Rehabilitation. *Geriat. Forsch.* 1998; 8: 123-6

Blasenfunktionsstörungen bei Diabetes

Blasenfunktionsstörungen mit oder ohne Harninkontinenz gehören in den westlichen Industrienationen zu den häufigsten Alterskrankheiten: Allein in Deutschland sind 11% der über 60-Jährigen von einer behandlungs- und versorgungsbedürftigen Harninkontinenz betroffen, bei den über 80-Jährigen sind es sogar nahezu 30%. Als Ursache hierfür werden u.a. Mobilitätsverlust durch Krankheit oder Unfall, nachlassende Leistungsfähigkeit der Gehirnfunktion – bedingt etwa durch Schlaganfall oder Morbus Parkinson –, Degenerationsprozesse der Harnblase, Schließmuskelschwäche oder chronische Harnwegsentzündungen diskutiert. Dabei ist bisher relativ wenig über den Zusammenhang von Diabetes-bedingten Funktionsstörungen des unteren Harntraktes und Inkontinenz bekannt.

Während die Erektile Dysfunktion als Diabetes-Komplikation des Mannes unumstritten ist, liegen für den Zusammenhang von Diabetes und Inkontinenz nur wenige Erkenntnisse vor – obwohl der untere Harntrakt in unmittelbarer anatomischer Nähe zu den Geschlechtsorganen liegt und eine verwandte Nervenversorgung besitzt.

Eine Fülle von Einzelbefunden deutet aber darauf hin, dass es bei Diabetes mellitus auf mehreren Ebenen zu Störungen in der Harnblasenspeicher- und Entleerungsfunktion kommen kann. Diskutiert werden u.a. Zellgifte als „oxidativer Stress“ für die Detrusormuskulatur, degenerative Vorgänge bei der autonomen Nervenversorgung der Harnblase, Defekte des Detrusors selbst oder Veränderungen an den Rezeptoren bzw. Rezeptorsystemen.

In den wenigen Untersuchungen, die sich mit der diabetogenen Blasenfunktionsstörung beschäftigen, wird übereinstimmend festgestellt, dass bei langjährigem Diabetes mellitus zwei ganz unterschiedliche Störungen der Harnblasenspeicher- bzw. Entleerungsfunktion auftreten: einmal die Überaktive Blase und zum anderen eine Blasenatonie. Ob es sich dabei um verschiedene Erkrankungen oder eine einheitliche Erkrankung

handelt, die in verschiedenen Phasen abläuft, ist bisher noch unklar.

Blasensymptome ein bei Diabetikern

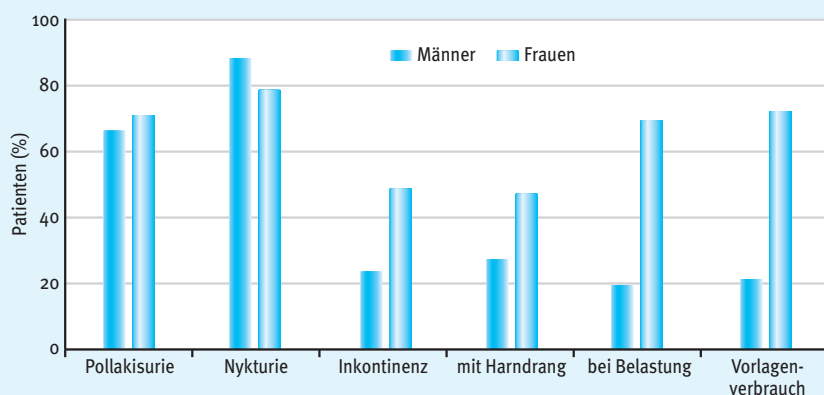
Bisher existieren nur wenige Daten zur Inzidenz von Blasensymptomen bei Diabetikern. In älteren Untersuchungen werden diese aber – abhängig von der Diabetesdauer – von bis zu 50% der Diabetiker angegeben. In der aktuellen Wittenener Diabeteserhebung [2] an über 4.000 Typ-2-Diabetikern mit einer mittleren Diabetes-Dauer von 8,8 Jahren und einem durchschnittlichen Alter von 67,4 Jahren gaben insgesamt 67,9% der Befragten „lower urinary tract symptoms“ („LUTS“), Beschwerden, die den unteren Harntrakt betreffen, an. Die Inzidenz von LUTS bei Männern mit Diabetes mellitus Typ 2 betrug im Gesamtkollektiv 65,5%, die der Frauen 70,4%. Über eine Inkontinenz berichteten 23,5% der männlichen und 48,5% der weiblichen Patienten. Die Symptome des unteren Harntraktes wurden durch die behandelnden Ärzte am häufigsten einer Überaktiven Blase, seltener einer Belastungs- und Überlaufinkontinenz zugeordnet. Die Befragung zeigt eine höhere LUTS-Inzidenz bei Patienten mit bereits eingetretenen Diabetes-Folgeschäden wie Erektile Dysfunktion, kardiovaskuläre Erkrankungen oder Augenkomplikationen als bei Patienten ohne Diabetes-Folgeschäden.

