

## Albertinen-Haus: neue Angebote für spezielle geriatrische Patientengruppen



Foto: Albertinen-Krankenhaus

Am 14. Januar wurden im Albertinen-Haus – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie in Hamburg-Schnelsen die Station für Kognitive Geriatrie sowie eine Einheit für Palliative Geriatrie offiziell in Betrieb genommen, von links: Dr. Johannes Vogel, PD Dr. Alexander Rösler und Prof. Wolfgang von Renteln-Kruse, Chefarzt der Medizinisch-Geriatriischen Klinik im Albertinen-Haus.

Am 14. Januar 2010 wurden im Albertinen-Haus – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie in Hamburg-Schnelsen im Rahmen eines Festaktes die Station für Kognitive Geriatrie sowie eine Einheit für Palliative Geriatrie offiziell in Betrieb genommen.

Auf der Station für Kognitive Geriatrie werden unter der oberärztlichen Leitung von Priv.-Doz. Dr. Alexander Rösler Patienten versorgt, die neben einer somatischen Erkrankung zusätzlich von Einschränkungen ihres Denkens oder ihrer Wahrnehmung betroffen sind. Diese Patienten brauchen eine besondere Umgebung, Pflege und Behandlung. Kennzeichen der Station ist deshalb eine besondere Ausbildung der behandelnden Pflegekräfte, Therapeuten und Ärzte, ein stärker strukturierter Tagesablauf und eine besondere architektonische Ausstattung. Auf der Station werden ältere, meist mehrfach erkrankte Menschen behandelt, die mit akuten und subakuten Krankheitsbildern zur Aufnahme kommen und zusätzlich kog-

nitiv eingeschränkt sind, d.h. in der Regel an einem demenziellen Syndrom oder einem Verwirrheitszustand leiden.

In der Einheit der Palliativen Geriatrie werden unter der oberärztlichen Leitung von Dr. Johannes Vogel und der pflegerischen Leitung von Sabine Eckstein geriatrische Patienten behandelt, deren Lebensprognose eingeschränkt ist. Dazu gehören neben Patienten mit bösartigen Tumoren auch diejenigen mit nicht-malignen Erkrankungen. Ziel ist nicht allein die besondere Zuwendung und Linderung von Symptomen, sondern auch die Entlassung nach Hause, wann immer sie möglich und gewollt ist.

Insgesamt stehen sechs Betten im Westflügel der Medizinisch-Geriatriischen Klinik auf der Station 1 A zur Verfügung. Zwei Einbett-Zimmer und zwei Zweibett-Zimmer sind in Ergänzung zur Akutgeriatrie dieser Station in einem eigenen räumlichen Bereich untergebracht. Das Team der Palliativen Geriatrie schließt alle dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit

### Inhalt

#### Aktuelle Nachrichten

- ▶ Geriatrie für aktuelle und kommende Herausforderungen gut aufgestellt
- ▶ Intensivkurs Geriatrie
- ▶ Blasenkrebs: Mit Strahlen- und Wärmetherapie Blase erhalten
- ▶ NRW-Fortbildungskongress
- ▶ Gedächtnisstörungen im Alter durch Depression oder Demenz
- ▶ 2060: Jeder 7. Bürger wird 80 Jahre und älter sein
- ▶ Demenz: Stiftung fördert Weiterbildungen im Ausland
- ▶ Förderpreis „Geriatrische Onkologie“
- ▶ Forschungsförderung 2010 der Deutschen Alzheimer Gesellschaft ausgeschrieben
- ▶ Deutsche Schlaganfall-Hilfe will über Vorhofflimmern aufklären [ab Seite 2](#)

#### Bücher:

- ▶ Kodierhandbuch Geriatrie 2010
- ▶ Neuromuskuläre Erkrankungen
- ▶ Geriatrie für Hausärzte [Seite 7](#)

#### Forum Förderkreis:

- ▶ Intradermale Impfung durch Mikronadel-Injektionssystem
- ▶ KLEE-Konzept trägt Früchte
- ▶ Tumorschmerz
- ▶ Inkontinenz kommt selten allein
- ▶ Option für Patienten mit KHK und Angina pectoris-Beschwerden

[ab Seite 8](#)

ein: Im Mittelpunkt steht dabei eine gute Pflege mit entsprechendem Anteil an abgeschlossener Palliative Care Weiterbildung. Zwei Fachärzte mit Zusatzqualifikation Geriatrie und Palliativmedizin, Therapeuten, Seelsorger, Sozialarbeiter und Ehrenamtliche gehören ebenso zum Team wie ein Zivildienstleistender und eine Praktikantin im Freiwilligen Sozialen Jahr. In regelmäßigen Teamsitzungen werden Probleme und Ziele der Patienten erörtert. ■

## Geriatrie für aktuelle und kommende Herausforderungen gut aufgestellt

Die Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Geriatrie e.V. hat in der letzten Novemberwoche die Arbeitsschwerpunkte für das Jahr 2010 beraten und beschlossen. Auf der Tagesordnung standen u.a. Zukunftskonzepte der geriatrischen Versorgung in Deutschland.

Im Juli hatte der Bundesverband ein „Weißbuch Geriatrie“ in Auftrag gegeben, mit dem erstmals bundesweit eine umfassende und gutachterlich fundierte Untersuchung der gegenwärtigen Situation der geriatrischen Versorgung und zur Weiterentwicklung der Geriatrie erstellt wird. Mittlerweile befindet sich das Weißbuch in der redaktionellen Schlußphase. Anliegen des Weißbuches ist es, den derzeitigen Stand der geriatrischen Versorgung unter Auswertung umfangreicher und repräsentativer Fakten zu analysieren. Zugleich soll die aktuelle und perspektivische Versorgungssituation der Geriatrie in Deutschland dargestellt und bewertet werden. Verbunden ist dies mit einer Beschreibung des politischen und wirtschaftlichen Umfeldes für die Geriatrie in der Bundesrepublik. Mit dem Weißbuch soll Politik und Fachöffentlichkeit eine belastbare Erhebung als Entscheidungshilfe an die Hand gegeben werden.

