

3. Wintertreffen Altersmedizin

Am 20. Januar 2010 findet im Bildungsinstitut Johanniter in Essen das 3. Wintertreffen Altersmedizin statt. Die Schwerpunkte der Fortbildungsveranstaltung sind:

- ▶ **Neues aus der Rheumatologie – Schmerztherapie im Alter** (Prof. Dr. H. G. Nehen)
- ▶ **Delir – Ursachen, Diagnostik und Behandlung** (Prof. Dr. R. Diehl)
- ▶ **Schlaf und Alter** (Dr. H. Frohnhofen)

Die Veranstaltung ist mit vier Fortbildungspunkten zertifiziert und kostenfrei.

Informationen:

Kliniken Essen-Mitte GmbH,
Klinik für Innere Medizin III:
Zentrum für Altersmedizin,
Dr. H. Frohnhofen,
Tel. 02 01/174-23 001 oder
-23 003

Dr. Musolf Chefarzt des Evangelischen Amalie Sieveking-Krankenhauses



Zum 1. Oktober 2009 hat Dr. Michael Musolf seine neue Stelle als Chefarzt des Evangelischen Amalie Sieveking-Krankenhauses in Hamburg angetreten.

Dr. Musolf ist ein erfahrener Internist und Geriater und war zuletzt Leitender Arzt des Fachbereiches Geriatrie der Medizinischen Klinik des Marienhospitals in Vechta. Dort hat er die Abteilung Akut-Geriatrie und geriatrische Rehabilitation mit derzeit 60 Betten aufgebaut. Die vergangenen drei Jahre war er zudem Ärztlicher Sprecher der Landesverbandes Geriatrie Niedersachsen des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

Das Evangelische Amalie Sieveking-Krankenhaus gehört jetzt zur Albertinen-Gruppe und beherbergt eine der ältesten geriatrischen Einrichtungen Hamburgs. Dr. Musolf hat das Ziel, das altersmedi-

zinische Versorgungsangebot weiter auszubauen, die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen zu einem Netzwerk Altersmedizin auszubauen und die Altersmedizinische Kompetenz in der Albertinen-Gruppe zu stärken. ■

Inhalt

Aktuelle Nachrichten

- ▶ Seniorenunfälle durch Stürze, Verbrennungen und Rauchvergiftungen
- ▶ Matthias Pfisterer zum Privat-Dozenten ernannt
- ▶ Druckgeschwüre sind in Krankenhäusern häufiger als in Heimen
- ▶ Altersblindheit ist zum großen Teil erblich bedingt
- ▶ Dr. Springob Leitender Abteilungsarzt am EvK Castrop-Rauxel

[ab Seite 2](#)

BDI-Vorstand fordert Schwerpunktbezeichnung Geriatrie

[ab Seite 5](#)

Forum Förderkreis:

- ▶ Häufigkeit der Facharztkontakte in Pflegeheimen teilweise problematisch
- ▶ Lebensqualität ist „Schmerzwunsch“ Nr. 1
- ▶ Effektive Bremse für überaktive Blase
- ▶ Wenig Klarheit im Erstattungsdschungel
- ▶ Antidementive Behandlung: Compliance als Erfolgsparameter
- ▶ Engagierter Pionier der medizinischen enteralen Ernährung
- ▶ Blutdruckmanagement bei Diabetikern: Beste Evidenz für BiPreterax®N
- ▶ Gezielter Ausgleich von Kalium-Magnesium-Imbalancen

[ab Seite 6](#)

Erfolg für die Geriatrie: Posterpreis der DGSM für Dr. H. Frohnhofen

Vom 12. bis zum 14. November 2009 führte die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) in Leipzig ihre 17. Jahrestagung durch. In diesem Rahmen verlieh die DGSM auch in diesem Jahr in Zusammenarbeit mit der Firma Cephalon GmbH, Martinsried, Preise für die besten in Posterform veröffentlichten wissenschaftlichen Arbeiten. Unter den 82 eingereichten Postern ist die Arbeit „Impact of type of treatment for sleep apnea on

activities of daily living in a sample of elderly patients with severe sleep apnea“ von Dr. Helmut Frohnhofen, Essen, mit dem 1. Preis ausgezeichnet worden. „Bei einem großen Kongress mit viel universitärer Präsenz und 82 Postern ist dies auch ein Erfolg für die Geriatrie insgesamt“, so Dr. Frohnhofen, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin III, Zentrum für Altersmedizin, Kliniken Essen-Mitte GmbH, und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG). ■

Seniorenunfälle durch Stürze, Verbrennungen und Rauchvergiftungen

Je älter die Menschen werden, desto größer ist die Gefahr eines Haushaltsunfalls. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden sind 2007 mehr als 5.300 Menschen, die älter waren als 65 Jahre, durch einen Unfall im Haus gestorben. Insgesamt starben 2007 rund 6.400 Bundesbürger durch einen häuslichen Unfall.

Das mit Abstand größte Unfallrisiko für ältere Menschen ist der Sturz: Rund 4.600 Senioren waren hier 2007 betroffen. Seniorinnen erledigen oft bis ins hohe Alter die Hausarbeit allein. Das spiegelt sich auch in den Unfallzahlen wieder. Etwa sechs von zehn Seniorinnen waren weiblich. Typische Unfälle sind der Sturz von der Leiter, etwa beim Aufhängen feuchter Gardinen oder beim Reinigen von Hängeschränken. Türschwellen, hochstehende Teppichkanten und lose aufliegende Läufer in Bad und Flur sind Stolperfallen, die ebenfalls schwere Stürze verursachen.

Auch Wohnungs- und Zimmerbrände sind erhöhte Risiken für Seniorenhaushalte. 2007 starben 272, davon allein 136



Foto: DSH

ältere Menschen durch Verbrennungen oder eine Rauchvergiftung. Typische Ursachen sind hier eine vergessene glühende Herdplatte oder das stehen gelassene heiße Bügeleisen. Oft werden auch marode Leitungen in älteren Häusern zur Brandquelle. Der giftige Rauch ist die eigentliche Gefahr bei Bränden, weniger die Flammen. Rauchmelder in der Mitte der Zimmerdecke werden Senioren deshalb dringend empfohlen. ■

Quelle: Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft, Berlin; www.gdv.de und Das sichere Haus, Hamburg; www.das-sichere-haus.de

Matthias Pfisterer zum Privat-Dozenten ernannt

Dr. Mathias Pfisterer hat sich im Fach Innere Medizin an der Fakultät der Universität Heidelberg habilitiert und wurde zum Privat-Dozenten ernannt. Dr. Pfisterer ist Chefarzt der Klinik für Ge-

riatrie und des Zentrums für Palliativmedizin, Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift gGmbH, Darmstadt und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG). ■

Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- ▶ **AG Ambulante Geriatrie:** Dr. med. Th. Hermens, Schermbecker Landstr. 88a, 46485 Wesel, eMail: Thomashermens@aol.com; 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 Demenz:** Brunhilde Merk, Krankenhaus Bethanien, Martinstr. 44, 20251 Hamburg, eMail: b.merk@d-k-h.de
- ▶ **AG Diabetes:** Dr. med. Dr. Univ. Rom A. Zeyfang, Bethesda Krankenhaus, Geriatisches 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-Heerdth GmbH, Am Heerdter Krankenhaus 2, 40549 Düsseldorf, eMail: ploenes@dominikus.de; Dr. Th. Heimig, Krankenhaus St. Barbara Attendorn, Geriatische 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 Geriatische 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 Inkontinenz:** Dr. med. A. Wiedemann, Urologische Klinik, Evangelisches Krankenhaus Witten, Pferdebachstr. 27, 58455 Witten, eMail: awiedemann@diakonie-ruhr.de;
- ▶ **Interdisz. AG Geriatische 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@bonifatiuslingen.de; Prof. Dr. C. Bokemeyer, Direktor der Medizinischen Klinik II (Onkologie/Hämatologie/KTM) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinstr. 52, 20246 Hamburg
- ▶ **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, Rathsbürgerstr. 10, 91054 Erlangen
- ▶ **AG Mobile Geriatische Rehabilitation:** Dr. med. R. Neubart, Sana Klinikum Lichtenberg, Fanningerstr.32, 10365 Berlin,

