

# GERIATRIE NEWS



Mitgliederzeitung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.

## LUCAS – Hamburger Verbundprojekt

Zur „Gesundheit im Alter“ fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) seit 2007 sechs Verbundprojekte. Eines davon ist LUCAS (Longitudinal Urban Cohort Ageing Study). Hierbei wird in sieben Teilprojekten und drei Kohorten älterer Menschen in Hamburg an Fragen zur Gesundheitsförderung, der Vermeidung des Fortschreitens bestehender Erkrankungen und von Komplikationen sowie Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und pflegerischen Unterstützung gearbeitet.

Verbundpartner von LUCAS sind:

- ▶ das Albertinen-Haus Hamburg (AHH)

- ▶ die Freie und Hansestadt Hamburg (FHH)
  - ▶ das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
  - ▶ die Hamburgische Pflegegesellschaft (HPG) und
  - ▶ die Hamburger Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW).
- LUCAS untersucht das normale Altern, wobei die Wechselwirkungen von Verhalten und Gesundheit berücksichtigt werden. Erforscht werden Determinanten des gesunden Alterns und präklinische Anzeichen bzw. Risikofaktoren für drohende funktionelle Verluste. Dafür werden Daten aus der Langzeitkohorte selbstständig lebender älterer Bürger ge-

nutzt. Darüber hinaus wird Mobilität als Schlüsselfaktor für gesundes und erfolgreiches Altern gegenüber der Entwicklung von Gebrechlichkeit, Behinderung und Immobilität im Alter untersucht. Für selbstständig lebende ältere Menschen werden neue Untersuchungsmethoden entwickelt und evaluiert. Sprecher von LUCAS ist Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse, Albertinen-Haus – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Hamburg. ■

## Prof. Dr. Schulz wechselt von der Berliner Charité zur Kölner Uniklinik

Zum 1. Oktober hat Dr. Ralf-Joachim Schulz die Chefarztposition im St. Marien-Hospital Köln übernommen. Darüber hinaus erhält er die erste Professur für Geriatrie an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Für den gebürtigen Mannheimer geht mit dieser Stelle ein lang gehegter Wunsch in Erfüllung: Er kann seine praktische Kompetenz als Facharzt für Geriatrie in die Arbeit des St. Marien-Hospitals im Kunibertsviertel einbringen. Gleichzeitig bleibt er Forschung und Lehre verbunden an der Universität zu Köln.

Ralf-Joachim Schulz durchlief international anerkannte medizinische Ausbildungsstationen: Nach Studium und Pro-

motion in Heidelberg, forschte er an der Harvard Medical School in Boston und wechselte 1995 an die Charité nach Berlin. Hier galt sein besonderes Interesse der Inneren Medizin, speziell der Gastroenterologie. Seine Forschungsschwerpunkte waren außerdem Stoffwechselerkrankungen sowie Ernährungsmedizin.

In den letzten Jahren war Dr. Schulz als Oberarzt am Geriatriezentrum in Berlin tätig. Gleichzeitig blieb er Mitglied der Charité-Forschungsgruppe für Geriatrie.

„Die Altersmedizin ist nicht nur ein wichtiges Fachgebiet, sondern mit Blick auf die demografische Entwicklung unsere Zukunft“, so Professor Schulz. „Leider wurde ▶



Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz

### Inhalt

#### Aktuelle Nachrichten

- ▶ Dr. Ulrich Wedding an der Universität Jena habilitiert
- ▶ 2. Essener Wintertreffen Altersmedizin
- ▶ AG Ambulante Geriatrie
- ▶ Pflegebedarf in alternder Gesellschaft wird nicht zunehmen

ab Seite 2

#### Bundesverband Geriatrie e.V. Interessenvertretung innerhalb der geriatrischen Versorgung

ab Seite 5

#### Forum Förderkreis:

- ▶ Weniger Infarkte durch Verringerung der Herzfrequenz
- ▶ Mehr Leistungen für Demenzkranke und betreuende Angehörige
- ▶ Therapie der Demenz: Multiprofessionell und integrativ
- ▶ SAPV erleichtert effektive ambulante Analgesie für Tumorpatienten
- ▶ Schmerz- und Palliativmedizin: Obstipation vermeiden

ab Seite 9

► auf diesem Gebiet in der Vergangenheit zu wenig Forschung betrieben, was sich auf künftige Diagnose- und Therapiemöglichkeiten bei einer überalterten Gesellschaft auswirkt.“ Mit der neu geschaffenen Stelle wollen die Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria als Träger des

St. Marien-Hospitals und die Uniklinik eine neue Qualität in Forschung und Behandlung für Menschen in und um Köln ermöglichen.

„Für mich ist die Geriatrie der Schlussstein in einem Torbogen“, verbildlicht Schulz die Stellung seines Metiers. „Sie

ist als übergreifende Fachrichtung grundlegend auf die anderen medizinischen Disziplinen angewiesen. Gleichwohl ist sie das Bindeglied, um die Versorgung um den alten Menschen rund zu machen.“ Dies entspricht dem Netzwerkgedanken des St. Marien-Hospitals. ■



## Dr. Ulrich Wedding an der Universität Jena habilitiert

Dr. Ulrich Wedding, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und Mitglied der Arbeitsgruppe Geriatrie Onkologie in der

DGG/DGHO, hat sich im Fach Innere Medizin an der Fakultät der Universität Jena habilitiert und wurde zum Privat-Dozenten ernannt.

Dr. Wedding hat an den Universitäten Innsbruck, Bochum und Heidelberg studiert und zur „Zellulären Immunreaktion bei Patienten mit kolorektalem Karzinom im Verlauf einer aktiven spezifischen Immuntherapie mit einer autologen Tumorzelle“ promoviert. Im Rahmen seiner klinischen Tätigkeiten

arbeitete er an der Medizinischen Klinik IV sowie an der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II Heidelberg, seit 2002 ist am Universitätsklinikum Jena tätig. Hier war er zunächst Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II und Oberarzt der Klinik für Geriatrie.

Seit November 2008 ist er kommissarischer Direktor der Abteilung Palliativmedizin.

Im letzten Jahr wurde Dr. Wedding mit dem erstmals ausgeschriebenen Förderpreis Geriatrie Onkologie ausgezeichnet. ■

## 2. Essener Wintertreffen Altersmedizin

Am 17. Januar 2008 führen die beiden geriatrischen Kliniken in Essen und die Geriatrie Akademie e.V. Essen im Blumenhof im Gruga-Park das 2. Essener Wintertreffen Altersmedizin durch. Die Veranstaltung berührt Grenzbereiche zwischen den einzelnen Fachdisziplinen und zeigt auf, wie wichtig die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der altersmedizi-

nischen Versorgung ist. Das Wintertreffen ist von der Ärztekammer Nordrhein zertifiziert und mit 4 Punkten bewertet.