In diesem Zusammenhang diskutierten die Teilnehmer der Mitgliederversammlung ausführlich innovative Konzepte der geriatrischen Versorgung. Insbesondere

mit dem „Versorgungsverbund Geriatrie“ will der Verband auf die gegenwärtigen und künftigen Herausforderungen reagieren.

Im Versorgungsverbund sollen die positiven Aspekte, die bereits heute in geriatrischen Zentren und Netzwerken zu finden sind, gebündelt werden. Der Bundesverband sieht damit die Möglichkeit, Leistungen der geriatrischen Versorgung

und der medizinischen Betreuung älterer Menschen fachspezifisch sinnvoll und zugleich wirtschaftlich effizienter zu gestalten.

Die Angebotspalette der geriatrischen Versorgung durch die verschiedenen Kooperationspartner könne dabei von der Diagnostik und Therapie, Nachsorge und Rehabilitation über Projekte zur Gesundheitsprävention bis zu Angehörigenschulungen reichen. ■

Quelle: Bundesverband Geriatrie e.V.; [www.bv-geriatrie.de](http://www.bv-geriatrie.de)

### Intensivkurs Geriatrie

Vom 30. April bis 2. Mai 2010 veranstaltet der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) einen Intensivkurs Geriatrie. Die Leitung obliegt Dr. H. Werner, Oberursel und Dr. J. Bauer, Nürnberg

**Freitag 30.4., 13.30 – 17.00 Uhr**

- ▶ Update Pharmakotherapie im Alter, Hansjörg Werner, Oberursel
- ▶ Arthritis im Alter – Sinn und Unsinn in Diagnostik und Therapie, Marcus Köller, Wien

**Samstag 1.5., 9.00 – 17.00 Uhr**

- ▶ Gibt es eine Gebrechlichkeit (Frailty)? Bedeutung, Diagnostik und therapeutische Ansätze, Jürgen Bauer, Nürnberg
- ▶ Chronische Lungenerkrankungen alter Menschen, Dieter Lüttje, Osnabrück

**Informationen:** Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Fortbildung und Kongresse, Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel. 06 11/18 133-22/-21, Fax 06 11/1813323, eMail: [fortbildung@bdi.de](mailto:fortbildung@bdi.de)

- ▶ Psychotherapie im Alter – Möglichkeiten und Grenzen, Hans-Georg Nehen, Essen
- ▶ Chronische Wunden und Wundbehandlung in der Geriatrie, Rainer Wirth, Borken

**Sonntag, 2.5., 9.00 – 13.00 Uhr**

- ▶ Endokrinologische Besonderheiten im Alter – Schilddrüse, Testosteron und mehr, Cornelius Bollheimer, Regensburg/Erlangen
- ▶ Der alte Mensch als Autofahrer, Hans-Jürgen Kaiser, Erlangen

## Blasenkrebs: Mit Strahlen- und Wärmetherapie Blase erhalten

Ein aggressiver Blasenkrebs konnte früher nur durch die komplette Entfernung der Harnblase geheilt werden. Heute gelingt es den Ärzten häufig, mit einer multimedialen Therapie die Blase zu erhalten. Der Tumor wird mit einem Katheter entfernt, dann kommen Strahlen- und Chemotherapien zum Einsatz. Weiterhin gibt es die Hyperthermie, eine Wärmebehandlung, welche die Behandlungsergebnisse weiter verbessert. Ärzte können eine Ersatzblase aus Darm-

schlingen konstruieren. Doch die Lebensqualität der Patienten ist dadurch stark eingeschränkt. Die Ersatzblase ermöglicht zwar das Wasserlassen, ist jedoch mit Inkontinenz verbunden. Unter Umständen muss der Urin mehrmals täglich über einen Katheter abgeleitet werden. Dazu die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) Prof. Dr. Rita Engenhart-Cabillic: „Heute kann eine Strahlentherapie die Tumorzellen in der Blase effektiv zer-

stören. Eine Chemotherapie verstärkt diese Wirkung.“ Zunächst jedoch wird der Tumor über einen Katheter entfernt. Dann folgt die kombinierte Strahlen- und Chemotherapie. Vier bis sechs Wochen später wiederholen Ärzte den Kathetereingriff, um evtl. Tumorreste zu beseitigen. In drei von vier Fällen kann die Blase komplett erhalten werden.

Zu einer weiteren Verbesserung könnte die Hyperthermie führen, die Erlanger Radioonkologen einsetzen. Zu Be-

ginn der Strahlentherapie erwärmen sie die Blase auf 40-44° Celsius. Die Hitze steigert die Wirkung der Radiochemotherapie weiter. Die ersten Ergebnisse jedenfalls sind nach eigenen Angaben vielversprechend. Bei 43 von 45 Patienten konnten die Ärzte den Tumor vollständig zurückdrängen. Zwar kam es bei einigen Patienten nach 34 Monaten zu einem Rückfall, eine vollständige Entfernung der Blase konnte aber vermieden werden. ■

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V., Berlin;  
www.degro.org

## NRW-Fortbildungskongress

Am 12. Juni 2010 veranstaltet die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) in der Universitätsklinik Köln den diesjährigen NRW-Fortbildungskongress Geriatrie. Themenschwerpunkte sind:

- ▶ Demenz S 3 Leitlinien
- ▶ Osteoporose – Prävention und Therapie
- ▶ Nachwuchsförderung und Geriatrieausbildung in NRW
- ▶ Geriatrie und Pflege
- ▶ Entwicklung der Geriatrie in NRW
- ▶ Mangelernährung

Die Veranstaltung beginnt um 9.00 Uhr in Gebäude LFI, Säle LFI 1 und LFI 2. Der Eintritt ist kostenlos, die Zertifizierung durch die Ärztekammer beantragt.