Druckgeschwüre sind in Krankenhäusern häufiger als in Heimen

Wissenschaftler der Charité, Berlin, haben festgestellt: Die Krankenhäuser in Deutschland bleiben beim Schutz vor dem gefürchteten Druckgeschwür (Dekubitus) klar hinter den Pflegeheimen zurück. Dies ist ein Ergebnis der jährlichen Erhebung des Instituts für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft am Campus Charité Mitte.

Im Durchschnitt wiesen 10% aller bewegungsunfähigen Patienten in Pflegeheimen einen Dekubitus auf, in Kliniken waren es 27%. Den Grund vermuten die Wissenschaftler in der besseren Versorgung der Heimbewohner mit modernen Pflegehilfsmitteln. So erhielten 35% der Heimbewohner ein dynamisches Lagerungssystem, also eine Matratze, die für Druckausgleich sorgt. In den Kliniken waren es nur 17%.

An der diesjährigen Befragung nahmen 76 Pflegeheime und 15 Krankenhäuser mit insgesamt 8.451 Bewohnern teil. Acht Einrichtungen waren aus Ber-

lin. Bundesweit verdoppelte sich die Zahl der teilnehmenden Heime zu 2008. Ziel der Erhebung ist es, die Pflegequalität in den Einrichtungen zu verbessern. „Das Management“, so der Projektleiter Nils Lahmann, „spürt den Effekt der Untersuchung. Wir können zeigen, dass sich die

Pflegequalität in Einrichtungen, die mehrmals an der Erhebung teilgenommen haben, deutlich verbessert hat. Es geht dabei nicht darum, die schlechten Einrichtungen zu outen. Alle Häuser werden anonymisiert dargestellt“.

Quelle: Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin; www.medpfl-paed-wiss.charite.de

Altersblindheit ist zum großen Teil erblich bedingt

Sind Eltern von der sog. Altersblindheit betroffen, ist das Erkrankungsrisiko ihrer Kinder ebenfalls erhöht. Den Krankheitsverlauf als solches scheinen die bislang identifizierten Erbanlagen allerdings nicht zu beeinflussen. Die Erbfaktoren spielen hauptsächlich im Spätstadium keine Rolle mehr. Damit schwindet auch die Hoffnung, dass eine Beeinflussung der bekannten Risikovarianten den Erkrankungsverlauf günstig beeinflussen könnte.

Diese Aussagen sind Schlussfolgerungen einer neuen Studie unter Federführung der Universität Bonn. Insgesamt nahmen hier 619 Patienten teil, die Kontrollgruppe umfasste 612 gesunde Personen. Die Augenärzte untersuchten über einen mittleren Zeitraum von drei Jahren, in welcher Geschwindigkeit sich eine Spätform der Erkrankung ausbreitete. Während der Studie wurden regelmäßige Aufnahmen der Netzhaut ▶

Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

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 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. 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

▶ **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:** PD 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, Fanningenstr. 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 Schwerhörigkeit:** Dr. Michael Lerch, Abt. Akutgeriatrie und Frührehabilitation, Ev. Krankenhaus Bethanien, Hugo-Fuchs-Allee 3, 58644 Iserlohn, eMail: lerch@bethanien-iserlohn.de

► gemacht und vermessen. Gleichzeitig untersuchte das Institut für Humangenetik der Universität Regensburg das Erbgut der Patienten. Hier bestätigte sich, dass das Erkrankungsrisiko eng mit den bereits identifizierten Erbfaktoren zusammen hängt.

Leider wird die Erkrankung oft erst diagnostiziert, wenn erste Sehstörungen auftreten. Wenn die Sehzellen bereits absterben, werden aber möglicherweise andere, bislang unbekannte Faktoren wichtig. Diese gilt es nun zu finden.

Die altersabhängige Makuladegeneration (AMD) ist die häufigste Erblindungsursache in den westlichen Industrienationen. In Deutschland sind schätzungsweise 4,5 Mio. Menschen betroffen.

Quelle: doi:10.1371/journal.pone.0007418; Universitätsklinikum, Bonn; www.ukb.uni-bonn.de

Dr. Springob Leitender Abteilungsarzt am EvK Castrop-Rauxel

Personelle Verstärkung hat der Bereich Geriatrie der Klinik für Innere Medizin I am Evangelischen Krankenhaus (EvK) Castrop-Rauxel erhalten. Als Leitender Abteilungsarzt steht jetzt Dr. Ludger Springob Chefarzt Dr. Holger Gespers zur Seite.

Für Dr. Springob ist das EvK kein unbekanntes Haus. Von 2000 bis 2003 war

er bereits als Assistenzarzt in der Geriatrie und in der Inneren Medizin im Einsatz. „Und da ich mich damals sehr wohl gefühlt und ausgesprochen gut mit Dr. Gespers zusammengearbeitet habe, bin ich gern zurückgekehrt, als sich die Gelegenheit dazu bot“, sagt der Leitende Abteilungsarzt. Der Facharzt für Innere Medizin mit der Fachbezeichnung Geriatrie ist zuständig für die Bereiche Akutgeriatrie, geriatrische Frührehabilitation und für die geriatrische Tagesklinik. Er ist telefonisch erreichbar unter 0 23 05/1 02-23 71. ■



Foto: EvK

Der Bereich Geriatrie der Klinik für Innere Medizin I am Evangelischen Krankenhaus (EvK) Castrop-Rauxel hat Verstärkung erhalten, von links: Dr. Ludger Springob (li.) Chefarzt Dr. Holger Gespers (re.).

Besondere Geburtstage Januar – April 2010*

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

zum 80. Geburtstag

14.04. Prof. Dr. med. Lubomir Djurdjevic, Schwarzer Weg 14, 37269 Eschwege

zum 75. Geburtstag

17.02. Dr. med. Jose Miguel Garcia-Rodriguez, Zanellastr. 54, 42287 Wuppertal

zum 70. Geburtstag

04.01. Dr. med. Gerd Rapp, Stresemannstr. 33, 42719 Solingen
 28.01. Dr. med. habil. Wolfgang Zwingenberger, Kliniken Erlabrunn gGmbH, Klinik für Innere Medizin, Am Märzenberg 1a, 08349 Erlabrunn
 26.02. Dr. med. Ortrun Brehm, Feuerhausgasse 11a, 94315 Straubing
 13.04. Dr. med. Gerhard Reichl, DRK-Krankenhaus, Klinik für Innere Medizin, Buchenweg 17, 71334 Waiblingen
 18.04. Dr. med. Christa Pallas-Molle, Bollstedter Landstr. 252, 99974 Muehlhausen