Ein überraschendes Ergebnis der zitierten Diabeteserhebung ist, dass nicht weniger als 72,1% der befragten Typ-2-Diabetikerinnen und 24,6% der Typ-2-Diabetiker regelmäßig Vorlagen benutzen. Die sich hier abzeichnende Unterversorgung bzw. Selbstversorgung ist insofern kritisch zu sehen, als eine gezielte Behandlung der diabetischen Blasenfunktionsstörungen und ihrer Folgen in vielen Fällen durchaus möglich ist.

Vor diesem Hintergrund wäre es sinnvoll, wenn bei langjähriger Diabetes-Dauer und besonders dem Diabetiker mit bereits eingetretenen Diabetes-Komplikationen routinemäßig nach Miktions-

Häufigkeit von Symptomen des unteren Harntraktes bei 4071 Typ-2-Diabetikern

Wittner-Diabetes-Erhebung, zur Publikation angenommen: Eur J Ger



störungen gefragt würde – idealerweise ergänzt durch entsprechende Basisuntersuchungen.

Therapie und Inkontinenz-Management

Das Inkontinenz-Management ist gerade beim multimorbiden älteren Menschen eine interdisziplinäre Aufgabe, denn neben der ärztlichen Tätigkeit und den physiotherapeutischen Maßnahmen kommt zum Beispiel der pflegerischen Betreuung sowie der Schulung der Patienten, deren Betreuern und Angehörigen, eine besondere Bedeutung zu.

Während zur Behandlung der Harnblasenatonie die Parasympathomimetika eventuell in Kombination mit einem intermittierenden Selbstkatheterismus zur Verfügung stehen, ist eine effektive Therapie der Überaktiven Blase durch die Anticholinergika (synonym: Antimuskarinika) möglich.

Die zurzeit in Deutschland im Handel befindlichen Anticholinergika lassen sich in die so genannten tertiären Amine Oxybutynin, Tolterodin, Propiverin, Darifenacin, Solifenacin und das quartäre Amin Trosipiumchlorid einteilen. Alle Anticholinergika werden in ihrer Wirkung als gleich potent beurteilt: So kam die Cochrane Collaboration zu dem Schluss, dass die anticholinerge Therapie mit allen zur Verfügung stehenden Anticholinergika zu einer statistisch signifikanten Verbesserung von Symptomen führt und mit ei-

ner moderaten Verbesserung der Lebensqualität einhergeht. Auf der Nebenwirkungsseite wird festgehalten, dass es zwar zu einer dreifach erhöhten Quote von Mundtrockenheit kommt, dies aber keinen Einfluss auf die Studienabbruchrate hat. Trosipiumchlorid (Spasmex®) ist allerdings als einziges Anticholinergikum nicht liquorgängig und hat deshalb im Hinblick auf die möglichen zerebralen Nebenwirkungen der anderen Anticholinergika besonderen Vorrang in der Behandlung älterer Patienten. Dass ZNS-Nebenwirkungen von Anticholinergika ein relevantes Problem darstellen, hatte zuletzt Ancelin [1] bei klinisch unauffäl-

ligen Personen nachgewiesen: sie konnte bei 80% der Anticholinergika-einnehmenden Personen eine milde kognitive Einschränkung gegenüber nur 35% der keine Anticholinergika nutzenden Personen feststellen. Trosipiumchlorid kann als einziges quartäres Amin wegen seiner Molekülgröße und seiner Ladung die Blut-Hirn-Schranke nicht in nennenswertem Umfang überwinden. Ein weiterer Vorteil für den Einsatz von Trosipiumchlorid ist, dass keine Metabolisierung vorliegt und deshalb auch keine Interaktionen im Rahmen einer Polypharmakologie zu befürchten sind, wie dies für die tertiären Amine zutrifft.