Informationen: Dr. med. H. Frohnhofen, Zentrum für Altersmedizin, Kliniken-Essen-Mitte, Knappschaftskrankenhaus, Am Deimelsberg 34a, 45276 Essen, eMail: h.frohnhofen@kliniken-essen-mitte.de ■

## Besondere Geburtstage Januar – März 2009\*

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

### zum 80. Geburtstag

15.02. Prof. Dr. med. Benno König, Prunkgasse 9, 55126 Mainz-Finthen

### zum 75. Geburtstag

08.03. Theo Höpping, Im Petthesgarten 7, 64331 Weiterstadt  
30.03. Charlotte Friedrichs, J.-R.-Becher-Str. 8, 14478 Potsdam

### zum 70. Geburtstag

15.01. Dr. med. Jörg-Dieter Summa, Am Vogelherd 10, 90587 Obermichelbach-Rothenberg  
24.02. Karin Biastoch, Paderborner Str. 1, 10709 Berlin

### zum 65. Geburtstag

29.01. Dirk Matzies, Wormser Weg 3, 40229 Düsseldorf  
07.02. Dr. med. Dietrich Neveling, Christian-Winck-Weg 11 a, 94469 Deggendorf  
28.02. Dr. med. H.-J. Petersen, Alte Dorfstr. 3, 23869, Elmenhorst  
20.03. Dr. med. Wolfgang Buechele, Hans-Sachs-Str. 9/1. Stw., 80469 München

### zum 60. Geburtstag

28.01. Dr. med. Matthias Paschke, Albertinen-Haus, Geriatrie Klinik, Sellhopsweg 18-22, 22459 Hamburg  
30.01. Dr. med. Wolfgang Hoenmann, Oeserstr. 31, 65934 Frankfurt  
16.02. Dr. med. Erwin Grom, Krankenhaus Dr. Lay GmbH, Brunngrasse 1, 79235 Vogtsburg

19.02. Dr. med. Gert Vetter, Schneckenhofstr. 29, 60596 Frankfurt/M.  
21.02. Dr. med. Christoph Garner, KWA Klinik Stift Rottal, Max-Köhler-Str. 3, 94086 Griesbach im Rottal  
22.02. Heinz-Willi Voss, Hessenallee 9 a, 14052 Berlin  
17.03. Dr. med. Manfred Krüttgen, Rungestr. 1 a, 51061 Köln-Flittard  
19.03. Prof. Dr. med. Hanfried Mielke, Johannesstift, Schildescher Str. 99, 33611 Bielefeld  
25.03. Dr. med. Karl-Heinz Müller, Geriatrie Reha Klinik Mühlacker, Bäckerstr. 30, 31683 Obernkirchen

\* 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](mailto:redaktion@gerikomm.com)

## AG Ambulante Geriatrie

In den Jahren 2007 und 2008 wurden in der Arbeitsgemeinschaft (AG) „Ambulante Geriatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) schwerpunktmäßig folgende Themen diskutiert und mit Leben gefüllt.

### Bundeseinheitliches Curriculum „Ambulante geriatrische Rehabilitation“

Bei mehreren Treffen in Berlin konnten unter der Leitung von Dr. Burkhard John zusammen mit Vertretern des Hausärzterverbandes Themenschwerpunkte des bundeseinheitlichen Curriculums festgelegt werden, da zuvor mehrere Curricula bestanden. Geplant ist ein einheitlicher Basisfoliensatz, der zur Zeit von den beteiligten Kollegen noch gesichtet wird. Vorgesehen ist die Durchführung des Curriculums in vier Blöcken an unterschiedlichen Standorten in Deutschland, um damit geriatrisch interessierten Hausärzten oder Fachärzten die Möglichkeit zu geben, sich qualifiziert fortbilden zu können.

Die AG würde die bundesweite Etablierung von geriatrischen Schwerpunktpraxen (Kollegen mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Geriatrie“, der Weiterbildung „Geriatrie“ oder nach der Teilnahme an dem Curriculum „Ambulante geriatrische Rehabilitation“ sollten eine solche geriatrische Schwerpunktpraxis führen dürfen!!!) begrüßen, um flächendeckend eine Verbesserung der

ambulanten Versorgung der älter werdenden Bevölkerung zu erzielen. Die geriatrischen Schwerpunktpraxen könnten die hausärztlichen Kollegen bei ihrer täglichen Arbeit mit den geriatrischen Patienten sinnvoll unterstützen.

### Etablierung von geriatrischen Ziffern im EBM

Auf Grund eines Antrages von Prof. Albert Standl an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zwecks Etablierung spezifischer geriatrischer Ziffern im EBM trafen sich im August 2008 auf Einladung vom KBV-Vorsitzenden Dr. Carl-Heinz Müller die Kollegen Standl, Hermens und John in Berlin in der KBV. Nach einem sehr offenen und konstruktiven Gespräch wurden von der AG noch einige Ergänzungen eingereicht und in einem Schreiben vom Oktober 2008 berichtet die KBV darüber, dass aufgrund

der diskutierten Änderungsvorschläge erste Entwürfe zu diesem Thema erarbeitet würden. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten. Bei Neuigkeiten werden wir umgehend an dieser Stelle darüber berichten.

### Liste niedergelassener Geriater Deutschlands

Der Kollege Thomas Hermens erstellt zurzeit eine Liste mit allen niedergelassenen Geriatern Deutschlands inkl. ihrer Betätigungsfelder in der Praxis. Über seine Erfahrungen hat er auf dem Geriatriekongress in Potsdam berichtet.

### Bundestreffen der niedergelassenen Geriater 2009

Die Kollegen Standl und Hermens planen für das Jahr 2009 das erste Treffen interessierter niedergelassener Geriater. Anfang 2009 werden wir an dieser Stelle über die Eckdaten zu diesem Treffen informieren. **TH ■**

## Pflegebedarf in alternder Gesellschaft wird nicht zunehmen

Auch wenn mehr Menschen sehr alt werden, nimmt der Pflegebedarf nicht beständig zu. Das ist das Ergebnis einer deutsch-dänischen Studiengruppe um den Bevölkerungsforscher J. Vaupel vom Max-Planck-Institut für demografische Forschung in Rostock.

Die Wissenschaftler haben alle im Jahr 1988 in Dänemark lebenden Menschen kontaktiert, die 1905 geboren wurden. Insgesamt über 2.260 Menschen, die zum Start der Untersuchung 92 Jahre alt waren, konnten für die Untersuchung gewonnen werden. Ziel der Studie war es zu ermitteln, inwieweit sich die körperlichen und geistigen Fähigkeiten verändern. Dafür wurden mehrere Messgrößen verwendet, z.B. der ADL- (Activity of daily living) und der MMSE-Score (Mini-Mental State Examination). Im Ergebnis konnte so ermittelt werden, inwieweit die alten Menschen unabhängig zurecht kamen.