23.04. Prof. Dr. med. Johannes Köbberling, Kliniken St. Antonius, Zentrum für Innere Medizin, Carnaperstr. 48, 42283 Wuppertal

zum 65. Geburtstag

07.02. Prof. Dr. med. Christian Mucha, Institut für Rehabilitation und Behindertensport – Abt. 1: Med., Karl-Diem-Weg 6, 50933 Köln
 08.03. Dr. med. Hermann-Josef Toelle, Beethovenstr. 33, 12307 Berlin
 22.03. Dr. med. Christina Dannenberg, John-Brinckman-Str. 3, 18190 Sanitz
 06.04. Dr. med. Dagmar van Thiel, Grünwalder Str. 105 c, 81547 München

zum 60. Geburtstag

03.01. Dr. med. Marie-M. Oeblinger, 1 B Rue de Molsheim, 67380 Lingolsheim
 10.01. Dr. med. Dipl. Ing. Ingomar Naudts, Saalbaustr. 3, 67373 Dudenhofen
 29.01. Dr. med. Jürgen Wiederholt, Grolmanstr. 51, 10623 Berlin

04.02. Dr. med. Ralph S. Hofmann, MDK Schleswig-Holstein, Eichkamp 24 c, 24116 Kiel
 06.02. Dr. med. Gerald Krüger, Hans-Luther-Allee 23, 45131 Essen
 24.02. Dr. med. Hans Richter, Hermann-Josef-Krankenhaus, Haus II – Geriatrie, Lützerather Str. 15, 41812 Erkelenz
 27.02. Dr. med. Christoph Stelzl, Helios Klinikum Aue, Med. Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation, Gartenstr. 6, 8280 Aue
 27.03. Dr. med. Erich Schmidt, Katholisches Klinikum Mainz, St. Hildegardis-Krankenhaus, Klinik für Akutgeriatrie, Hildegardstr. 2, 55131 Mainz
 22.04. Dr. med. Theodor Nienhaus, St. Clemens Hospitale Sterkrade gGmbH, Geriatrie und rehabilitative Tagesklinik, Am Sandhügel 26, 46147 Oberhausen
 23.04. Dr. med. Hartmut Wefing, Dörnbergstr. 47, 29223 Celle
 24.04. Dr. med. Rainer Lange, Antoniterstr. 55, 55232 Alzey

* 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

BDI-Vorstand fordert Schwerpunktbezeichnung Geriatrie

Geriatrie hat Zukunft – in der Inneren Medizin

Auf seiner Sitzung, die am 26. September 2009 im Rahmen des 2. Deutschen Internistentages in Berlin stattfand, befasste sich der erweiterte Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI) mit der Einführung des Facharztes für Innere Medizin und Geriatrie. Einstimmig fasste er den Entschluss, die bundesweite Etablierung einer Schwerpunktbezeichnung Geriatrie innerhalb der Inneren Medizin zu fordern.

So eindeutig hatte es sich Prof. Dr. Dieter Lüttje, Vorsitzender des Bundesverbandes Geriatrie, sicherlich nicht vorgestellt. An sein 20-minütiges Plädoyer für die Unterstützung der Geriatrie als Schwerpunkt in der Inneren Medizin schloss sich eine sachlich geführte Diskussion an. Auch der Präsident des BDI, Dr. Wolfgang Wesiack sprach sich nochmals deutlich für die Geriatrie aus. Zuletzt wurde dieser Antrag, der vom engeren Vorstand bereits konsentiert worden war, tatsächlich ohne Gegenstimme beschlossen.

Zuvor hatte Prof. Lüttje zahlreiche Argumente vorgetragen, die stark für diesen Weg sprechen. So ist trotz der fächerübergreifenden Natur der Geriatrie und ihrer Verankerung als Querschnittsfach in der universitären Ausbildung, die (allgemeine) Innere Medizin die einzige breite Basis, auf der nahezu alle therapeutischen Entscheidungen in der Geriatrie getroffen werden. Zudem ist in den europäischen Ländern, wo die Geriatrie als Schwerpunkt etabliert wurde, dieser in der Inneren Medizin etabliert. Und zusammengenommen gibt es einen Facharzt für Geriatrie bereits in 19 der 27 EU-Länder. Weiter haben auch die Landesärztekammern (Sachsen-Anhalt, Brandenburg und neu: Berlin), die die Geriatrie bereits eingeführt (und damit gute Erfahrungen gemacht) haben, diese auch als Schwerpunkt in der Inneren Medizin verankert.

Dass die Etablierung eines Schwerpunktes vor dem Hintergrund der Demographie zunehmend notwendiger wird, zeigt sich auch in der noch viel zu wenig

etablierten universitären Geriatrie in Deutschland. Auch hier ist sicherlich eine Steigerung der Lehrstühle zu fordern und zu fördern. Weiterhin wird der Schwerpunkt zu einer Qualitätsverbesserung der geriatrischen Versorgung in den Krankenhäusern führen. In Sachsen-Anhalt und Brandenburg hat dies bereits zur Etablierung eines Facharztes für Geriatrie in allen geriatrischen Krankenhäusern und zu einem vermehrten Interesse der Weiterbildungsassistenten an der Geriatrie geführt.

Auch die Angst vor der Okkupation aller internistischen Patienten über 65 Jahre konnte Prof. Lüttje dem Auditorium

nehmen. Die neue, EU-weite Definition legt keine eindeutigen Altersgrenzen fest, zielt aber vornehmlich auf die hochaltrigen und gebrechlichen Alten bzw. die Prävention der vulnerablen Patienten, allermeistens 80+.

Auch angesprochen wurde die Koexistenz von Zusatzweiterbildung und Schwerpunkt, die, so Prof. Lüttje, keinen Nachteil darstellen muss und mit dem Facharztstandard durchaus gut abgegrenzt werden kann. Dr. Michael Denkinger fügte hinzu, dass durch das lange Warten auf den Facharzt und die unzureichende Weiterbildung von Geriatern in Deutschland schon zur Sicherstellung der Patientenversorgung dieser Zusatz auch für Allgemeinmediziner, Neurologen und Psychiater weiterhin erhalten werden muss.

Da auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin sich im Vorstand bereits für den Schwerpunkt ausgesprochen hat, kann davon ausgegangen werden, dass die Geriatrie innerhalb der Inneren Medizin einer guten Zukunft entgegengeht!

Nun werden die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer von der Entscheidung der zwei größten Berufsverbände in Kenntnis gesetzt und die bundesweite Etablierung der Geriatrie für das Normsetzungsverfahren empfohlen.

Dr. med. Michael Denkinger ■

Begrüßung neuer Mitglieder der

Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- ▶ Frieder Abt, Parkklinik Greifswald, Pappelallee 1, 17489 Greifswald
- ▶ Dr. med. Magdalene Aniol, Ev. Krankenhaus St. Johannisstift GmbH, Reumontstr.28, 33102 Paderborn
- ▶ Dr. med. Christine Eichler, Evangelisches Zentrum für Altersmedizin, Weinbergstr. 18-19, 14469, Potsdam
- ▶ Dr. med. Gero Endsinn, Soltauer Str. 61, 21335 Lüneburg
- ▶ Michael Fürstenau, Klinikum Nordfriesland gGmbH, Erichsenweg 16, 25813 Husum
- ▶ Dr. med. Dipl. Theologe Matthias Michael Gernhardt, Dreizehnlindenstr. 35 a, 33034 Brakel
- ▶ Dr. med. Jürgen Heins, Ev. Krankenhaus Elisabethenstift gGmbH, Langraf-Georg-Str. 100, 64287 Darmstadt
- ▶ Anna Kreuzer, Flurweg 8, 94447 Plattling
- ▶ Dr. med. Ingo, Krusche, Gustav-Freytag-Str. 10 d, 99096 Erfurt
- ▶ Dr. med. Katharina Anna Manjura, Westküstenklinikum Heide, Esmarchstr. 50, 25746 Heide
- ▶ Dr. med. Frank Mickley, Klinikum St. Georg gGmbH, Delitzscher Str. 141, 04129 Leipzig
- ▶ Dr. med. Ulrike Müller-Wilmsen, Am Kirchberg 15, 69221 Heidelberg
- ▶ Dr. med. Fabian Schneider, Pestalozzistr. 15, 64297 Darmstadt
- ▶ Kristina Schrader, Spitzwegstr. 1, 30177 Hannover

Häufigkeit der Facharztkontakte in Pflegeheimen teilweise problematisch

Der 31. Workshop des Zukunftsforums Demenz nahm den Ende 2008 veröffentlichten GEK –Pflegerreport* zum Anlass, die medizinische Versorgungssituation von Pflegeheimbewohnern näher zu beleuchten und Möglichkeiten der Optimierung zu diskutieren.