Bei allen medikamentösen Überlegungen darf aber nicht vergessen werden, dass die Anticholinergikagabe bei der Drang-Inkontinenz nur Teil eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes ist. Nur in Kombination mit physiotherapeutischen und pflegerischen Maßnahmen sind wirklich dauerhafte Erfolge zu erreichen. **kk**

Literatur

- Ancelin ML, Artero S, Portet F, Dupuy AM, Touchon J, Ritchie K. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. *BMJ* 2006 February 25; 332 (7539): 455-9
- Wiedemann, A and Füsgen, I. Urologische Probleme beim älteren Diabetiker. *Eur J Ger* 2008; 2007

Quelle: Dr. R. Pfleger GMBH, Bamberg, www.dr-pfleger.de

Unterstützende Ernährungstherapie verbessert Ernährungszustand

Mangelernährung ist ein weit verbreitetes Problem bei älteren Menschen. Eine Mangelernährung gilt als unabhän-

giger Prognosefaktor für die Mortalität geriatrischer Patienten [1]. Studien zeigen, dass hochkalorische Trinknahrung bei drohender bzw. bestehender Mangelernährung zu einer Verbesserung des Ernährungszustandes und einer Verlängerung der Überlebenszeit führt [2].

Aktuelle Untersuchungen gehen davon aus, dass bis zu 60% der hospitalisierten geriatrischen Patienten [1, 3] und ca. 50% der Bewohner in Altenpflegeein- ▶



► richtungen [4] mangelernährt sind. Verschiedenste Faktoren, wie Kau- und Schluckbeschwerden, beeinträchtigte Hunger- und Sättigungsregulation und Veränderungen der Geschmacks- und Geruchswahrnehmung, führen bei älteren Menschen zu einer verminderten Nahrungsaufnahme und einem unfreiwilligen Gewichtsverlust. Aber auch akute bzw. chronische Krankheiten, Multimedikation und geistige Beeinträchtigungen (Demenz, Verwirrtheit) stellen Risikofaktoren für eine Mangelernährung dar [5]. Meist nehmen Hochbetagte nur kleine Portionen zu sich und essen insgesamt wenig. Die empfohlene Energie- bzw. Proteinzufuhr wird von 56% bzw. 40% der geriatrischen Pa-

tienten nicht erreicht [6]. Bei vielen älteren Menschen ist außerdem die Aufnahme von Mikronährstoffen (z.B. Kalzium, Eisen, Zink, Vitamine A, D, E, C, B6 und Folsäure) nicht ausreichend [6, 7]. Bei diesen Patienten ist eine hohe Energie- und Nährstoffdichte der Ernährung besonders wichtig.

Bei Hinweisen auf bestehende Ernährungsrisiken wird eine frühzeitige enterale Ernährungstherapie empfohlen [2], z.B. mit hochkalorischen Trinknahrungen wie Fresubin® 2 kcal DRINK. Es wird so eine hohe Energie- und Nährstoffzufuhr bei niedrigem Volumen gewährleistet. Studien zeigen, dass hochkalorische Trinknahrung bei geriatrischen Patienten mit unfreiwilligem

Gewichtsverlust und drohender bzw. bestehender Mangelernährung zu einer Verbesserung des Ernährungszustandes und einer Verlängerung der Überlebenszeit führt [2]. ■

Literatur

1. Donini LM et al. Aging Clin Exp Res 2004, 16: 132-138
2. Volkert D et al. Clin Nutr 2006, 25: 330-360
3. Pirlich M et al. Clin Nutr 2006, 25: 563-572
4. European Nutrition for Health Alliance 2006, 1-14
5. Volkert D et al. Aktuel Ernähr Med 2004, 29: 190-197
6. Rudman D et al. J Am Coll Nutr 1995, 14: 604-613
7. Lipski PS et al. Age Ageing 1993, 22: 244-255

Quelle: Fresenius Kabi Deutschland GmbH, 61346 Bad Homburg v. d. H., www.fresenius-kabi.de

„Geriatrische Rehabilitation: Vom Ermessen zur Pflicht – auch für den dementen Patienten“

„Geriatrische Rehabilitation: Vom Ermessen zur Pflicht – auch für den dementen Patienten“ So lautete das Thema des 26. Workshops des