Überraschendes Ergebnis: Zwischen dem 92. und dem 100. Lebensjahr hat der Anteil der unabhängig lebenden Alten nur um 6% abgenommen, von 39 auf 33%. Warum? Die Teilgruppe der 92-Jährigen, die bereits zum Start der Untersuchungen auf Hilfe angewiesen war, ist nämlich schnell gestorben. Von den Anfangs über 2.000 Teilnehmern der ▶

## Begrüßung neuer Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- ▶ Joanna Menzel, Krankenhaus St. Josef-Stift gGmbH, Innere Medizin/Geriatrie, Kanonenstr. 8, 29221 Celle
- ▶ Michael Boeckler, Katzbachstr. 17, 28211 Bremen
- ▶ Dr. med. Manon Boettel, Birkenstr. 67, 10559 Berlin
- ▶ Anne Schuchmann, Im Schneckenbangert 37, 55263 Wackernheim
- ▶ Ole Dankwarth, Praxis für Allgemeinmedizin, Weg zu den Tannen 2, 22949 Ammersbek
- ▶ Dr. med. Hendrik Tymiec, Wettinerstr. 41 a, 42287 Wuppertal
- ▶ Priv. Doz. Dr. Uwe Weickert, Klinikum am Gesundbrunnen, Medizinische Klinik II, Am Gesundbrunnen 20-26, 74078 Heilbronn
- ▶ Dr. med. Rolf Schaefer, Storenweg 16, 51467 Bergisch Gladbach
- ▶ Dr. med. Stefan Steidl, Grünberger Str. 128, 35394 Gießen
- ▶ Dr. med. Matthias Wagner, Löbleinstraße 58, 90409 Nürnberg

► Studie lebten am Ende noch 156. Hier sank der Teil der unabhängig lebenden Menschen von 70% im Jahr 1998 auf 33% im Jahr 2005.

Die Studienautoren halten fest: „Die befürchtete Explosion der Pflegekosten in der älter werdenden Gesellschaft wird

von der Untersuchung nicht bestätigt.“ Umstritten ist, ob eine längere Lebenserwartung mit einem Zugewinn an gesunden Lebensjahren einhergeht oder mit einer steigenden Häufigkeit und Dauer von Krankheit. Die Kompressionsthese geht davon aus, dass die Verlängerung der Le-

benserwartung mit einem Hinausschieben von Krankheit einhergeht. Die Medikalisierungsthese unterstellt, dass Menschen älter und zugleich kränker werden. ■

*Quelle: Ärzte Zeitung online, [www.aerztezeitung.de](http://www.aerztezeitung.de)*

## Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- **AG Ambulante Geriatrie:** Dr. med. Th. Hermens, Aapener Weg 8, 46485 Wesel, eMail: Thomashermens@aol.com; Dr. med. R. Neubart, Sana Klinikum Lichtenberg, Fanningerstr.32, 10365 Berlin, eMail: r.neubart@sana-kl.de; Dr. med. A. 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 A. Zeyfang, Bethesda Krankenhaus, Geriatriisches Zentrum, Hohenheimer Str. 21, 70184 Stuttgart, e-mail: andrej.zeyfang@bethesda-stuttgart.de
- **AG Ernährung:** Dr. med. R. 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. Th. Heimig, Krankenhaus St. Barbara Attendorn, Geriatriische Abteilung, Hohler Weg 9, 57439 Attendorn
- **AG Geriatrie und Pflege:** Dr. R. Thiesemann, Fabricius-Klinik Remscheid GmbH, Abteilung für Innere Medizin, Geriatrie und Frührehabilitation, Brüder Str. 65, 42853 Remscheid
- **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. Vierегge, Klinik für Neurologie, Klinikum Lippe-Lemgo, Rintelner Str. 85, 32657 Lemgo, eMail: peter.vierегge@klinikum-lippe.de
- **AG Notfall- und Intensivmedizin:** Dr. D. 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. C. Bokemeyer, Direktor der Medizinischen Klinik II (Onkologie/Hämatologie/KTM) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinstr. 52, 20246 Hamburg
- **AG Mobile Geriatriische Rehabilitation:** Dr. med. R. Neubart, Sana Klinikum Lichtenberg, Fanningerstr.32, 10365 Berlin, eMail: r.neubart@sana-kl.de, Mobiler Rehabilitations-Dienst im 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. M. Pfisterer, Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift gGmbH, Klinik für Geriatrie, Landgraf-Georg-Str. 100, 64287 Darmstadt, eMail: pfisterer.mathias@eke-da.de; Dr. med. Ch. Fuchs, Städt. Krankenhaus Neuperlach, Oskar-Maria-Graf-Ring 51, 8737 München; Dr. M. Dumanoglu, Herrenstr. 77, 47665 Sonsbeck
- **AG Pharmakologie:** Prof. Dr. med. W. 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@kkh-ne.de; Dr. med. H. 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. med. R. Neubart, Sana Klinikum Lichtenberg, Fanningerstr.32, 10365 Berlin, eMail: r.neubart@sana-kl.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. M. Pfisterer, Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift gGmbH, Klinik für Geriatrie, Landgraf-Georg-Str. 100, 64287 Darmstadt, eMail: pfisterer.mathias@eke-da.de

Bundesverband Geriatrie e.V.

# Interessenvertretung innerhalb der geriatrischen Versorgung

*Der Bundesverband Geriatrie e.V. wurde vor 15 Jahren als „Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen e.V.“ gegründet. Der Verband hat heute 208 Mitglieder, die 217 Kliniken bzw. Reha-Einrichtungen betreiben und arbeitet engagiert für eine fachübergreifende medizinische Versorgung älterer Menschen.*

**D**er Bundesverband Geriatrie ist die Interessenvertretung der Träger geriatrischer Versorgung in Deutschland“, erklärt Hon.-Prof. Dr. Dieter Lüttje. Er ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes (BV) Geriatrie e.V., der 1993 auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung gegründet wurde und damals „Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen e.V.“ hieß. Gründungsvorsitzender war Prof. Dr. Hans-Peter Meier-Baumgartner, Hamburg, seine Nachfolgerin 1999 bis 2005 Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Berlin. Sinn und Zweck bestanden seinerzeit darin, die Zusammenarbeit zwischen und den Informationsaustausch unter den Mitgliedern zu fördern. 1997 erfolgte die Umbenennung in „Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V.“ (BAG), um die zwischenzeitlich erfolgte, engere Verzahnung zwischen Akutgeriatrie und geriatrischer Rehabilitation deutlich zu machen.

Im April 2008 hat der Verband erneut den Namen geändert und die Satzung angepasst. Auslöser waren u.a. die Veränderungen im Gesundheitswesen und die Versuche einzelner Gruppen außerhalb der Geriatrie, Anteile geriatrischer Versorgung mit eigenen Wirkungsbereichen und eigener Finanzbasis zulasten der Träger geriatrischer Einrichtungen zu sichern. „Vor diesem Hintergrund mussten wir unsere Arbeit auf Verbandsebene u.a. noch politischer ausrichten. Mit der Umbenennung machen wir außerdem deutlich, dass der BV Geriatrie – mit ca. 160

angeschlossenen Akut-Krankenhäusern – ein wichtiger Beteiligter im jährlichen Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des DRG-Systems ist und gleichermaßen als maßgeblicher Verband der Reha-Leistungserbringer ein Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation ist“, erläutert RA Dirk van den Heuvel als Geschäftsführer des Bundesverbandes Geriatrie.