Die Referenten – neben dem Erstautor des Reports waren es unter der Leitung von Prof. Dr. med. Ingo Fügen, Wuppertal, Vertreter von Krankenkassen, Heimträgern, Verbraucherzentrale, Gesundheitsministerium, Allgemeinmedizin und Sozialverband VdK – nutzten den Bericht als Ausgangspunkt für Kritik, Verbesserungsansätze und Lösungsvorschläge, konkrete Umsetzungsbeispiele in der Praxis und Forderungen für die Zukunft.

Eines der wichtigsten Ergebnisse des Reports war die Feststellung, dass die fachärztliche Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohner nicht immer ausreichend ist (s. Tabelle). Dies deckt sich mit den Ergebnissen der SÄVIP-Studie (Hallauer et al., 2005). Auf dem Workshop wurde deutlich, dass Koordinierung und Vernetzung, in der der Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internist eine zentrale Rolle spielen sollte, ein erfolgreicher Ansatz sein kann. Einerseits

sind Pilotprojekte initiiert, andererseits können schon gelebte Modelle positive Ergebnisse vorweisen.

Der Dokumentationsband zu diesem Workshop ist unter www.zukunftsforum-

demenz.de oder Tel. 0 69/1 50 33 54 (Ulrike Karberg) oder eMail: zukunftsforum@demenz.de oder Zukunftsforum Demenz, Postfach 11 13 53, 60048 Frankfurt kostenfrei zu beziehen. ■

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

Arztkontakte in Pflegeheimen

Facharztgruppe	Im Vergleich zu den Nicht-Pflegebedürftigen haben Heimbewohner ...	Absolutmaß	Insgesamt
Allgemeinärzte	signifikant mehr Arztkontakte	knapp ausreichend	eher unproblematisch
Internisten	weniger Arztkontakte, teilweise signifikant	potentiell nicht ausreichend	potentiell problematisch
Neurologen/ Psychiater	signifikant mehr Arztkontakte	nicht ausreichend	problematisch
Augenarzt	signifikant weniger Arztkontakte	ohne Maßstab	problematisch
HNO-Ärzte	weniger Arztkontakte, aber nicht signifikant	ohne Maßstab	eher unproblematisch
Hautärzte	etwas mehr Arztkontakte, nur teilweise signifikant	ohne Maßstab	unproblematisch
Orthopäden	signifikant weniger Arztkontakte	ohne Maßstab	potentiell problematisch
Urologen/ Gynäkologen	ähnlich viele Arztkontakte	nur bei Männern ausreichend	bei Frauen potentiell problematisch
Chirurgen	ähnlich viele Arztkontakte	ohne Maßstab	unproblematisch
sonstige Ärzte	ähnlich viele Arztkontakte	ohne Maßstab	unproblematisch

Quelle: GEK-Pflegerreport 2008, S. 213

* Heinz Rothgang et al, GEK-Pflegerreport 2008, Medizinische Versorgung in Pflegeheimen, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66; www.gek.de/service/medien-center/gekstudien

Lebensqualität ist „Schmerzens-Wunsch“ Nr. 1

Auch eine bessere schmerztherapeutische Versorgung, weniger Schmerzen, eine wirksame und verträgliche Schmerztherapie sowie eine bessere schmerztherapeutische Ausbildung der Ärzte und mehr Verständnis liegen Betroffenen am Herzen. Das zeigt die Aktion „Schmerzens-Wunsch“ der Initiative Schmerz messen, die Schmerzpatienten, Angehörige, Ärzte und Pflegekräfte nach ihren Wünschen in Bezug auf chronische Schmerzen fragte. 3.274 Einsendungen trafen von März

bis September ein, 2.670 von Schmerzkranken. „Die Aktion gibt Schmerzpatienten eine Stimme, indem sie ihre Wünsche in Worte fasst, ihren Leidensdruck dokumentiert und die Öffentlichkeit für ihre Bedürfnisse sensibilisiert“, sagte Dr. Marianne Koch, Präsidentin der Deutschen Schmerzliga e.V., bei einem Pressegespräch in Berlin.

Diese defizitäre Situation bestätigt PainSTORY (Pain Study Tracking Ongoing Responses for a Year): Über einen

Zeitraum von zwölf Monaten wurden 294 Patienten aus 13 europäischen Ländern zu ihrem Leben mit dem Schmerz befragt. „Die Intensität ihres Schmerzes variiert, aber das alltägliche Leben ist kontinuierlich beeinträchtigt“, so Christine Liebers, Diplom-Psychologin, Marktforschungsinstitut Ipsos, Hamburg.

Wie eine stark wirksame und sehr gut verträgliche Analgesie Lebensqualität wieder herstellt, erläuterte Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe, Präsident der Deut-

schen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V., im Gespräch mit einer 53-jährigen Patientin. Sie litt fünf Jahre an stärksten Schmerzen im Handgelenk. Nachdem er sie von einem schnell wirksamen, schwachen Opioid auf Targin® einstellte, wurden ihre Schmerzen erstmals adäquat gelindert. Da die Fixkombination aus retardiertem Oxycodon und retardiertem Naloxon zugleich sehr gut verträglich ist, hat die Patientin einen Großteil ihrer Lebensqualität zurück gewonnen. „Damit zukünftig mehr Patienten vom therapeutischen Fortschritt profitieren, besteht Handlungsbedarf vor allem im Bereich der gesundheitspolitischen Strukturen“, so Müller-Schwefe. Mit der Schmerztherapie befasste Fachgesellschaften haben daher Lösungsansätze erarbeitet, die Ärzten und Patienten zugute kommen: „Die Schmerztherapie soll als fester Bestandteil in der Ausbildungsordnung für Ärzte verankert werden. Die

chronische Schmerzkrankheit müsste Bestandteil des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sein und Opiode der WHO-Stufe III müssen aus der automatischen Austauschpflicht herausgenommen werden“, sagt Müller-Schwefe. Aber auch die Patienten können den Arzt



Foto: Initiative Schmerz messen Bildarchiv

dabei unterstützen, die für sie richtige Schmerztherapie zu erhalten. Tipps, wie das funktioniert, gibt es auf der Website www.schmerzmessen.de. ■

Quelle: Pressegespräch „Schmerzpatienten zwischen Wunsch und Wirklichkeit – Initiative Schmerz messen zeigt Diskrepanzen“ am 10. November 2009, Berlin; Initiative Schmerz messen, c/o Deutsche Schmerzliga e.V., Oberursel, www.schmerzmessen.de

Dr. Marianne Koch, Präsidentin der Deutschen Schmerzliga e.V. und Dr. Gerhard H. Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V., präsentierten bei einem Pressegespräch am 10. November 2009 in Berlin die 3.274 Einsendungen mit „Schmerzentswürfen“ von Schmerzpatienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegekräften.