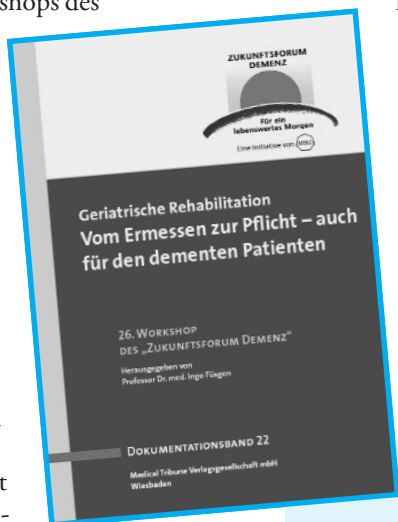
Zukunftsforums Demenz im Waldkrankenhaus St. Marien in Erlangen unter der Leitung von Prof. Dr. med. Ingo Fügen. Der zugehörige Dokumentationsband Nr. 22 ist nun erschienen.

Viele sind mit der Gesundheitsreform nicht unbedingt zufrieden. Aber zumindest ein Bereich sollte definitiv vom GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) profitieren: die medizinische Rehabilitation und hier insbesondere die geriatrische Reha.

Bislang vertraten viele Krankenkassen den Standpunkt, die Rehabilitation sei eine Ermessensfrage, weil sie nicht in den Risikostrukturausgleich mit ein-

bezogen worden sei. Das benachteilige insbesondere demente Patienten, denn immer noch stehen inzwischen überholte Aussagen im Raum, demente Patienten seien nicht zu rehabilitieren – und wenn, dann nur bei erheblichen Kosten. Dass Demenzpatienten sehr wohl erfolgreich rehabilitierbar sind, das wurde auf diesem Workshop unter anderem durch eine von Prof. Annette Welz-Barth vorgestellte Untersuchung deutlich (Tab. 1).

Vertreter aus verschiedenen Bereichen der Versorgung stellten weitere interessante Daten, Analysen und Modelle vor, die im Dokumentationsband zusammengefasst sind. Der Dokumentationsband „Geriatrische Rehabilitation: Vom Ermessen zur Pflicht – auch für den dementen Patienten“ umfasst 76 Seiten und ist telefonisch unter 0 69 / 15 03-3 48 bzw. gegen einen adressierten, mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlag beim Zukunftsforum Demenz, Eckenheimer Landstr. 100, 60138 Frankfurt/Main anzufordern oder unter www.zukunftsforum-demenz.de als PDF-Datei abzurufen.



Tab. 1: Testergebnisse vor und nach geriatrischer Rehabilitation

	Aufnahme	Entlassung	Normalwert
Barthel-Index	51	75	> 70 Punkte
Uhrentest	4,3	2,6	< 4 Punkte
MMSE nach Folstein	23	26	> 24 Punkte
SKT	14	8	< 4 Punkte
GDS	29% ≥ 5 Punkte		≥ 5 Punkte

Das Zukunftsforum Demenz hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung der Demenzerkrankten in Deutschland zu verbessern, um ihnen möglichst lange ein würdevolles und – entsprechend ihren noch vorhandenen Fähigkeiten – erfülltes Leben zu ermöglichen. Das Zu-

kunftsforum Demenz ist eine Initiative der Firma Merz. ■

Quelle: Ulrike Karberg, Merz Pharmaceuticals GmbH, 60318 Frankfurt, www.merz.de

Targin bei starken und sehr starken Schmerzen effektiv wirksam

Nach aktuellen epidemiologischen Untersuchungen haben in Deutschland zwischen 7,5 und 15 Mio. Menschen chronische Schmerzen. „Die medikamentöse Schmerztherapie stellt höchste Anforderungen an die schmerztherapeutische Qualifikation und Erfahrung“, betont Dr. Thomas Nolte, Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden, auf einem von Mundipharma unterstützten Symposium im Rahmen des Deutschen Schmerztages in Frankfurt. Die Auswahl des Opioids nach dem individuellen Patientenprofil sowie die weitgehende Nebenwirkungsfreiheit sind, so der Schmerzexperte, wichtige Voraussetzungen, um von Anfang an die Compliance des Patienten zu sichern. „Die ideale Basismedikation für Patienten mit starken Schmerzen bei degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen, Arthrose- und Osteoporoseschmerzen sowie Tumorschmerzen ist Targin[®]“, ergänzt Dr. Peter Ahrens, Aller-Weser-Klinik Verden. „Denn die fixe Kombination aus Oxycodon und Naloxon ist analgetisch hochpotent und nebenwirkungsarm. Naloxon blockiert die Opioid-Rezeptoren im Magen-Darm-Trakt, verhindert, dass Oxycodon dort andocken kann und beugt damit einer Obstipation vor.“