Das Aufgabenspektrum des BV Geriatrie ist breit gefächert. Neben der Zusammenarbeit der Mitglieder beschäftigt er sich mit Aus-, Fort- und Weiterbildungen und bietet hier unter dem Titel „Zercur Geriatrie“ eigene Kurs-

konzepte an. Hinzu kommen Themen wie Qualitätssicherung und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren. Selbstverständlich wird die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften für Geriatrie bzw. Geriatrie und Gerontologie intensiv gepflegt. Ergänzt wird dieses Aufgabenspektrum durch eine starke Einbindung in Verbandsstrukturen des Gesundheitssystems und die Mitarbeit in offiziellen Gremien.

Es ist ein besonderes Anliegen des Verbandes, die Öffentlichkeit und insbesondere die Politik auf Bundes- und Landesebene für eine fachübergreifende spezialisierte medizinische Versorgung älterer Menschen in der Geriatrie zu sensibilisieren. Ziel ist es, der Geriatrie den angesichts der demografischen Entwicklung notwendigen Stellenwert in der Wahrnehmung und der Abbildung in Versorgungsstrukturen zu schaffen ▶

## Ziele des BV Geriatrie

- ▶ die geriatrische Versorgung in all ihren Versorgungsformen im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems darzustellen und zu fördern
- ▶ die Bedeutung der Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitation im Rahmen unseres Gesundheitsversorgungssystems darzustellen
- ▶ an der Weiterentwicklung der medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten der Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitation aktiv gestaltend mitzuarbeiten
- ▶ an der Umsetzung des sozialgesetzlichen Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ aktiv mitzuwirken
- ▶ die Optimierung der Patientenversorgung in akut-geriatrischen, rehabilitativ-geriatrischen Kliniken und Fachabteilungen sowie im teilstationären und ambulanten Sektor zu fördern
- ▶ die Zusammenarbeit mit anderen Bereichen der Akutversorgung, der Rehabilitation und der Pflege sicherzustellen
- ▶ die Kooperation der geriatrischen Einrichtungen Sektor übergreifend zu fördern und untereinander zu gestalten
- ▶ die Einbindung der Geriatrie innerhalb der Universitäten voranzutreiben

► und die Finanzierung der Versorgung sicherzustellen.

## Aufnahmeverfahren sichert Versorgungsqualität

Der BV Geriatrie vertritt

- Akut-Krankenhäuser, die der geriatrischen Versorgung dienen,
- Krankenhäuser, die über eine geriatrische Fachabteilung verfügen, und
- Rehabilitationseinrichtungen, die einen entsprechenden Versorgungsvertrag gem. § 111 SGB V haben.

Neben dem stationären Sektor betreiben die Mitgliedseinrichtungen zudem Tageskliniken, ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen für die mobile geriatrische Rehabilitation. Damit werden alle Bereiche innerhalb der geriatrischen Versorgung vom BV Geriatrie abgedeckt und repräsentiert.

Derzeit hat der BV Geriatrie 208 Mitglieder, die insgesamt 217 Kliniken bzw.

Reha-Einrichtungen betreiben und rund 15.000 Betten bzw. Behandlungsplätze für die geriatrische Behandlung zur Verfügung stellen. Im deutschen Gesundheitswesen gibt es keinen Verband, der auch nur annähernd auf eine vergleichbare Anzahl von Mitgliedseinrichtungen der geriatrischen Versorgung verweisen kann.

Die Mitgliedschaft können nur die Träger von Einrichtungen erwerben, die eine Geriatrie betreiben. Eine persönliche Einzelmitgliedschaft gibt es nicht. Aus diesem Grund besteht für niedergelassene Ärzte keine Möglichkeit, direkt im Bundesverband Geriatrie Mitglied zu werden. Da jedoch innerhalb des geriatrischen Versorgungsnetzwerkes niedergelassene Ärzte wichtige Partner der Geriatrien sind, findet ein fester Austausch mit Vertretern aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft statt.

Eine Besonderheit bildet das mehrstufige Aufnahmeverfahren, bei dem die Klinik die Qualität der Versorgung darstel-

len und belegen muss. Neben einem schriftlichen Teil, zu der u.a. eine Selbstbewertung gehört, erfolgt eine Visitation der Klinik, bei der die Strukturen sowie die Behandlungsabläufe begutachtet werden. Die Mitgliedschaft im BV Geriatrie hängt somit – im Unterschied zur Mehrzahl der Verbände im Gesundheitswesen – nicht ausschließlich von dem Willen der Klinik ab, die dem Verband beitreten möchte. Dies führt mehrfach im Jahr dazu, dass die Aufnahme von Einrichtungen abgelehnt bzw. zumindestens so lange zurückgestellt wird, bis die Versorgungsstrukturen den Aufnahmekriterien des Verbandes entsprechen.

## Organisation und Arbeit

Der BV Geriatrie ist als eingetragener Verein organisiert. Die Mitgliederversammlung bzw. ihre Beschlüsse bilden die Grundlage für die Arbeit und legen die Gesamtausrichtung des Verbandes fest. Zur Umsetzung seiner satzungsgemäßen Aufgaben ist der BV seinerseits Mitglied bzw. Kooperationspartner in verschiedenen Institutionen und Verbänden, dazu zählen u.a. der Deutsche Pflegerat und das Institut für Qualitätssicherung in der Geriatrie.

Die Leitung des Verbandes obliegt einem 5-köpfigen, ehrenamtlich tätigen Vorstand, der durch die hauptamtliche Geschäftsstelle in Berlin unterstützt wird. Die Finanzierung des Verbandes erfolgt ausschließlich durch die Mitgliedsbeiträge und zu einem geringen Teil durch Einnahmen aus Seminaren und Veranstaltungen. Ein Sponsoring durch die Industrie findet nicht statt – auch nicht über Dritte.

Alle Organe sind interdisziplinär besetzt. In den verschiedenen Arbeitsebenen arbeiten Angehörige aus allen Bereichen des therapeutischen Behandlungsteams sowie der kaufmännischen Leitungen der Einrichtungen. Diese Zusammenarbeit verschiedener Professionen auf Verbandsebene bietet den Vorteil, dass ein sehr breites Meinungsspektrum in die Verbandsarbeit einfließt.