Effektive Bremse für überaktive Blase

Jede dritte Frau über 60 Jahren leidet an einer hyperaktiven Blase, und auch viele ältere Männer sind mit diesem Problem geschlagen – wenngleich sich ihre Symptomatik wegen der meist ebenfalls vorliegenden Prostatahyperplasie häufig etwas anders präsentiert. Die medikamentöse Standardbehandlung besteht in der Gabe von Anticholinergika, die die Detrusor-Aktivität dämpfen sollen.

So unkompliziert dieser Ansatz anmutet, so hartnäckige Schwierigkeiten stehen ihm häufig in der Praxis entgegen: Denn da gerade bei älteren Patienten Komorbiditäten die Regel und nicht die Ausnahme sind, müssen potenzielle Wechselwirkungen der verschiedenen verordneten Medikamente ins Kalkül gezogen werden.

Die meisten Anticholinergika sind in ihrer chemischen Struktur tertiäre Amine und passieren als solche die Blut-Hirn-Schranke. Dies erklärt die Vielzahl an berichteten ZNS-Nebenwirkungen, die von deliranten Zuständen über demenzielle bis hin zu Parkinson-ähnlichen Symptomen reichen. Darüber hinaus werden die tertiären Amine über das hepatische Cy-

tochrom-P450 (CYP)-System 3A4 abgebaut – ein Metabolisierungsweg, auf dem sich auch Makrolid-Antibiotika, Barbiturate, Johanniskraut und viele andere gerade bei älteren Patienten häufig verordnete Wirkstoffe tummeln. Aus diesem Grund muss mit Arzneimittel-Interaktionen gerechnet werden.

Lediglich Trosipiumchlorid (Spasmex®) nimmt hier eine Ausnahmestellung ein: Als einziges quartäres Amin ist es auf

Grund seiner Molekülgröße und positiven Ladung nicht liquorgängig – und führt daher nicht zu anticholinergen ZNS-Nebenwirkungen. Darüber hinaus wird es nicht hepatisch verstoffwechselt – daher besteht auch von dieser Seite kein Interaktionspotenzial. Stattdessen wird es renal eliminiert, so dass lediglich bei schwerer Niereninsuffizienz die Dosis anzupassen ist. ■

Quelle: Dr. R. Pflieger GmbH, Bamberg, www.dr-pflieger.de

Wenig Klarheit im Erstattungsdschungel

Wann ist ein Medikament erstattungsfähig und wann nicht? Eine Frage, die nicht so einfach zu beantworten ist. Geregelt ist die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Sozialgesetzbuch. So sind apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen. Die Verordnung dieser Medikamente auf Kassenrezept ist nach § 34 Abs. 1 Satz 2 jedoch ausnahmsweise zulässig, wenn sie bei der Behandlung schwerwiegender Erkran-

kungen als Therapiestandard gelten. Die Aufzählung der schwerwiegenden Erkrankungen findet sich in den Arzneimittelrichtlinien.

Die Arzneimittelrichtlinien sind an die Vertragsärzte gerichtet, die ihr Verordnungsverhalten dementsprechend ausrichten müssen. Auch Medizinprodukte können erstattungsfähig sein. Voraussetzung dafür ist, dass sie in die Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgenommen wurden, hier hält sich der Gesetzgeber allerdings eine ▶

▶ zeitliche Befristung vor. Medizinprodukte, die nicht in der Ausnahmeliste aufgeführt werden, gehören damit nicht zu den verordnungsfähigen Medizinprodukten.

Als Arzneimittel ist Movicol® hingegen ist von Anfang an Bestandteil der Ausnahmeliste und somit in bestimmten Fällen erstattungsfähig. Das Laxans mit physiologischem Wirkprinzip ist zur

Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit z.B. Tumorleiden (s. Tabelle) oder auch im Rahmen einer Schmerztherapie mit Opioiden therapeutisch indiziert und kann zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verordnet werden.

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung trat zum 01.01.2004 in Kraft. Dort wurde unter anderem die Verordnung und Kostenübernahme rezeptfreier apothekenpflichtiger Medikamente durch gesetzliche Krankenkassen ausgeschlossen. Für einzelne dieser nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel wurde am 16.03.2004 (aktualisiert am 18.10.2005) für besonders schwerwiegende Erkrankungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Ausnahmeliste erstellt. ■

Erstattungsfähigkeit von Movicol®

MOVICOL® ist ab dem 12. Lebensjahr erstattungsfähig zur Behandlung der Obstipation im Zusammenhang mit

- ▶ Tumorleiden
- ▶ Megakolon
- ▶ Neurogener Darmlähmung
- ▶ Divertikulose/Divertikulitis
- ▶ Mukoviszidose
- ▶ Opiat- sowie Opioidtherapie
- ▶ bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz
- ▶ Behandlung in der Terminalphase



Quelle: Norgine GmbH, Marburg;
www.norgine.de

Antidementive Behandlung: Compliance als Erfolgsparameter

Die Verbesserung der Compliance bei der medikamentösen Behandlung der Alzheimer-Demenz (AD) ist entscheidend für den Therapieerfolg, betonten Experten beim DGG-Symposium. So erhalten Patienten während ihrer mittleren Krankheitsdauer von mehr als sieben Jahren im Durchschnitt nur 4,5 Monate eine Behandlung mit Cholinesterasehemmern und diese häufig in nicht wirksamer Dosierung [1, 2, 3].

Neben einer zu niedrigen Dosierung und zu kurzen Behandlungsdauer spielt in der täglichen Praxis die mangelnde Therapietreue der Patienten eine wesentliche Rolle für eine unzureichende AD-Therapie. Mit dem Rivastigmin-Pflaster (Exelon® transdermales Pflaster) wird die Compliance deutlich erhöht und dadurch die Behandlung effektiver [4, 5].

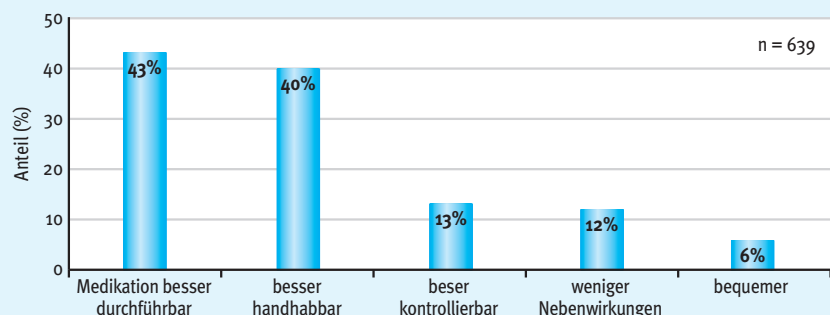
Verzögerter Krankheitsverlauf

Ein hohes cholinerges Defizit liegt bereits im frühen Stadium der Alzheimer-Krankheit vor. Patienten, die über fünf Jahre kontinuierlich mit Rivastigmin in wirkstarker Dosierung behandelt wurden, profitierten von einem verzögerten Krank-

heitsverlauf und einem längeren Aufrechterhalten der kognitiven Leistungsfähigkeit [6]. Da bereits im mittleren Krankheitsstadium die Selbstständigkeit der Patienten eingeschränkt ist, Störungen im Kurz- und Langzeitgedächtnis, in der Orientierung und im Zeitgefühl ausgeprägt sind, sollte die medikamentöse Behandlung so früh wie möglich beginnen, erläuterte Prof. Dr. Jörn Peter Sieb, Han-

se-Klinikum Stralsund. Damit jedoch das Fortschreiten der Krankheit möglichst lange hinausgezögert werden kann, muss die medikamentöse Behandlung auch in wirkstarker Dosis konsequent durchgeführt werden, unterstrich der Referent. Bei oraler Gabe von Cholinesterasehemmern erschwert die Compliance nachhaltig die Behandlung von Alzheimer-Patienten und stellt ein erhebliches Problem