Nähere Informationen:

gerikomm Media GmbH, Reiner Münster, Winzerstr. 9, 65207 Wiesbaden,  
Tel. 0 61 22/705-236, eMail: reiner.muenster@t-online.de

## Gedächtnisstörungen im Alter durch Depression oder Demenz

Treten bei betagten Personen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen auf, muss nicht immer eine Demenz vorliegen. Sie können auch Anzeichen von Depressionen sein. Da Demenzerkrankungen und Depressionen in ihrer Symptomatik bei Senioren sehr ähnlich sind, ist eine gute medizinische Abklärung und Differentialdiagnose entscheidend. Um eine Demenz von einer Depression zu unterscheiden,

setzt beispielsweise die Memory-Clinic in Essen auf ein Zusammenspiel mehrerer Experten. Sie decken die Fachbereiche Psychologie, Geriatrie, Psychiatrie und Pädagogik ab. Statt Apparatediagnostik steht hier nach eigenen Angaben das Gespräch mit den Menschen im Vordergrund. Ein Neurologe prüft, ob eine organische Erkrankung des Gehirns vorliegt. Eine Computer- oder Magnetresonanztomographie

wird bei Verdacht durchgeführt. In psychologischen Tests werden Schweregrad und Art der Denkstörung und die Gedächtnisleistung bestimmt. So ergibt sich ein umfassendes Bild vom gesundheitlichen Zustand des Patienten.

Wie aber unterscheiden sich Depressionen von einer Demenz? Bei Depressionen gibt es einen raschen Beginn der Gedächtnisprobleme. Ebenso deuten auffällige Leistungsschwankungen bei vergleichbaren Aufgaben darauf hin. Belastende Lebensumstände stoßen diese Krankheit an. Das können z.B. der Tod des Partners oder eine körperliche Erkrankung sein. Trauerreaktionen gehen häufig in Depressionen über. Die Betroffenen klagen über allgemeine Leistungsschwäche sowie Antriebslosigkeit. Sie grübeln viel, haben Schlafstörungen. In der Regel können sie ihre Gedächtnisstörungen detailliert beschreiben. Sie sprechen z.B. davon, dass sie Angst haben, „zu verblöden“.

Bei der Demenz treten zunehmende Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, des Gedächtnisses und des Intellekts auf. Die Störungen beginnen langsam. Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis sowie Desorientiertheit stehen im Vordergrund. Auch Wortfindungsschwierigkeiten, Rechenschwäche, visuell-räumliche Störungen treten auf. Die Erkrankten wissen z.B. nicht mehr, wie man eine Fernbedienung oder eine Wasch- ▶

## Besondere Geburtstage Mai – Juni 2010\*

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

### zum 80. Geburtstag

15.06. Med. Rat Dr. med. Karl Arno Tolzin, Wächterstr. 2a, 18057 Rostock

### zum 70. Geburtstag

06.05. Prof. Dr. med. Peter-H. Althoff, Bürgerhospital Frankfurt am Main e.V., Nibelungenallee 37-41, 60318 Frankfurt /Main

14.05. Dr. med. Dieter Raps, Hebelstr. 22, 79650 Schopfheim

16.06. Dr. med. Anita Stork, Sebastian-Kneipp-Str. 7, 29549 Bad Bevensen

28.06. Dr. med. Hans Hohn, Hauffstr. 11, 76199 Karlsruhe

### zum 65. Geburtstag

23.05. Dr. med. Anna-Maria Rimpel, Hanns-Eisler-Str. 6, 23966 Wismar

28.06. Dr. med. Teodor Marcea, Psychiatrische Klinik Marienborn, Luxemburger Str. 1, 53909 Zülpich

### zum 60. Geburtstag

11.05. Peter Bäurle, Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Postfach 154, 8596 Münsterlingen (Schweiz)

30.05. Dr. med. Peter-Michael Pfennig, Anemonenweg 31, 33175 Bad Lippspringe

02.06. Dr. med. Bernetta Mundelius-Kersgens, Habsburger Allee 12, 52064 Aachen

29.06. Dr. med. Dagmar Keller, Seehagen 29, 23936 Warnow

\* 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)



▶maschine benutzt. Weitere Anzeichen sind zunehmende Ruhelosigkeit, Wesensveränderungen oder Veränderungen im Sozialverhalten. Die Betroffenen jedoch bagatellisieren ihre Leistungsverluste.

Depressionen lassen sich auch im Alter gut behandeln. Einen Ausweg bietet beispielsweise die Psychotherapie. Eine medikamentöse Therapie ist immer dann angezeigt, wenn die depressiven Störungen

ausgeprägt sind. Man geht davon aus, dass im Alter etwa 10% aller Menschen über 60 an behandlungsbedürftigen Depressionen leiden. Sie sollten unbedingt behandelt werden, denn Depressionen im Alter verschlechtern auch die Prognose körperlicher Erkrankungen. ■

*Quelle: Elisabeth Krankenhaus Essen; [www.elisabeth-essen.de](http://www.elisabeth-essen.de)*

## 2060: Jeder 7. Bürger wird 80 Jahre und älter sein

Heute leben in Deutschland etwa 82 Mio. Menschen, 2060 werden es voraussichtlich nur noch 65-70 Mio. sein. Daneben kommt es zu einer erheblichen Veränderung in der Altersstruktur. Heute sind 20% der Bevölkerung 65 Jahre und älter. Im Jahr 2060 wird jeder Dritte mindestens 65 Jahre und älter sein, jeder Siebte 80 Jahr und älter.

Folgende Vorausberechnung der Bevölkerung liegt zugrunde: Die Bevölkerung geht zurück, weil die Zahl der Geburten

bis 2060 stetig sinken wird. Die Zahl der Sterbefälle wird jedoch bis 2050 ansteigen. Der jährliche Überschuss über die Geburten wird bis 2060 auf mehr als das Dreifache zunehmen. An dieser Entwicklung hat die aktuelle Altersstruktur einen erheblichen Anteil.