Inhaltliche Aufbereitung und Weiterentwicklung eines Themengebieten oder inhaltliche Positionen werden innerhalb der Ausschüsse oder Arbeitsgruppen ►

## Arbeitsgremien des BV Geriatrie

### Ausschüsse

- Ausschuss für betriebswirtschaftliche Fragen
- Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Ausschuss für die Belange der Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V
- Qualitätssicherungsausschuss I (Schwerpunkt Datenbank- und Benchmarksystem, Gemidas Pro)
- Qualitätssicherungsausschuss II (Schwerpunkt allgemeine Qualitätssicherung)

### Projektgruppen

- dauerhafte Projektgruppe: DRG-Projektgruppe (Beteiligung am DRG-Vorschlagsverfahren - in Kooperation mit den med. Fachgesellschaften)
- temporäre Projektgruppen (u.a. zum Themenbereich Entwicklung von Reha-DRGs)

### Arbeitsgruppen

Derzeit gibt es acht feste Arbeitsgruppen, die durch temporäre, projekt- bzw. themenbezogene Gruppen ergänzt werden. U.a. bestehen Arbeitsgruppen zu folgenden Themen:

- Abbildung bzw. Erfassungsoptionen der Besonderheiten der aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie
- Definition der Versorgungseinheit „Geriatrisches Zentrum“
- Qualitätssicherung gem. § 137d SGB V („QS-Reha“)
- Entwicklung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien
- Entwicklung und Förderung von Weiterbildungsangeboten in der Geriatrie

***ANZEIGE***

▶ erarbeitet, wobei der Vorstand den Diskussionsprozess begleitet und weiterentwickelt bzw. fördert. Unterstützt und organisatorisch begleitet wird die Arbeit von der Geschäftsstelle. Ist eine inhaltliche Position erarbeitet worden, wird sie ggf. noch einmal von der Mitgliederversammlung diskutiert bzw. verabschiedet. Die Ergebnisse finden Eingang in die Projektarbeit oder in die politische Arbeit des Verbandes. Hier gibt es verschiedene Möglichkeiten zur Umsetzung, wie beispielsweise die Partnerschaft mit anderen Verbänden im Gesundheitssystem. Vom Vorstand, insbesondere jedoch von der Geschäftsführung, wird dabei auf das „politische Netzwerk“ des BV Geriatrie zurückgegriffen.

#### **Aktuelle Themen: Versorgung und Finanzierung**

Zu den aktuellen Themen, mit denen der BV Geriatrie sich beschäftigt, gehö-

ren Tendenzen und zukunftsgerichtete Strategien in der geriatrischen Versorgung. Im Rahmen seiner letzten Tagung, die Ende Oktober in Berlin stattfand, befasste sich der Fachausschuss Betriebswirtschaft mit Aufbau und Weiterentwicklung geriatrischer Versorgungszen-

ten. Ziel ist, die Versorgung älterer Patienten effektiver zu gestalten und zugleich Ressourcen besser zu nutzen. Kernpunkt der Überlegungen ist die Vernetzung von Leistungen und Fachpersonal „rund um den älteren Patienten“. So könnten in den Versorgungszentren gemeinsam mit Kooperationspartnern nicht nur Diagnostik, Therapie, Nachsorge und Rehabilitation gebündelt, sondern ebenso Projekte zur Gesundheitsprävention oder zur Angehörigenschulung beispielsweise demenzkranker Patienten organisiert werden.

Um die Nutzung von Synergien ging es auch bei der Debatte um die Bedeutung der ab kommendem Jahr aufzubauenden Pflegestützpunkte für die Geriatrie. Betont wurde von den Teilnehmern, diese Einrichtungen als Chance für eine verbesserte Verknüpfung auch hinsichtlich der Leistungen der Pflegeversicherung zu sehen.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Finanzierung geriatrischer Einrichtungen. „Im Rahmen der Gesundheitsreform ist zwar der Anspruch der geriatrischen Patienten auf die für sie notwendigen Rehabilitations-Leistungen verankert worden und Ministerin Schmidt hat auf die verstärkte Notwendigkeit verwiesen, solche Leistungen anzubieten, in der Realität jedoch sieht es anders aus. Es geht darum, die Leistungen in der geriatrischen Rehabilitation endlich realistisch zu vergüten und so die drohende Schließung von Kliniken und Einrichtungen abzuwenden“, erklärt Hon.-Prof. Dieter Lüttje. jb ■

## Zercur Geriatrie

Im Rahmen des Grundlagenlehrgangs „Zercur Geriatrie“ werden von Praktikern aus der Geriatrie die wichtigsten Themen aus dem Bereich der Geriatrie und ihre Zusammenhänge bzw. Umsetzung im therapeutischen Team in kompakter Form vermittelt. Der Bezug zur Praxis wird durch einen separaten Hospitationstag unterstrichen.

Der Lehrgang wird vom Bundesverband zertifiziert, d.h. die Durchführung vor Ort muss den bundesweiten Vorgaben sowohl inhaltlich, organisatorisch und insbesondere qualitativ entsprechen. Dazu wird die konkrete Umsetzung des vorgegebenen Ausbildungsplans kontrolliert. Zudem muss die Qualifikation der jeweils eingesetzten Dozenten nachgewiesen werden.

Das aktuelle Lehrgangsprogramm steht unter [www.bv-geriatrie.de](http://www.bv-geriatrie.de), Menüpunkt „Zercur Geriatrie“ zum Download bereit.

## Vorstand und Geschäftsführung

#### **Vorstandsvorsitzender:**

Hon.-Prof. Dr. med. Dieter Lüttje,  
Chefarzt Klinikum Osnabrück GmbH, Osnabrück

#### **Stellvertretender Vorstandsvorsitzender:**

Dipl. Kfm. Jens Wehmeyer,  
Verwaltungsdirektor, Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen, Hofgeismar

#### **Vorstandsmitglieder:**

- ▶ Dr. med. Heinz-Walter Greuel,  
Chefarzt, Marien-Hospital Wattenscheid gGmbH,  
Zentrum für Geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation, Bochum
- ▶ Dr. med. Susanne Perpeet-Kasper,  
Chefärztin Klinik für Geriatrie und Innere Medizin,  
Harz-Klinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH, Blankenburg
- ▶ Dipl. Kfm. Ansgar Veer,  
Geschäftsführer, St. Bonifatius Hospital, Lingen/Ems

#### **Geschäftsführer:**

RA Dirk van den Heuvel, Berlin

#### **Stellv. Geschäftsführerin:**

Dipl. Med.-Inf. Anke Wittrich, Berlin

#### **Adresse:**

Geschäftsstelle des Bundesverbandes  
Reinickendorfer Str. 61  
13347 Berlin  
Tel. 030/339 88 76-10  
eMail: [Geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de](mailto:Geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de)  
Internet: [www.bv-geriatrie.de](http://www.bv-geriatrie.de)



## Weniger Infarkte durch Verringerung der Herzfrequenz

Im September wurden in München die Ergebnisse der sog. „BEAUTIFUL-Studie“ (morbidity-mortality Evaluation of the If inhibitor ivabradine in patients with CAD and left ventricular dysfunction) vorgestellt. Sie zeigen, dass Patienten mit koronarer Herzkrankung (KHK) trotz Standardtherapie bei einer Herzfrequenz ab 70 Schlägen/Min ein signifikant höheres Risiko für kardiovaskulären Tod und andere kardiovaskuläre Ereignisse haben. Das Medikament Procoralan® (Ivabradin), so weitere Ergebnisse, reduzierte bei diesen Patienten das Risiko für koronare Ereignisse, wie etwa Myokardinfarkt oder koronare Revaskularisation, um jeweils ein Drittel.