Pflastertherapie wird als gut bewertet



Gründe für die pflegenden Angehörigen, das Pflaster gegenüber der oralen Medikation vorzuziehen (Mehrfachnennung möglich).

modifiziert nach [5]

dar, berichtete Prof. Sieb. Viele Patienten erreichen nicht die für eine optimale Behandlung wünschenswerte wirkstarke Dosis, was oft für Patienten mit einer Verschlechterung der Kognition, weiteren Abnahme des Funktionsniveaus und für deren pflegende Angehörige mit erhöhtem Betreuungsbedarf verbunden ist.

Laut Prof. Sieb benötigen über 70% der Alzheimer-Patienten Hilfe bei der Medikamenteneinnahme, dazu gehörten auch Organisation und Verabreichung der Medikamente. Die häufigsten Gründe für Non-Compliance sind Vergesslichkeit sowie Verunsicherung über Verordnungspläne, berichtete Prof. Sieb. Hinzu kommt, dass Alzheimer-Patienten häufig an behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen leiden und zusätzliche Medikamente einnehmen müssen.

Wie der Experte herausstellte, sind mit der Anwendung des Rivastigmin-Pflasters

gleiche mehrere Vorteile für Patienten und pflegende Angehörige verbunden. Der Aufwand für die Medikamentenverabreichung wird deutlich minimiert, das Pflaster kann individuell in den Tagesablauf integriert werden und lässt sich mit allen gängigen Medikamenten ohne pharmakokinetische Interaktionen kombinieren, wodurch die Compliance nochmals deutlich verbessert wird [5, 7]. Begleitend zur großen kontrollierten, doppelblinden Vergleichsstudie von Rivastigmin-Pflaster mit Rivastigmin-Kapseln wurde unter doppelblinden Studienbedingungen die Einschätzung der pflegenden Angehörigen zur Behandlungspräferenz des Pflasters gegenüber oraler Gabe ermittelt. Das Studienergebnis ist eindeutig: 72% der Pflegenden bevorzugten das Rivastigmin-Pflaster. Als Gründe nannten sie die einfache Handhabung, bessere Durchführbarkeit, vi-

suelle Applikationskontrolle und gute Verträglichkeit [5]. ■

Literatur

1. Fitzpatrick AL et al., J Neurol Sci 2005; 229-230: 43-49
2. Singh G et al., J Am Geriatr Soc 2005; 53: 1269-1270
3. Raschetti R et al., Eur J Clin Pharmacol 2005; 61: 361-368
4. Winblad B et al., Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22 (5): 456-467
5. Winblad B et al., Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22 (5): 485-491
6. Small GW et al., Int J Clin Pract 2005; 59 (4): 473-477
7. Grossberg GT et al., Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15: 242-247
8. Levevre G et al., Clinical Pharmacology & Therapeutics 2008; 83 (1): 106-114

Quelle: Satellitensymposium im Rahmen des 19. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), Göttingen, September 2009; Novartis Pharma GmbH, Bach a. d. Donau, www.novartis.com

Engagierter Pionier der medizinischen enteralen Ernährung

Seit 1919 engagiert sich das Unternehmen Pfrimmer Nutricia auf dem Gebiet der medizinischen Ernährung und gehört heute mit 320 Mitarbeitern auf diesem Gebiet zu den Marktführern in Deutschland. International ist Pfrimmer Nutricia ein Teil der Medical Nutrition Sparte der Groupe Danone.

Basis für den Erfolg von Pfrimmer Nutricia ist ein ganzheitliches Konzept: Neben einem Komplettsortiment für die medizinische enterale Ernährung bietet der Spezialist für Sonden- und Trinknahrung auch die dazugehörige Applikationstechnik wie Sonden, Überleitsysteme und Ernährungspumpen an. Optimal aufeinander abgestimmt, unterstützen diese Produkte den Therapieerfolg.

Im Bereich der Advanced Medical Nutrition liegt die Kernkompetenz des Unternehmens in der Entwicklung von Nahrung, die der besonderen Situation des Kranken gerecht wird. Ein Schwerpunkt sind hier Spezialnahrungen, die Krankheitssymptome lindern können (Disease Targeted Nutrition). Damit der Weg der Patienten frei von Versorgungslücken bleibt, begleitet Pfrimmer Nutricia den Patienten von der Aufnahme im

Krankenhaus über die Entlassung bis hin zur Weiterversorgung im Pflegeheim oder zu Hause. Dabei bietet Pfrimmer Nutricia für jede Anforderung das richtige Konzept.

Innovation als Erfolgsrezept

Bei allen Bemühungen und Entwicklungen von Pfrimmer Nutricia steht das



Wohl der Patienten im Mittelpunkt: Denn dass eine optimale Ernährung den Verlauf vieler Krankheiten und den Therapieerfolg positiv beeinflussen kann, ist unumstritten. Eine Ernährungstherapie mit medizinischer Trinknahrung sichert die ausreichende Nährstoff- und Energieversorgung der Patienten. Sie bleiben länger mobil und unabhängig, die Lebensqualität der Betroffenen steigt merklich. Um die Situation von Menschen, die auf medizinische Ernährung angewiesen sind, noch weiter zu verbessern, bemüht sich Pfrimmer Nutricia permanent um Weiterentwicklung und Anpassung der Produkte an die Bedürfnisse der Patienten. Im konzerneigenen, internationalen Forschungszentrum in den Niederlanden arbeiten mehr als 200 Mitarbeiter kontinuierlich an innovativen Ernährungstherapien. Jährlich zeichnet das Unternehmen außerdem ausge-

Neben einem Komplettsortiment für die medizinische enterale Ernährung bietet der Spezialist für Sonden- und Trinknahrung auch die dazugehörige Applikationstechnik wie Sonden, Überleitsysteme und Ernährungspumpen an.

► wählte Nachwuchswissenschaftler mit dem renommierten Dr.-Werner-Fekl-Preis aus und fördert so die Arbeiten junger Forscher.

Meilensteine der erfolgreichen Forschungs- und Entwicklungsgeschichte des Unternehmens sind beispielsweise die erste industriell gefertigte Infusionslösung (Tutofusin) im Jahr 1925, die in Zusammenarbeit mit der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg entstand. Mit Vivasorb wurde 1969 erstmals ein Produkt in der enteralen Ernährung eingesetzt. 1974 gelang dem Unternehmen die Einführung der ersten bilanzierten Diät (Biosorbin MCT). Seit 2005 schließlich verzichtet Nutricia auf den Einsatz des gesundheitsschädigenden Weichmachers DEHP in medizintechnischen Produkten und ersetzte ihn als erstes ernährungswissenschaftliches Unternehmen durch eine unbedenkliche Alternative.