Studie: Wirksamkeit und Lebensqualität durch Targin

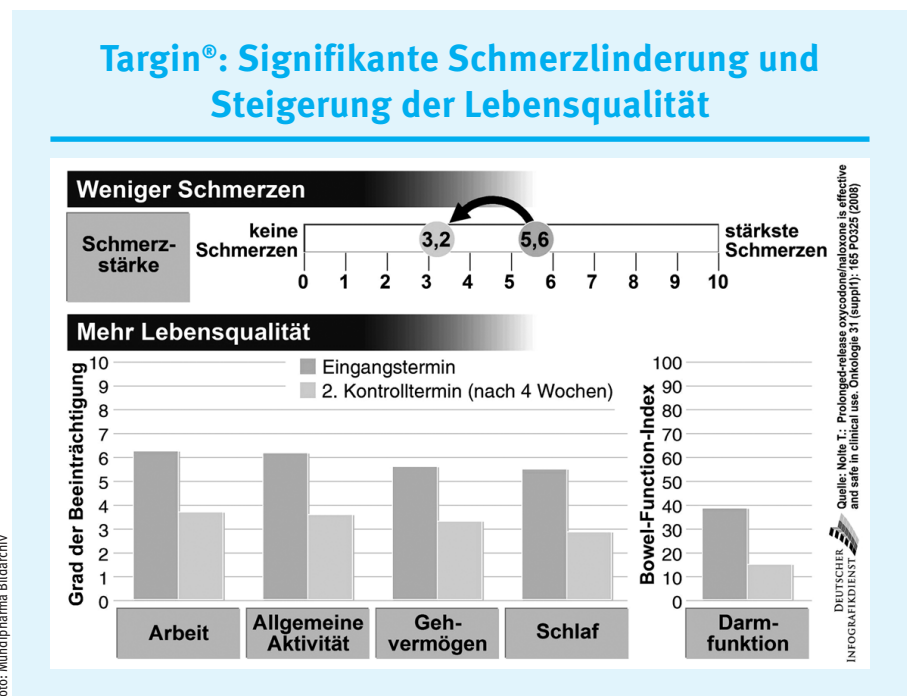
Die Wirksamkeit und Sicherheit dieser seit Oktober 2006 erhältlichen Fix-Kombination bestätigt eine nicht interventionelle Studie mit 7.836 Patienten, die starke Schmerzen unterschiedlichen Ursprungs hatten. Drei Viertel der Probanden waren analgetisch vorbehandelt, 39% mit schwachen und 36% mit

starken Opioiden. Die Mehrzahl der Patienten wurde zu Beginn der Studie auf zweimal 10/5 mg Oxycodon/Naloxon eingestellt und die durchschnittliche Tagesdosis im Verlauf der Studie auf 27,3 mg erhöht. Nach vierwöchiger Therapie mit Targin reduzierte sich die Schmerzstärke signifikant von NRS 5,6 auf 3,2. Auch die Beeinträchtigung der Lebensqualität, gemessen an Parametern wie Aktivität, Schlaf, Stimmung oder Beziehung zu anderen Menschen und des daraus resultierenden

Summenscores (0 = keine Einschränkung, 10 = stärkste Einschränkung), nahm während der vierwöchigen Beobachtungszeit deutlich ab: Der Summenscore fiel von 40,6 auf 23,2. Die Darmfunktion der Patienten verbesserte sich um 60%. In der Abschlussbeurteilung bewerteten über 84% der Ärzte und der Patienten die Wirksamkeit und Verträglichkeit mit „sehr gut“ und „gut“. „Diese Ergebnisse aus der Praxis ergeben eine positive Nutzen-Risiko Bewertung für den breiten Einsatz von Oxycodon und Naloxon und bestätigen die bisher erhobenen klinischen Daten“, so das Fazit von Nolte.

Targin ist nicht austauschbar

„Solche etablierten Behandlungserfolge müssen bewahrt werden“, betont Dr. Michael Überall vom Institut für Qualitätssicherung in Schmerztherapie & Palliativmedizin und dem Institut für Neurowissenschaften, Algesiologie und Pädiatrie, Nürnberg. Denn dass ein Wechsel des Medikaments chronisch ▶



Die fixe Kombination aus retardiertem Oxycodon und retardiertem Naloxon ist die optimale Basismedikation für die Therapie starker und sehr starker Schmerzen. Das zeigt eine interventionelle Studie mit 7.836 Patienten: Nach vierwöchiger Therapie mit Targin reduzierte sich die Schmerzstärke signifikant von NRS 5,6 auf 3,2. Die Lebensqualität nahm um 43% zu. Die Darmfunktion verbesserte sich durch den Opioid-Antagonisten Naloxon um etwa 60%.