In die BEAUTIFUL-Studie wurden ab 2005 insgesamt 10.917 KHK-Patienten mit LVD in 781 Studienzentren aus 33 Ländern über vier Kontinente verteilt eingeschlossen. 88% dieser Patienten hatten schon einen Herzinfarkt in der Vorgeschichte. Sie alle waren leitliniengerecht, z.B. mit Betablockern, ACE-Hemmern/AT1-Blockern, Statinen und Antithrombotika vortherapiert. Zusätzlich haben sie entweder Ivabradin oder Placebo erhalten. Die mittlere Herzfrequenz der Patienten lag bei 72 Schlägen/Minute. Der Beobachtungszeitraum betrug durchschnittlich 19 Monate.

In der Studie wurde erstmals bewiesen, dass bei KHK-Patienten eine Herzfrequenz mit mehr als 70 Schlägen/Min. einen unabhängigen Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse oder Tod darstellt. Die Risikozunahme beträgt für den kardiovaskulären Tod 34%, für Myokard-

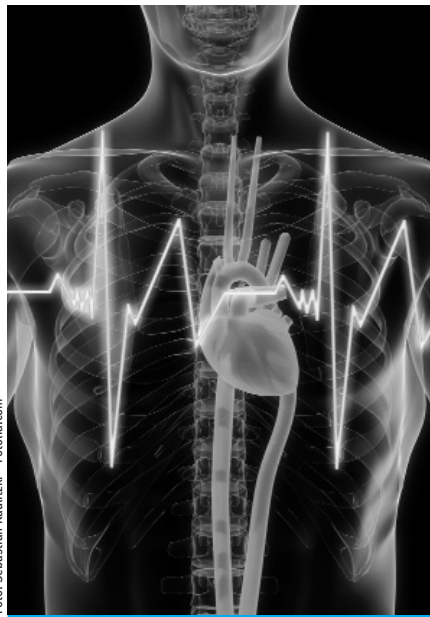


Foto: Sebastian Kaulitzki - Fotolia.com

*Die Ergebnisse der BEAUTIFUL-Studie zeigen, dass Patienten mit koronarer Herzkrankung trotz Standardtherapie bei einer Herzfrequenz ab 70 Schlägen pro Minute ein höheres Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse haben.*

infarkt 46% und 38% für koronare Revaskularisation. Bei diesen Patienten bewirkte Ivabradin einen Rückgang verschiedener koronarer Endpunkte:

- ▶ es gab 36% weniger tödliche oder nicht tödliche Myokardinfarkte,
- ▶ das Risiko einer koronaren Revaskularisation ging um 30% zurück.

Die Studie belegt, dass Ivabradin bei Patienten mit einem Ausgangspuls von mehr als 70 Schlägen/Min. signifikant koronare Ereignisse reduziert. Zusätzlich wird belegt, dass das Medikament auch in Kombination mit anderen kardiovaskulären Medikamenten gut verträglich und sicher ist. Die Ergebnisse der Studie können durch die anti-ischämische Wirkung bei Patienten mit stabiler KHK erklärt werden. Der Hersteller weist darauf hin, dass Ivabradin zusätzlich die Endothelfunktion verbessert und das Fortschreiten der Artherosklerose verhindert. ■

### Literatur:

1. Florian Custodis, MD; Magnus Baumhäkel, et al. *Circulation* 2008; 117: 2377-2387
2. Projections of Global Mortality and Burden of disease from 2002 to 2030 *PLoS Med* 3(11): e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
3. Tariff J-C, Ford I, Tendera M, et al. *Eur Heart J.* 2005; 26: 2529-2636

*Quelle: Servier Deutschland GmbH, München, Pressekonferenz vom 1. September 2008 in München „BEAUTIFUL – Eine Studie setzt neue Standards“; [www.servier-deutschland.de](http://www.servier-deutschland.de)*

## Mehr Leistungen für Demenzkranke und betreuende Angehörige

Seit Juli 2008 ist das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz („die Pflegereform“) in Kraft. Die wichtigsten Neuerungen, die sich auch für Demenzkranke positiv auswirken können, sind z.B. eine erhöhte finanzielle Unterstützung, ein Anspruch für pflegende Angehörige auf Freistellung von der Arbeit unter bestimmten Voraussetzungen und ein Recht auf Beratung.

Diese Leistungen stehen stellvertretend für Möglichkeiten, die psychisch

und physisch anspruchsvolle Aufgabe der Pflege eines Demenzerkrankten zu erleichtern. Dazu muss der Betreuende aber die Leistungen kennen, verstehen und vor allem auch einfordern. Dies ist in den letzten Jahren trotz der immer wieder laut werdenden Forderungen nach Unterstützung noch nicht genügend erfolgt - die bereitgestellten Mittel wurden nicht abgerufen.

Um den gesetzlich verankerten Anspruch auch in spürbare Hilfe umzu-

wandeln, hat das Zukunftsforum Demenz – eine Initiative des Unternehmens Merz Pharmaceuticals, einen 52-seitigen Ratgeber herausgegeben, der leicht verständlich über Leistungen und deren Beantragung informiert. Dieser Ratgeber kann unter [www.zukunftsforum-demenz.de](http://www.zukunftsforum-demenz.de) direkt kostenfrei angefordert werden. Er ist auch geeignet, im Rahmen der ärztlichen Beratung als Information und Unterstützung der Angehörigen eingesetzt zu werden. ■

*Quelle: Ulrike Karberg, Merz Pharmaceuticals GmbH, 60318 Frankfurt, [www.merz.de](http://www.merz.de)*

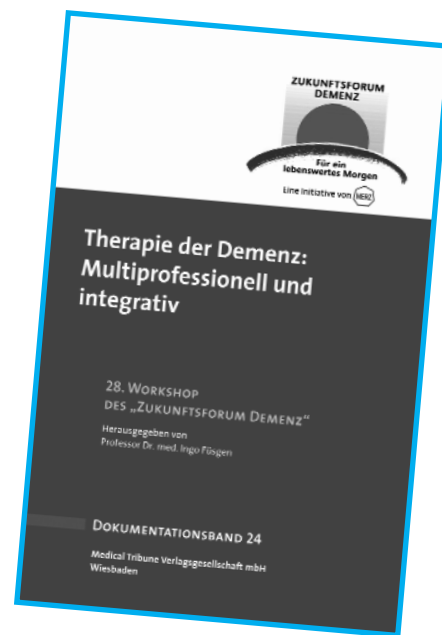
## Therapie der Demenz: Multiprofessionell und integrativ

Der 28. Workshop des Zukunftsforum Demenz widmete sich der ganzheitlichen Behandlung von Menschen mit Demenz. Gleichzeitig wurde der von Merz gestiftete Preis für Hirnforschung in der Geriatrie 2007 an Prof. Dr. Dr. Fischer, Wien und seine Arbeitsgruppe verliehen, die sich in einer Langzeitstudie mit Risiko- und Schutzfaktoren der Alzheimer-Krankheit befassten.