Der Rückgang der Bevölkerung kann weder durch Zuwanderungsüberschüsse oder durch etwas höhere Kinderzahl je Frau aufgehalten werden. Zur Bevölkerung im Erwerbsalter (20-64) gehören

heute etwa 50 Mio. Menschen. Im Jahr 2060 werden es 27-34% weniger sein. Die Anzahl der Menschen im Rentenalter wird demnach erheblich zunehmen. Heute kommen 34 Senioren über 65 auf mehr als 100 Personen zwischen 20 und 64. 2030 werden es über 50, 2060 zwischen 63 und 67 sein.

Den Berechnungen liegen folgende Annahmen zugrunde: Die zusammengefasste Geburtenziffer bleibt annähernd konstant bei 1,4 Kindern je Frau. Die Lebenserwartung liegt 2060 bei Männern bei 85 Jahren und bei Frauen bei 89,2 Jahren. Der Unterschied zwischen Zu- und Fortzügen aus und ins Ausland wird bei 100.000 Personen im Jahr 2040 berechnet, danach wird er voraussichtlich konstant bleiben. In einer zweiten Variante steigt er bis 2020 auf 200.000 und bleibt danach konstant.

Das Statistische Bundesamt weist darauf hin, dass die Vorausberechnung der Bevölkerung Modellcharakter hat und keine Prognose ist. ■

*Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden; [www.destatis.de](http://www.destatis.de)*

## 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, Martinistr. 44, 20251 Hamburg, eMail: b.merk@d-k-h.de
- ▶ **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-Heerdth 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 Inkontinenz:** Dr. med. A. Wiedemann, Urologische Klinik, Evangelisches Krankenhaus Witten, Pferdebachstr. 27, 58455 Witten, eMail: awiedemann@diakonie-ruhr.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@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 Geriatriische Rehabilitation:** Dr. med. R. Neubart, Sana Klinikum Lichtenberg, Fanningerstr.32, 10365 Berlin,

## Demenz: Stiftung fördert Weiterbildungen im Ausland

Die Robert Bosch Stiftung Stuttgart unterstützt Hospitationen, Fort- und Weiterbildungen sowie Studiengänge im Ausland zum Thema Demenz. Die Unterstützung ist finanzieller, aber auch fachlicher Art bei der Planung und Umsetzung der Vorhaben. Das „Internationale Studien- und Fortbildungsprogramm Demenz“ der Stiftung richtet sich an Pflegefachkräfte, Ärzte, Sozialarbeiter, Pädagogen, Architekten oder Ingenieure, die Menschen mit Demenz begleiten. Mithilfe des Programms sollen die Kompetenz der Helfer demenzkranker Menschen verbessert, das Wissen durch Bildungsangebote im Ausland erweitert und die Versorgung an wissenschaftlich fundierten Grundlagen verbessert werden.

Jeder Bewerber wählt das Gastland und die Gasteinrichtung selbst aus und begründet seine Wahl. Der Aufenthalt muss selbstständig organisiert werden, bei Fragen steht die Stiftung beratend zur Seite. Studien- und Seminargebühren werden bis zu 100%, Reise- und Aufenthaltskosten bis zu 75% übernommen.

Die Teilnahme an Vor- und Nachbereitungseminaren ist verbindlich. Die Stiftung erwartet von den Bewerbern berufliche Erfahrung mit demenzkranken Menschen, Sprachkenntnisse in Englisch oder des Gastlandes und die Befürwortung durch den Arbeitgeber.

Neue Bewerbungen können bis zum Ende eines Quartals (31.12., 31.3., 30.6., 30.9.) eingereicht werden. Alle nötigen Informationen sind unter [www.g-plus.org](http://www.g-plus.org) zu finden. ■

Quelle: Robert Bosch Stiftung Stuttgart

## Förderpreis „Geriatrische Onkologie“

Die Arbeitsgruppe Geriatrische Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) e. V. haben für das Jahr 2010 den Förderpreis „Geriatrische Onkologie“ ausgeschrieben. Er wird für eine herausragende wissenschaftliche Publikation oder ein Forschungsprojekt aus dem Bereich der geriatrischen Onkologie (Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation) vergeben. Mit dem Preis sollen insbesondere jüngere forschende Kollegen in der Geriatrie und Onkologie angespro-

chen werden. Bewerber/Innen sollten daher das 45. Lebensjahr noch nicht überschritten haben.

Eine Jury, bestehend aus Vertretern aus Geriatrie und Onkologie, entscheidet über die Prämierung. Die Preisverleihung wird im Rahmen Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Österreichischen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (ÖGGG) vom 16.-18. September 2010 in Potsdam stattfinden.

Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert und wird von der Firma medac gestiftet. Bewerbungsschluss ist am 30. Juni ▶

## Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

eMail: [r.neubart@sana-kl.de](mailto:r.neubart@sana-kl.de),  
Mobiler Rehabilitations-Dienst im Ev. Krankenhaus Gottesfriede GmbH, Schleusenstr. 50, 15569 Woltersdorf,  
eMail: [H.Scherzer@krankenhaus-woltersdorf.de](mailto: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](mailto: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](mailto:heppner@klinikum-nuernberg.de)
- ▶ **AG Onkologie:** PD Dr. K. M. Koeppen, Gallwitzalle 123-143, 12249 Berlin, [koeppen@marienkrankenhausberlin.de](mailto:koeppen@marienkrankenhausberlin.de); Prof. Dr. Dr. G. Kolb, St. Bonifatius Hospital Lingen, Medizinische Klinik, Wilhelmstr. 13, 49809 Lingen, eMail: [gerald.kolb@bonifatius-lingen.de](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:ELang@t-online.de)
- ▶ **AG Rheumatologie:** Dr. Th. Brabant, Schwachhauser Heerstr. 54, 28209 Bremen, eMail: [TBrabant@sjs-bremen.de](mailto:TBrabant@sjs-bremen.de)
- ▶ **AG Schlaganfall:** Dr. med. R. Neubart, Sana Klinikum Lichtenberg, Fanningingerstr. 32, 10365 Berlin, eMail: [r.neubart@sana-kl.de](mailto: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](mailto: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](mailto:lerch@bethanien-iserlohn.de)