► Schmerzkranken erheblich psychosozial beeinflusst, zeigt eine Querschnittsbefragung von mehr als 600 Patienten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. (DGS) und der Deutschen Schmerzliga e.V. (DSL): Die Patienten wurden während ihrer Therapie auf ein Oxycodon-haltiges Generikum umgestellt. Zirka ein Drittel gab an, ausschließlich Kostengründe hätten zu dieser Umstellung geführt. Weiterhin beklagten sie mangelnde Informationen über die neue Therapie sowie eine schlechtere Wirksamkeit und Verträglichkeit. Besonders kritisch war die Verschlechterung der analgetischen Behandlungsqualität bei den initial mit Targin behandelten Patienten. Über 90% waren weniger zufrieden mit der analgetischen Wirksamkeit. Die Schmerzintensität nahm bei 61% der Probanden zu. Die Lebensqualität reduzierte sich bei 64%. „Für Targin existiert kein ver-

gleichbares Generikum. Targin-Patienten aus ökonomischen Aspekten auf einen reinen Opioidagonisten umzustellen, ist deshalb ein Fehlverhalten“, so das Fazit von Überall. ■

Literatur

1. Nolte T.: Prolonged-release oxycodone/naloxone is effective and safe in clinical use. *Onkologie* 31 (suppl): 165 PO325 (2008)
2. Symposium „Aktuelle Herausforderungen der differenzierten Therapie starker Schmerzen“, veranstaltet von Mundipharma am 8. März 2008 im Rahmen des 19. Deutschen interdisziplinären Schmerzkongresses (Deutscher Schmerztag), Frankfurt am Main
3. Überall M.: Überall M. A.: IQISP-Gutachten (Fokusgruppe Oxycodon-haltige WHO-III Opiode) Querschnittsbefragung zu den psychosozialen Folgen einer Umstellung von Originalpräparaten auf Generika bei chronisch schmerzkranken Menschen im Rahmen einer stabilen/zufrieden stellenden Behandlungssituation, 2008, Data on file

Quelle: *Mundipharma Vertriebsgesellschaft, Limburg a.d. Lahn, www.mundipharma.de*

Mitglieder des Förderkreises der

Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- Astellas Pharma GmbH
Dr. U. Eggert
Berg-am-Laim-Str. 129,
81673 München
- Dr. R. Pflieger
Chemische Fabrik GmbH
Thomas Leufgens
Dr.-Robert-Pflieger-Straße 116
96045 Bamberg
- Fresenius Kabi Deutschland GmbH
Dr. Christiane Reiß
Else-Kröner-Straße 1
61352 Bad Homburg v. d. H.
- 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
- Mundipharma Vertriebs
GmbH & Co. KG
Burkhard Blettermann
Mundipharma Straße 6
65549 Limburg/Lahn
- Norgine GmbH
Dr. Richard Sodmann
Im Schwarzenborn 4
35041 Marburg
- Physio Nova GmbH
Hans-Joachim Kleeberg
Im Wolfsgarten 9
91056 Erlangen
- SERVIER Deutschland GmbH
Dr. Clemens Unrast
Westendstraße 170
80686 München
- Trommsdorff Arzneimittel
GmbH & Co.
Thomas König
Trommsdorffstraße 2-6
52475 Alsdorf
- UCB GmbH
Dr. Sigrid Grafflage
Hüttenstraße 205
50170 Kerpen

IMPRESSUM

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

Redaktion: Jola Horschig
(verantwortlich)
Im Kampe 9, 31832 Springe
Tel. 0 50 41 / 98 90 58
eMail: redaktion@gerikomm.com

Herstellung/Grafik: Sabine Löffler
(verantwortlich)

Verlag: gerikomm Media GmbH,
Winzerstr. 9, 65207 Wiesbaden;
Verlagsleitung: Reiner Münster,
Tel. 0 61 22 / 70 52 36,
Fax 0 61 22 / 70 76 98,
eMail: muenster@gerikomm.com

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

Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie: Reiner Münster, Telefon und Telefax wie Verlag

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