Die Therapie der Demenz steht auf mehreren Säulen und ist individuell auf jeden Patienten abzustimmen. Besonders wichtig sind dabei die Absprache und Kooperation der beteiligten Berufsgruppen. In dieses multiprofessionelle Vorgehen sollten u.a. Pharmakotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitation und weitere Behandlungsansätze eingebunden werden. Insbesondere die Logopädie ist in der Demenztherapie noch nicht selbstverständlich.

Am Beispiel einer niedergelassenen nervenärztlichen Praxis wurde aufgezeigt, wie ein vernetztes Vorgehen möglich ist und für alle Beteiligten auch erfolgreich sein kann. Darüber hinaus wurde ein Überblick über die verschiedenen nicht medikamentösen Maßnahmen und Aussagen über deren Wirksamkeitsbelege gegeben. Ziel aller gemeinsamen therapeutischen Bemühungen ist eine Stabilisierung der Alltagsfähigkeiten und eine Verbesserung der Lebensqualität des Patienten.

Im vorliegenden Dokumentationsband sind die Experten-Beiträge zusammen gefasst. Er hat 68 Seiten und ist telefonisch unter 069/15 03-348 bzw. gegen einen adressierten, mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlag beim Zukunftsforum Demenz, Eckenheimer Landstr.100, 60138 Frankfurt/Main anzufordern. Eine Bestellung oder ein Download ist unter [www.zukunftsforum-demenz.de](http://www.zukunftsforum-demenz.de)



[www.zukunftsforum-demenz.de](http://www.zukunftsforum-demenz.de) ebenfalls möglich. ■

Quelle: Ulrike Karberg,  
Merz Pharmaceuticals GmbH,  
60318 Frankfurt, [www.merz.de](http://www.merz.de)

## SAPV erleichtert effektive ambulante Analgesie für Tumorpatienten

Die Bundesregierung hat mit der jüngsten Gesundheitsreform (GKV-WSG) mit § 37b und § 132d Sozialgesetzbuch V zum 1. April dieses Jahres den Weg zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) schwerstkranker Menschen geebnet. Durch die Veröffentlichung der „Gemeinsamen Empfehlungen zur SAPV gemäß § 132d Abs. 2 SGB V“ der Spitzenverbände der Krankenkassen am 29. Juli 2008 sind nun auch die formalen Voraussetzungen für Vertragsabschlüsse zur SAPV zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern erfüllt. „Diese neue intensive Form der ambulanten Palliativversorgung ermöglicht es, Schwerstkranken und Sterbenden ihre Autonomie und Würde zu erhalten sowie ein Leben unter guter Symptomkontrolle und Schmerztherapie in ihrer häuslichen Umgebung zu führen“, sagte Prof. Friedemann Nauck, Universitäts-

linikum Göttingen, auf einem Symposium im Rahmen des 7. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) in Wiesbaden.

### Palliative Care Teams unterstützen Patienten und Angehörige

Bislang wurden in Deutschland überwiegend Patienten mit fortgeschrittenen, inkurablen Tumorleiden palliativmedizinisch behandelt. Nicht-onkologische Patienten hingegen spielten eine untergeordnete Rolle, obwohl auch für sie die Palliativmedizin eine sinnvolle Behandlungsoption darstellt. Der Palliativmediziner betonte, dass zukünftig nicht nur Tumorpatienten einen Leistungsanspruch auf SAPV haben. Auch Schwerstkranke mit einem komplexen Symptomgeschehen, zum Beispiel auf Grund kardialer, neurologischer oder gastrointestinaler Beschwerden, profitieren von dieser multi-

professionellen Versorgungsform. Patienten, die diese Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, werden durch die SAPV noch intensiver betreut. Denn die spezialisierte Versorgungsform ergänzt die bereits bestehenden Angebote der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung: So arbeiten im Rahmen der SAPV palliativmedizinisch hochqualifizierte Ärzte und Pflegekräfte interdisziplinär im Team. Als PCT kooperieren sie zur psychosozialen Unterstützung bei Bedarf mit ambulanten Hospizdiensten, Psychologen, Sozialpädagogen oder mit der Seelsorge. Es gibt einen palliativen Notdienst mit einer 24-Stunden-Hotline. Auch Angehörige sind professionell eingebunden und betreut.

### Effektive Schmerztherapie ist wichtiger Bestandteil der SAPV

„Durch diese Netzwerkstruktur kann der Hausarzt auch ohne palliativmedizinische Zusatzausbildung seinen Patienten bis zum Lebensende betreuen, in dem er bei Bedarf Unterstützung aus dem Team

hinzuzieht“, sagte Nauck. Interdisziplinär abgestimmte Behandlungspläne und regelmäßige Fallbesprechungen im Team sichern die Versorgungsqualität. Da die meisten Palliativpatienten mit SAPV-Anspruch eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik haben, ist eine effektive ambulante analgetische Behandlung ein wesentlicher Bestandteil innerhalb der SAPV. Die multiprofessionelle hochqualifizierte Zusammenarbeit innerhalb der PCTs gewährleistet, dass die Patienten auch zu Hause rund um die Uhr adäquate Analgetika erhalten. Die Ärzte sollen Zugriff zu BtM-pflichtigen Arzneien haben, so dass auch hochwirksame Analgetika jederzeit eingesetzt werden können. „Das ist wichtig, weil stärkste Schmerzen nur mit starken Opioiden adäquat gelindert werden können“, betonte Dr. Kai Herrmanns, Berlin. Viele, teils unnötige und belastende Krankenhauseinweisungen können dadurch reduziert werden.

#### **Palladon®: Ideal bei Tumorschmerz-Progression**

Laut dem Schmerzexperten ist es inzwischen belegt, dass besonders bei Tumorschmerzen ein Direktanstieg mit starken Opioiden indiziert ist. Eine sorgfältige Auswahl des Präparats und der Applikationsform ist dabei besonders wichtig. Die orale Gabe ist zu bevorzugen, wenn keine Schluckstörungen oder andere Kontraindikationen vorliegen. „Morphin ist nicht mehr Goldstandard, da es inzwischen Substanzen gibt, die effektiver wirken und zudem verträglicher sind“, so Herrmanns. Beispielsweise ist Palladon® (Hydromorphon) für Tumorerkrankungen mit einer raschen Schmerzprogression das Mittel der Wahl. Hierzu zählen Tumore, die in die Knochen metastasieren, wie das Mamma-Karzinom und maligne Lymphome, sowie exzerbierende maligne Tumore, wie das Pankreas-, Bronchial-, Harnblasen und Leberkarzinom. Damit diese Schmerzen effektiv gelindert werden, muss frühzeitig mit einem hochpotenten Opioid therapiert werden, das auch im Hochdosisbereich schnell und flexibel gegen den Schmerz titriert werden kann. „Palladon® ist hier optimal“, sagte Herrmanns, „denn die Kapsel mit retardiertem Granulat ist

in den Wirkstärken 4, 8, 16 und 24 mg vorhanden. So kann die Dosis täglich in 4 mg-Schritten und ohne Ceiling-Effekt an den progredienten Schmerzverlauf angepasst werden“. Die Kapsel wirkt gleichmäßig über zwölf Stunden. Hydromorphon hat ein sehr günstiges Nebenwirkungsprofil. „So bewirken nur zwei Kapseln am Tag, dass es dem Patienten besser geht“, betonte Herrmanns.