► 2010. Antragsunterlagen können unter dem Stichwort „Förderpreis Geriatri-sche Onkologie DGG/DGHO 2010“ angefordert werden bei:

Prof. Dr. Dr. Gerald F. Kolb, St. Bonifatius Hospital, Wilhelmstr. 13, 49808 Lingen, eMail: gerald.kolb@bonifatius-lingen.de ■

## Forschungsförderung 2010 der Deutschen Alzheimer Gesellschaft ausgeschrieben

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (DALzG) schreibt 2010 eine Summe von maximal 150.000 Euro für die Unterstützung eines oder mehrerer Forschungsvorhaben aus. Dabei sollen in diesem Jahr Projekte gefördert werden, die zu verbesserten Erkenntnissen im Bereich der nicht-medikamentösen Therapien bei Demenz beitragen.

Personen oder Institutionen, die ein Forschungsprojekt im genannten Themenbereich (Laufzeit maximal drei Jahre) durchführen wollen, können sich um eine Förderung bewerben. Dazu ist u.a. eine detaillierte Projektbeschreibung ein-

zureichen, aus der auch die innovative Bedeutung des geplanten Projekts deutlich wird.

Die Bewerbungen müssen bis zum 31. Mai 2010 eingereicht werden. Die Anträge werden durch den Fachlichen Bei-

rat der Deutschen Alzheimer Gesellschaft begutachtet. Deren Vorstand entscheidet dann, welches Projekt gefördert wird.

Die Bewerber werden Ende August 2010 benachrichtigt. Die Bekanntgabe des geförderten Forschungsprojekts erfolgt am 9. Oktober 2010 im Rahmen des 6. Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, der vom 7. bis 9.10.2010 in Braunschweig stattfinden wird.

Informationen: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, Sabine Jansen, Friedrichstr. 236, 10969 Berlin, Tel. 030/25 93 795-0, eMail: info@deutsche-alzheimer.de, www.deutsche-alzheimer.de ■

## Deutsche Schlaganfall-Hilfe will über Vorhofflimmern aufklären

Etwa 800.000 Menschen in Deutschland sind von Vorhofflimmern betroffen. Die Deutsche Schlaganfall-Hilfe geht davon aus, dass sich die Anzahl der Betroffenen

bis zum Jahr 2050 verdreifachen könnte. Diese Entwicklung wird auch erhebliche Auswirkungen auf die jährlichen Schlaganfall-Neuerkrankungen haben. Schon heute wird fast jeder fünfte Schlaganfall durch Vorhofflimmern verursacht – mit steigender Tendenz. Gründe sind die steigende Lebenserwartung und Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes und Übergewicht.

„Der Risikofaktor Vorhofflimmern muss in der Bevölkerung besser bekannt gemacht werden“, meint Markus Wagner, Präventionsexperte der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. „Die Prognose verschlechtert sich, wenn eine Diagnose ausbleibt und keine Therapie einsetzt.“

Aus diesem Grund wurden zusammen mit der Stroke Alliance for Europe (SAFE) Maßnahmen entwickelt, die den Kenntnisstand verbessern und anderen Partnern aus Politik und Gesundheitswesen die Notwendigkeit einer umfassenden Schlaganfall-Prävention aufzeigen. Hierzu gibt es auch ein Grundsatzprogramm über Prävention, Behandlung und Nachsorge. Wagner weiter: „Die eigentliche Herausforderung für die Gesundheitssysteme ist es, das kardiovaskuläre Risiko in der gesamten Bevölkerung zu senken.“ ■

Quelle: Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh; [www.schlaganfall-hilfe.de](http://www.schlaganfall-hilfe.de)

## Begrüßung neuer Mitglieder der

### Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

- Dr. med. Veit Harold Bauer, Neue Schulstr. 11 a, 68549 Ilvesheim
- Rene Dittmann, Schildweg 53, 31139 Hildesheim
- Dr. med. Marco Dominick, Im Winkel 6, 21244 Buchholz
- Dr. med. Evelyn Egbers, Krankenhaus Ludmillerstift, Ludmillerstraße 4-6, 49716 Meppen
- Prof. Dr. med. Ulrich Gärtner, Asklepios Weserbergland-Klinik, Grüne Mühle 90, 37671 Hötter
- Dr. med. Claudia Goldbach, Kirchstraße 7, 93098 Mangolding
- Dr. med. Karen Hamel, Sierichstr. 63, 22301 Hamburg
- Dr. med. Matthias Kaiser, Klinikum Nürnberg, Med. Klinik 2, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg
- Dr. Univ. Bologna Anne Kinkeldey, Radelzhauserweg 1, 82057 Icking
- Dr. rer. nat. Elisabeth Kohrt, Hoppenkamp 38, 51519 Odenthal
- Dr. med. Ulf Langhans, Lautertalstr. 37, 67742 Lauterecken
- Matylda Nosul, Raydtstr. 9, 49808 Lingen
- Dr. Kilian Rapp, Robert-Bosch-Krankenhaus, Auerbachstr. 110, 70376 Stuttgart
- Dr. med. Katharina Reh, Cornelia-Schorer-Str. 52, 23562 Lübeck
- Monique Salchow-Gille, Parkklinik Greifswald GmbH, Pappelallee 1, 17489 Greifswald
- Dr. med. Claudia Scharck, Eduard-Spranger-Str. 57/7, 72076 Tübingen
- Mathias Schögl, Friedensgasse 69 / App. 5, 4052 Basel (Schweiz)
- Dr. med. Anna Maria Varga, St. Elisabeth-Krankenhaus, Bahnhofstr. 1, 99976 Lengenfeld unterm Stein
- Dr. med. Horst-Peter Wagner, Habersaathstr.38c, 10115 Berlin
- Dr. med. Stefan Weiß, Illertalklinik, Krankenhausstrasse 7, 89257 Illertissen