Trotz künstlicher Ernährung zu Hause leben

Auch im Bereich Homecare gehört Pfrimmer Nutricia zu den Pionieren. Bereits 1986 wurde die firmeneigene Pflegeorganisation Ernährungsteam Pfrimmer (etp) mit dem Ziel ins Leben gerufen, die Betroffenen beim Umgang mit enteraler Ernährung auch zu Hause und in Pflegeheimen zu unterstützen. Das etp-Team betreut deutschlandweit Betroffene in den eigenen vier Wänden und unterstützt auch die Angehörigen bei Fragen und Problemen. Speziell zur Unterstützung von Eltern mit kranken oder behinderten Kindern wurde das etp junior-Team gegründet. Fachkundige Außendienstteams beraten außerdem in ganz Deutschland Kliniken, den medizinischen Fachhandel sowie niedergelassene Ärzte und Apotheker.

Als führendes Unternehmen auf dem Gebiet medizinischer enteraler Ernährung sieht es Pfrimmer Nutricia als seine Aufgabe, sowohl medizinisches und pflegerisches Fachpersonal als auch Angehörige und Patienten zu schulen. Über die eigene Fortbildungsabteilung, das Forum enterale Ernährung, bietet der Ernährungsspezialist ein breites Seminarprogramm für Mitarbeiter aller Fach-

disziplinen, die mit medizinischer Ernährung in Berührung kommen.

Engagiert gegen Mangelernährung

Zu den entscheidenden Werten, die Firmengründer Jacques Pfrimmer dem Unternehmen hinterlassen hat, zählt es, die Situation von Menschen mit krankheitsbedingten Ernährungsstörungen fortlaufend zu verbessern: Pfrimmer Nutricia engagiert sich auf vielfältige Weise für dieses Ziel.

Pfrimmer Nutricia arbeitet in Deutschland eng mit Experten auf dem Gebiet der Mangelernährung zusammen. Außerdem fördert der Ernährungsspezialist Symposien und Fortbildungsveranstaltungen an Kliniken und stellt Betroffenen und Betreuern umfangreiches Informationsmaterial zur Verfügung. Das Unternehmen ist zudem in Verbänden wie der Deutschen Gesellschaft für Er-

nährungsmedizin (DGEM) oder dem Bundesverband Medizintechnik aktiv und unterstützt die Allianz gegen Mangelernährung im Alter.

Gemeinsam für die SOS-Kinderdörfer

Als Spezialist für medizinische Ernährung ist es das Anliegen von Pfrimmer Nutricia, die Lebensqualität von Menschen zu verbessern. Dieser Kern der Unternehmensphilosophie setzt sich im Engagement für das Projekt SupportingLife fort. SupportingLife ist ein Partnerschaftsprogramm der gesamten Medical Nutrition Sparte der Groupe Danone mit den SOS-Kinderdörfern. Dabei unterstützt jedes Unternehmen Projekte in seiner Region. ■

Quelle: Pfrimmer Nutricia GmbH, Erlangen;
www.pfrimmer-nutricia.de

Blutdruckmanagement bei Diabetikern: Beste Evidenz für BiPreterax®N

Der Diabetiker ist ein Risikopatient. Damit bedarf er, wenn er – wie meist – eine Hypertonie aufweist, einer strengen Blutdruckkontrolle. Nationale und Internationale Leitlinien fordern einen Blutdruck-Zielwert von < 130/80 mmHg, denn das kardio-vaskuläre Risiko dieser Patienten ist hoch. Um diese neuen, niedrigen Zielwerte in der Praxis auch zu erreichen, empfiehlt die Deutsche Hochdruckliga, gleich mit einer Fixkombination einzusteigen, was die Auswahl auf zwei Optionen einschränkt. Denn für die primäre antihypertensive Kombinationstherapie sind nur Perindopril/Indapamid (Preterax®N) und Bisoprolol/HCT zugelassen, letzteres allerdings nicht in Deutschland. Keine der derzeit verfügbaren Kombinationen mit Kalzium-Antagonisten, Sartanen, ACE-Hemmern oder direkten Reninblockern ist zur initialen Hypertonie-Therapie zugelassen.

Für die Kombination Perindopril/Indapamid wurde der Nutzen einer weiteren Absenkung des Blutdrucks unter die in der UKPDS-Studie erzielten Wer-

te in der ADVANCE-Studie eindrücklich belegt. In dieser bisher größten prospektiven Morbiditäts- und Mortalitätsstudie bei Typ-2-Diabetikern erhielten 11.140 im Durchschnitt 66 Jahre alte Patienten, über 4,3 Jahre zusätzlich zu einer leitlinien-gerechten antihypertensiven Kombinationstherapie entweder Plazebo oder die Fixkombination Perindopril/Indapamid (BiPreterax®N). Dadurch konnte der systolische Blutdruck mit nur einer zusätzlichen Tablette am Tag um weitere 6-7 mmHg gesenkt werden – und das, obwohl in der Plazebogruppe häufiger nachreguliert wurde. Dies wirkte sich positiv auf die Ereignisrate aus. Sie sank um 9%. Die Gesamtmortalität ging um 14% zurück, wobei die kardiovaskuläre um 18%, die nicht-kardiovaskuläre Mortalität um 8% abnahm. Auch die Hämodynamik verbesserte sich. Der ACE-Hemmer in Kombination mit Indapamid schützt die Nieren! Eine bereits bestehende Albuminurie bildete sich in 16% der Fälle zurück.

Positive Zusatzeffekte nutzen, negative vermeiden

Experten raten dazu, bei der Wahl der Kombinationspartner positive Zusatzeffekte zu nutzen und die Daten zur Vermeidung von Endorganschäden zu berücksichtigen. Als positive Zusatzeffekte der Fixkombination Perindopril/Indapamid sind neben der zuverlässigen Blutdrucksenkung über 24 Stunden beider Partner und die selbst in höheren Dosierungen erhaltene Stoffwechselneutralität zu nennen – und zwar in Bezug auf den Blutzucker, die Triglyzeride und das Gesamtcholesterin. Damit unterscheidet sich Indapamid als Thiazid-Analogon deutlich von dem häufig eingesetzten Kombinationspartner Hydrochlorothiazid (HCT), für den zudem bei einem Großteil der Diabeti-

ker auf Grund der Glukoseintoleranz und des Metabolischen Syndroms eine relative Kontraindikation besteht. Im Gegensatz zu klassischen Diuretika wirkt das Thiazid-Analogon Indapamid zu 95% direkt vasodilatierend auf das Endothel und nur zu 5% saluretisch. Für die Fixkombination Perindopril/Indapamid spricht zudem, dass sie bei Bedarf titrierbar ist.