#### **Tumorschmerz-Konzept für individuelle Schmerztherapie**

Zusätzlich zu retardiertem Palladon, ist Palladon, 1,3/2,6 mg als wirkstoffgleiche Bedarfsmedikation gegen Durchbruchschmerzen verfügbar. Für Schwerstkranken, die nicht mehr schlucken können, gibt es Palladon injekt. Die 2 mg/1 ml-Ampulle eignet sich zur Titration und als Einzeldosis. Die 10 mg/1 ml-Am-

pulle reicht, über einen Perfusor appliziert, meist als Tagesdosis aus. Die 100 mg/10 ml-Dosierung eignet sich sehr gut für die ambulante Dauerbehandlung mit Pumpen- und Portsystemen. „Damit zukünftig möglichst viele schwerstkranken Patienten von dieser effektiven Analgesie und vom Betreuungskonzept der SAPV in ihrer häuslichen Umgebung profitieren, wird nun eine flächendeckende Umsetzung dieses Versorgungskonzeptes angestrebt“, so die beiden Experten. ■

Symposium „Schmerztherapie und Palliativmedizin: Aktuelle Herausforderungen“ im Rahmen des 7. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), 25. September 2008, Wiesbaden

Quelle: Mundipharma Vertriebsgesellschaft, Limburg a.d. Lahn, [www.mundipharma.de](http://www.mundipharma.de)

## **Schmerz- und Palliativmedizin: Obstipation vermeiden**

Gleich mehrere prädisponierende Faktoren bedingen das erhöhte Obstipationsrisiko der Patienten der Schmerz- und Palliativmedizin: Verwendung obstipierender Medikamente (z.B. Opioide, trizyklische Antidepressiva, Neuroleptika, 5HT<sub>3</sub>-Antagonisten), reduzierter Allgemeinzustand, schlechter Ernährungs- und Flüssigkeitsstatus sowie Immobilität.

Bei der Obstipation von Schmerzpatienten handelt es sich in der Regel um eine medikamenteninduzierte Slow-Transit-Obstipation. Durch die herabgesetzte Peristaltik verbleibt der Stuhl länger intraluminal, Wasser wird vermehrt rückresorbiert, wodurch der Stuhl verhärtet. Das wiederum führt zu einer verlängerten Kolontransitzeit – ein klassischer *circulus vitiosus*. Beim Gebrauch von Opioiden kann eine Tonuserhöhung des analen Sphinkters diesen Prozess zusätzlich durch eine Outlet-Obstipation verstärken.

#### **Von Anfang an: Macrogol plus Elektrolyte**

Durch eine konsequente Basisprophylaxe von Therapiebeginn an kann eine Obstipation in der Regel vermieden werden.

Sinnvoll ist der Einsatz des osmotisch wirksamen Laxans Macrogol plus Elektrolyte (z.B. Movicol®). Das osmotisch aktive Polyethylenglykol (PEG) bewirkt die Retention von Wasser im Kolon, erhöht so das Stuhlvolumen – und fördert damit über neuromuskuläre Wege die Motilität. Die physiologische Wirkung besteht in einer verbesserten propulsiven Transport und Defäkationsauslösung. Trotz seiner effektiven Wirksamkeit ist Macrogol sehr gut verträglich, denn es wird intestinal kaum resorbiert und nicht bakteriell metabolisiert [2] – Gasbildung und Flatulenz treten signifikant weniger auf als unter Lactulose [1]. Durch die kombinierte Gabe mit NaHCO<sub>3</sub>, NaCl und KCl lassen sich Elektrolytverschiebungen aus dem Intestinum vermeiden.

#### **Stufenschema gegen Obstipation**

Für das Management der opioidinduzierten Obstipation wurden letzter Zeit auch Opioidantagonisten eingesetzt. Bislang existieren jedoch nur ungenügend Daten über deren Sicherheit und Wirksamkeit für diese Indikation. Eine gut wirksame und sichere medikamentö-

▶ se Obstipationsprophylaxe und -therapie sollte immer standardisiert und gemäß eines Stufenschemas erfolgen. Etabliert ist die Kombinationstherapie von Laxanzien mit unterschiedlichen physiologischen Ansatzpunkten, da diese eine höhere Effektivität aufweist [nach Wirz 3, 4]:

- ▶ **Stufe 1 (oral):** osmotisches Laxans oder propulsives Laxans (z.B. Macrogol 3350 plus Elektrolyte oder Natriumpicosulfat, Bisacodyl). Auf Grund des Elektrolytzusatzes, seiner kausal-physiologischen Wirkweise und der sehr guten Verträglichkeit ist Macrogol + Elektrolyte besonders vorteilhaft.
- ▶ **Stufe 2 (oral):** Osmotisches Laxans und propulsives Laxans.
- ▶ **Stufe 3:** Osmotisches Laxans und propulsives Laxans und Suppositorium (wie Stufe 2 + Bisacodyl- und/oder Glycerin-Suppositorium).
- ▶ **Stufe 4:** Diagnostische Abklärung, Medikamentöse Maßnahmen

(wie Stufe 3 + Sennoside statt Natriumpicosulfat), Rizinus, Amidotrizoessigsäure)

Nichtmedikamentöse Maßnahmen wie Physiotherapie, Einläufe, manuelle Ausräumung. ■

#### Literatur:

1. Attar A, Lemann M, Ferguson A, et al. Comparison of a low dose polyethylene glycol electrolyte solution with lactulose for treatment of chronic constipation. Gut 1999; 44: 226-230.
2. Hammer HF, Hammer J, Gasche C. Polyäthylenglykol (Macrogol) – Übersicht über seine Verwendung in der Diagnostik gastroenterologischer Erkrankungen. Wien Klin Wochenschr 2000; 112: 53-60.
3. Wirz S, Beck D. Obstipation in der Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 2008; 9: 11-26.
4. Wirz S, Klaschik E. Management of constipation in palliative care patients undergoing opioid therapy: Is polyethylene glycol an option? Am J Hosp Palliat Care 2005; 22 (5): 375-381.

Quelle: Norgine, Marburg,  
[www.norgine.com](http://www.norgine.com)

## Mitglieder des Förderkreises der

### Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- ▶ Dr. R. Pflieger  
Chemische Fabrik GmbH  
Thomas Leufgens  
Dr.-Robert-Pfleger-Straße 116  
96045 Bamberg
- ▶ Fresenius Kabi Deutschland GmbH  
Heike Bette  
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  
Michael Siepe  
Mundipharma Straße 6  
65549 Limburg/Lahn
- ▶ Norgine GmbH  
Dr. Richard Sodmann  
Im Schwarzenborn 4  
35041 Marburg
- ▶ Novartis GmbH  
Dr. Florian Islinger  
Roon Str. 25  
90429 Nürnberg
- ▶ 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](mailto: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](mailto: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 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.dggeriatrie.de](http://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.