## Kodierhandbuch Geriatrie 2010

Zum ersten Mal ist jetzt das Kodierhandbuch Geriatrie bei einem Verlag erschienen und kann nun als „normales Buch“ im Buchhandel erworben werden. Ziel des Kodierhandbuchs ist es, dem therapeutischen Team in der Geriatrie eine leicht verständliche, praxisnahe Unterstützung in der täglichen Kodierung zu geben und somit den erforderlichen täglichen Aufwand für eine fach- und sachgerechte Abbildung der erbrachten Leistungen in der Behandlung geriatrischer Patienten zu minimieren. Darüber hinaus werden dem erfahrenen Kodierer weiterführende Informationen mit auf den Weg gegeben und strukturelle Zusammenhänge und Überlegungen im Fallpauschalensystem verdeutlicht.

Die vorliegende Ausgabe wurde von einem Autorenteam unter Federführung des Bundesverbandes Geriatrie e.V. sowie unter Beachtung der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2010 und auf Grundlage von ICD-10-GM Version 2010 und OPS Version 2010 erarbeitet. Neben ausführlichen Darstellungen zu den geriatrierelevanten OPS-Kodes, wie bspw. der Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung, fanden auch die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Abbildung der „Hochaufwändigen Pflege“ Be-

rücksichtigung. Die enthaltenen Diagnose- und Prozedurenlisten orientieren sich an dem Spektrum der erbrachten Leistungen in der stationären Versorgung von geriatrischen Patienten und legen somit keinen Wert auf Vollständigkeit. In Abweichung zu den Diagnosetexten im ICD-10-GM haben zudem an einigen Stellen

„alltagstauglichere“ Diagnosetexte Verwendung gefunden. ■

**Kodierhandbuch Geriatrie 2010.**  
Hrsg.: Bundesverband Geriatrie e.V., Schöling Verlag, Münster, 2010.  
184 Seiten, broschiert.  
ISBN-10: 3865231497,  
ISBN-13: 978-3865231499,  
Preis: 6,50 Euro

## Neuromuskuläre Erkrankungen

Die molekulargenetische Forschung hat in den letzten Jahren das Wissen um Muskelerkrankungen und motorische Systemerkrankungen erheblich vermehrt und damit neue Therapieoptionen eröffnet. Den aktuellen Stand haben Prof. Dr. Jörn P. Sieb, Chefarzt der Klinik für Neurologie, Geriatrie und Palliativmedizin am Hanse-Klinikum Stralsund, und Dr. Bertold Schrank, Oberarzt, Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden, jetzt in dem Buch „Neuromuskuläre Erkrankungen“ zusammengefasst. Es gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Formen und Symptome von Muskelerkrankungen, stellt die aktuellen Diagnose- und Therapieoptionen vor und widmet sich dann eingehend Krankheitsbildern wie:

- ▶ Muskeldystrophien
  - ▶ Kongenitale Myopathien
  - ▶ Metabolische Myopathien
  - ▶ Entzündliche Muskelerkrankungen
  - ▶ Toxisch und endokrin bedingte Myopathien
  - ▶ Motorische Systemerkrankungen
- Das Buch ist aus der Praxis für die Praxis geschrieben. Tabellen, Diagramme, Fallbeispiele und Merksätze erleichtern den Zugang zur Materie.

**Neuromuskuläre Erkrankungen.**  
Jörn Sieb und Bertold Schrank. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2009. 332 Seiten mit 75 Abbildungen 60 Tabellen, broschiert.  
ISBN-10: 3170183818.  
ISBN-13: 978-3170183810.  
Preis: 59,90 Euro.

## Geriatrie für Hausärzte

In den deutschsprachigen Ländern ist der Hausarzt in über 90% der erste Ansprechpartner, wenn ältere und alte Menschen erkranken, denn sie kennen ihn oder sie häufig schon seit vielen Jahren. Die Anzahl geriatrischer Patienten in den hausärztlichen Praxen hat im Zuge des demografischen Wandels erheblich zugenommen und wird auch künftig weiter steigen. Die Heterogenität und Komplexität der Betreuung älterer Menschen stellt für Hausärzte eine große Herausforderung dar. Das Buch von Prof. Dr. Gabriela Stoppe, Basel, greift die-

se Situation auf und widmet sich primär der Abklärung und Behandlung geriatrischer Patienten in der Hausarztpraxis.

Die Inhalte befassen sich u.a. mit der gegenwärtigen Situation in Österreich, in der Schweiz und in Deutschland, den häufigsten Erkrankungen wie affektiven Störungen, Demenz, Delir, kardiovaskulären Erkrankungen, Infektionserkrankungen, Mangelernährung und Schlafstörungen sowie therapeutischen Maßnahmen und der Versorgung geriatrischer Patienten. Es handelt sich hierbei nicht um ein klassisches

Lehrbuch. Vielmehr haben verschiedene Experten das aus ihrer Sicht praxisrelevante Wissen zusammengestellt. Wer das Thema vertiefen will, findet Hinweise auf Lehrbücher, Übersichtsartikel oder Internetseiten. Es enthält klare Empfehlungen für den Einsatz von Checklisten und Screening-Instrumenten sowie Hinweise darauf, wann Fachärzte ins Boot geholt werden sollten. Auch wird deutlich, welche Möglichkeiten der Prävention bestehen und wie Patienten beraten werden sollten.