Mit Blick auf die Vermeidung von Endorganschäden gewinnt der zentrale Blutdruck zunehmend an Bedeutung, auch wenn diese Messung bisher noch kaum verbreitet ist. Denn Antihypertensiva, die den zentralen Blutdruck zu senken vermögen, zeigen eine höhere Effektivität in der Vermeidung von Endorganschäden wie der linksventrikulären Hypertrophie. Für Hemmer des Renin-Angiotensin-

Systems sowie Indapamid, nicht aber Beta-blocker oder Thiaziddiuretika ist belegt, dass sie den zentralen Blutdruck senken. In der REASON-Studie, die eine einjährige First-Line-Therapie mit Perindopril/Indapamid oder Atenolol an 235 hypertensiven Patienten verglich, sanken systolischer Blutdruck, Mitteldruck und Blutdruckamplitude signifikant stärker als unter Atenolol. Darüber hinaus ging der zentrale Blutdruck unter Perindopril/Indapamid um 3,1% zurück, während er unter Atenolol um 1,8% anstieg. Die Fixkombination BiPreterax[®]N wird gut vertragen und von den Patienten mit hoher Zuverlässigkeit eingenommen. ■

Quelle: Servier Deutschland GmbH, München; www.servier.de

Gezielter Ausgleich von Kalium-Magnesium-Imbalancen

Kalium-Magnesium-Imbalancen sind eine häufige Ursache von tachykarden Arrhythmien – insbesondere bei Patienten mit bestehenden Herzerkrankungen wie KHK, Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt oder Hypertonie. Dies belegen mehrere Studien. Und auch Patienten mit Diabetes mellitus sowie ältere, multimorbide Patienten sind für das Auftreten von Elektrolytstörungen und dadurch bedingte Herzrhythmusstörungen prädisponiert. So wird bei Diabetikern auf Grund erhöhter Blutzuckerspiegel vermehrt Zucker und Wasser über die Niere ausgeschieden, womit auch größere Elektrolytverluste über den Urin verbunden sind. Bei älteren Menschen liegt häufig auf Grund einer altersbedingten, unzureichenden Aufnahme nicht nur eine Unterversorgung mit Kalium und Magnesium, sondern auch mit B-Vitaminen vor. Schließlich induzieren nicht selten auch bestimmte Medikamente, so zum Beispiel Diuretika, Herzglykoside oder Laxantien, ein Missverhältnis der beiden Mineralstoffe. Unerwünschte Wirkungen klassischer Antiarrhythmika – vor allem arrhythmogene Effekte – werden durch vorbestehende Elektrolytstörungen (Kalium und Magnesium) verstärkt.



Die Broschüre „Tromcardin[®] complex zur diätetischen Behandlung von Herzerkrankungen insbesondere Herzrhythmusstörungen“ enthält fundierte Informationen zum Produktprofil und den Anwendungsgebieten der ergänzenden bilanzierten Diät. Zudem werden der klinische Beleg für die Bedeutung der Elektrolytkombination Kalium und Magnesium sowie die Funktion der B-Vitamine und Coenzym Q10 im Herz-Kreislauf-System erläutert. Ärzte können die Produktbroschüre per Fax (0 24 04/553 333) kostenlos bei der Firma Trommsdorff unter dem Kennwort „9800B10“ anfordern.

Kalium-Magnesium-Imbalancen führen zu Arrhythmien

Erschöpfungszustände und (tachykarde) Herzrhythmusstörungen – diese und weitere Symptome können Hinweise auf eine Kalium-Magnesium-Imbalance sein. Um generell die Auswirkungen einer solchen Imbalance auf die Herztätigkeit zu verstehen, muss man die Funktionen der Elektrolyte im Körper kennen: Bei einer Unterversorgung mit dem Mineralstoff Kalium sind Spontanerregungen auf Grund eines erniedrigten Schwellenpotenzials an der Herzmuskelzelle möglich. Außerdem kann eine Hypokaliämie zu Störungen der Natrium-Kalium-Pumpe führen. Ein unverzichtbarer Kofaktor für

die Kaliumaufnahme in die Körperzellen ist Magnesium, denn Magnesium fungiert bei allen enzymatischen, ATP-abhängigen Reaktionen als Kofaktor – natürlich auch am Herzmuskel. Es moduliert u.a. den Kaliumstrom in die Herzzelle und ist zur Erhaltung und Wiederherstellung eines physiologischen Kaliumgradienten erforderlich. Daher ist ein Ausgleich eines intrazellulären Kaliummangels nur bei ausreichender Versorgung mit Magnesium möglich. Um eine Kalium-Magnesium-Imbalance, die zu Arrhythmien führen kann, wirksam auszugleichen bzw. dieser vorzubeugen, ist folglich eine kombinierte Gabe beider Elektrolyte erforderlich. ▶

▶ Tromcardin® complex bietet diese Option einer ausreichenden und ausbalancierten, oralen Zufuhr beider Mineralstoffe Kalium und Magnesium – und stellt somit bei (tachykarden) Arrhythmien eine sichere und effektive diätetische Behandlungsmöglichkeit dar.

Die ergänzende bilanzierte Diät enthält die bewährte Elektrolytkombination in einem optimal aufeinander abgestimmten Verhältnis (117,3 mg Kalium und 36,5 mg Magnesium pro Tablette). Darüber hinaus sind ausgewählte B-Vitamine (B12, Folsäure, Niacin) sowie Coenzym Q10 als wichtige Nährstoffe enthalten, die die Herzfunktion zusätzlich unterstützen. Für die Kombination dieser Mikronährstoffe in Tromcardin® complex sprechen nicht nur die Einzeleffekte, sondern auch die additiven Effekte auf die Stabilität des Herzens. So können Rhythmusstörungen gezielt reduziert bzw. beseitigt werden.

Patienten mit funktionellen Herzrhythmusstörungen, Herzrasen und Herzstolpern sowie Patienten mit KHK, Hypertonie, Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen profitieren gleichermaßen von einer Behandlung mit Tromcardin® complex. Und auch bei Diabetikern oder älteren Patienten mit Herzrhythmusstörungen sollte immer an einen Ausgleich von Elektrolyt-Imbalancen gedacht werden. Mit nur 2 x 2 Tabletten täglich ist eine sehr verträgliche Versorgung des Patienten möglich – und dies ganz budgetneutral.

Tromcardin® complex ist eine ergänzende bilanzierte Diät zur diätetischen Behandlung von Herzerkrankungen, insbesondere Herzrhythmusstörungen, die primär auf Kalium-Magnesium-Imbalancen zurückzuführen sind. Es ist exklusiv in Apotheken erhältlich. ■

Quelle: Trommsdorff GmbH & Co. KG, Monheim; www.trommsdorff.de

Mitglieder des Förderkreises der

Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- ▶ Medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH
Jens Denker
Theaterstr. 6, 22880 Wedel
- ▶ Merz Pharmaceuticals GmbH
Ulrike Karberg
Eckenheimer Landstraße 100-104
60318 Frankfurt/Main
- ▶ Mundipharma Vertriebsgesellschaft mbH & Co. KG
Michael Siepe
Mundipharmastr. 6
65549 Limburg/Lahn
- ▶ Norgine GmbH
Dr. Richard Sodmann
Im Schwarzenborn 4
35041 Marburg
- ▶ Novartis Deutschland GmbH
Dr. Florian Islinger
Roonstr. 25, 90429 Nürnberg
- ▶ Dr. R. Pfleger
Chemische Fabrik GmbH
Thomas Leufgens
Dr.-Robert-Pfleger-Straße 116
96045 Bamberg
- ▶ Pfrimmer Nutricia GmbH
Dr. Rainer Heurich
Am Weichselgarten 23
91058 Erlangen
- ▶ Physio Nova GmbH
Hans-Peter Barthelt
Im Wolfsgarten 9
91056 Erlangen
- ▶ Sanofi Pasteur MSD GmbH
Petra Ajlani
Paul Ehrlich Str. 1
69181 Leimen
- ▶ Servier Deutschland GmbH
Dr. Clemens Unrast
Elsenheimerstr. 53
80687 München
- ▶ Trommsdorff Arzneimittel GmbH & Co.
Dr. Bettina Freischütz
Trommsdorffstraße 2-6
52475 Alsdorf
- ▶ UCB GmbH
Dr. rer. nat. Sigrid Grafflage
Alfred-Nobel-Str. 10
40789 Monheim

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 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

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.