**Geriatric für Hausärzte.**  
Herausgegeben von Gabriela Stoppe und Eva Mann. Huber Verlag, Bern, 2009. 456 Seiten,  
ISBN-10: 345684705X,  
ISBN-13: 978-3456847054.  
Preis: 59,95 Euro



## Intradermale Impfung durch Mikronadel-Injektionssystem

Impfstoffe wurden bisher im Regelfall intramuskulär oder subkutan verabreicht. Dank der leichten Zugänglichkeit und der einzigartigen immunologischen Eigenschaften der Dermis handelt es sich bei der intradermalen Applikationsart um eine attraktive Alternative zur Durchführung von Impfungen.

Die intradermale Injektion ist einfach, sicher und zuverlässig möglich, es wird ein exaktes Volumen von 0,1 ml injiziert und die Injektion ist nahezu schmerzfrei. Das Mikronadel-Injektionssystem von Intanza® besitzt eine extrem kurze und sehr dünne Mikronadel (1,5 mm lang, Außendurchmesser 0,31 mm), die in etwa 10-mal kürzer ist als eine herkömmliche Impfkannüle. Zum Schutz vor Nadelstichverletzungen ist eine Kanülenschutzvorrichtung vorhanden, die nach Injektion des Impfstoffes

durch festen Druck mit dem Daumen auf den Kolben ausgelöst wird. Die Applikation erfolgt senkrecht in den Deltamuskel. Durch diese standardisierte Applikation und die kurze Mikronadel von nur 1,5 mm Länge ist gewährleistet, dass der Impfstoff nur in die Dermis gelangt. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Dermis im Bereich des Deltamuskels eine relativ konstante Dicke aufweist, unabhängig von Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft oder BMI.

Für die Verwendung durch den Arzt ist keine Vorbereitungszeit notwendig, da es sich um ein gebrauchsfertiges Injektionssystem mit feststehender Mikronadel handelt. Es ist kein Entlüften und kein Aspirieren erforderlich! Da die intradermale Impfung zu einer sehr guten Immunantwort führt, was insbesondere bei älteren Menschen von Vorteil ist, die häufig eine schlechtere Immunantwort auf Impfungen zeigen, liegt der Applikationsort im Fokus der Forschung. Ungefähr 30 ID-Impfstoffprojekte befinden sich in der Entwicklung (Phase 2 oder frühere Phase).

Viele betreffen die Grippeimpfung, aber z. B. auch Impfungen gegen Hepatitis C oder Krebs. Der intradermale Grippeimpfstoff Intanza 15 µg für Personen ab einem Alter von 60 Jahren kommt voraussichtlich diesen Herbst, also zur nächsten Grippesaison, auf den Markt. ■

### Literatur:

1. <http://www.jyi.org/volumes/volume6/issue3/features/bourzac.html> (letzter Abruf 17.06.2009)
2. Lambert PH, Laurent PE. Intradermal vaccine delivery: will new delivery systems transform vaccine administration? *Vaccine* 2008; 26: 3197-3208.
3. [http://www.medgadget.com/archives/img/med\\_biojector2.jpg](http://www.medgadget.com/archives/img/med_biojector2.jpg) (letzter Abruf 17.06.2009)
4. Laurent PE et al. Evaluation of the clinical performance of a new intradermal vaccine administration technique and associated delivery system. *Vaccine* 2007;25: 8833-8842.
5. Mikszta JA, Laurent PE. Cutaneous delivery of prophylactic and therapeutic vaccines: historical perspective and future outlook. *Expert Rev Vaccines* 2008; 7: 1329-1339.
6. Laurent A et al. Echographic measurement of skin thickness in adults by high frequency ultrasound to assess the appropriate microneedle length for intradermal delivery of vaccines. *Vaccine*, 2007; 25: 6423-6430.

Quelle: Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen; Vortrag Dr. med. Hans Joachim Hutt, Leimen



## KLEE-Konzept trägt Früchte

Kostendruck, strenge Auflagen und Vorgaben – Pflegeeinrichtungen stehen wie andere Gesundheitseinrichtungen auch unter scharfer Beobachtung. Zu den wesentlichen Qualitätskriterien gehört ein effizientes Ernährungsmanagement. Mit dem KLEE-Konzept begleitet Pfrimmer Nutricia das Thema Ernährung in Pflegeheimen. Mit Erfolg, wie das Georg-Reinhardt-Haus im baden-württembergischen Schopfheim belegt.

Für das seit 45 Jahren etablierte Pflegeheim kam die Hiobsbotschaft im Frühjahr 2008: Bei der Prüfung durch den MDK und die Heimaufsicht wurde ein mehrmonatiger Belegungsstopp verhängt. Die Begründung: Defizite im

Wundmanagement und bei der Dokumentation der Ernährung. Das Heim reagierte und beschloss, nicht nur die Ursachen für den Belegungsstopp zu beseitigen, sondern sich auch in anderen Bereichen fit für die Zukunft zu machen.

Das Thema Ernährung nahm dabei von Anfang an eine zentrale Rolle ein. So sollte ein umfassendes Ernährungskonzept implementiert werden, um die Lebensqualität der Bewohner weiter zu verbessern und den steigenden Qualitätsanforderungen seitens MDK, Heimaufsicht, Gesetzgeber, aber auch von Seiten der Angehörigen zu begegnen. Die Wahl fiel auf das KLEE-Konzept, das bereits vielen Vorgaben des neuen

DNQP-Expertenstandards Ernährungsmanagement in der Pflege entspricht, so der Forderung nach einem ausführlichen Assessment der Bewohner oder nach festen Verfahrensregeln an den Schnittstellen der Ernährungsversorgung.

Das KLEE-Konzept ist ein ganzheitliches Ernährungsmanagement und umfasst nicht nur das Thema Ernährung an sich, sondern behandelt auch die Kommunikation innerhalb der Einrichtung, die Wirtschaftlichkeit bei der Speiserversorgung sowie die Dokumentation. KLEE steht für Kommunikation, Lösungen, Ernährung und Erfolg. Übergeordnetes Ziel ist die Errichtung eines ganzheitlichen Ernährungsmanage-





Foto: Pfrimmer Nutricia

Das KLEE-Konzept wurde im Georg-Reinhardt-Haus, Schopfheim, erfolgreich umgesetzt. Vor der Einführung hatten 29 Bewohner mit Erscheinungen von Mangelernährung. Fünf Monate später hatten 20 von ihnen wieder einen BMI von über 22.

ments – basierend auf der Erkenntnis, dass die Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen kontinuierlich begleitet werden muss. Dies beginnt im Stadium der normalen oralen Nahrungszufuhr und geht bei Bedarf bis zur enteralen oder sogar parenteralen Ernährung. Wichtig ist, dass alle an diesem Prozess Beteiligten einbezogen sind: Einrichtungs- und Küchenleiter, Bewohner, Pflegendе, Angehörige, Krankenkassen und MDK.

Das Konzept beruht auf Gründung, Schulung und Betreuung eines Qualitätszirkels Ernährung: In Schopfheim saßen die Pflegedienstleitung, die Wohnbereichsleitung, die Hauswirtschafts- und Küchenleitung, die Qualitätsmanagementbeauftragte und ein Heimbeiratsmitglied mit am Tisch. Gemeinsam wurde der aktuellen Stand der Speisenversorgung analysiert, bearbeitet und optimiert. Es galt, alle Prozesse rund um die Ernährung zu erfassen, die Versorgungs- und individuelle Lebensqualität der Bewohner zu steigern und den Erfolg transparent zu dokumentieren.

Nur eine umfassende Dokumentation stellt sicher, sowohl die Ernährungssituation als auch die individuellen Vorlieben der Bewohner im Blick zu behalten. In Schopfheim wurden in die-

sem Kontext sowohl im Speisesaal als auch im Wohnbereich Ess- und Trinkprotokolle eingeführt, um eine aussagekräftige Bilanz zu erstellen. Ernährungsprotokolle bekommen auch die Angehörigen. Sie müssen vermerken,

## Tumorschmerz

Mehr als 430.000 Menschen in Deutschland erkranken jährlich an Krebs. Etwa ein Drittel aller Betroffenen leidet bereits in einem frühen Stadium der Erkrankung an Schmerzen, im weiteren Verlauf sind es bis zu 90%.

Während Männer am häufigsten an Prostatakrebs erkranken, steht bei Frauen Brustkrebs an erster Stelle. Gerade diese Tumorarten führen zu Schmerzen, die schnell sehr stark werden. Ursache dafür ist offenbar, dass sie Knochenmetastasen bilden. Dieser Knochenbefall ruft nahezu immer starke Schmerzen hervor. Auch wenn ein Tumor den Knochen nicht mit Metastasen befällt, sondern direkt in ihn einwächst, kommt es zu starken Schmerzen. Der Tumor reizt die Knochenhaut, die den Knochen umgibt. Diese Reizung kann der Patient genau lokalisieren. Er beschreibt den Schmerz als scharf, stechend und meist

was und wie viel sie den Bewohnern zu trinken oder zu essen geben.

Zusätzlich hat Schopfheim das Speisenangebot optimiert. Für demente Bewohner, die Probleme haben, mit Messer und Gabel zu essen, gibt es spezielles Fingerfood. Menschen mit Kau- und Schluckstörungen bekommen sogenannte „gemahlene“ Teller, passierte Kost, die dennoch appetitlich und abwechslungsreich angerichtet ist. Dazu gibt es Schon- und Vollkost sowie einen Wochenhit, der jederzeit als Alternative zum Tagesgericht bestellt werden kann. In den Stationsküchen stehen außerdem kleine Zwischenmahlzeiten bereit – die im Gegensatz zu früher exakt dokumentiert werden.

Der Erfolg ist messbar: Gab es in Schopfheim vor Einführung des KLEE-Konzepts 29 Bewohner mit Erscheinungen von Mangelernährung, hatten fünf Monate später 20 von ihnen wieder einen BMI von über 22. Sie waren kräftiger, agiler und fühlten sich wieder wohler. ■

Quelle: Pfrimmer Nutricia GmbH, Erlangen

als unerträglich. Typisch ist, dass der Schmerz bei Bewegung zunimmt, und nachts oder in Ruhe abnimmt. Die Schmerzen strahlen entlang der Muskel- und Sehnenansätze aus.

### Schmerz ist nicht gleich Schmerz

Auch Tumoren wie etwa Bauchspeicheldrüsen-, Lungen- oder Leberkrebs verursachen schnell sehr starke Schmerzen. Indem sie wachsen und um sich herum ein Ödem bilden, üben sie mechanisch Druck aus. Außerdem kann der Tumor eine Entzündung auslösen oder die Durchblutung einschränken und so Schmerzen verursachen. Gegenüber Knochenschmerzen sind Schmerzen durch Druck oder Zug, beispielsweise auf das Brust- oder Bauchfell, oder auf das Bindegewebe eher dumpf und drückend. Patienten spüren sie im ganzen Bauchraum oder Brustkorb. ►

► In etwa 80% der Fälle stehen die Schmerzen in direktem Zusammenhang mit dem Tumor. Daneben gibt es die tumorassoziierten Schmerzen, die durch Tumor- Begleiterkrankungen oder Komplikationen wie etwa Thrombosen, Pilzinfektionen oder Hautgeschwüre entstehen können.

Schmerzen, die durch die Behandlung hervorgerufen werden, sind therapiebedingte: Wird der Patient beispielsweise bestrahlt, bildet sich möglicherweise eine Strahlenfibrose aus. Auch ist es möglich, dass eine für viele Patienten notwendige Chemotherapie zu schmerzenden Entzündungen des Nervensystems führt. Zudem gibt es tumorunabhängige Schmerzen, die durch Vorerkrankungen wie Migräne hervorgerufen werden. Besonders ältere Krebspatienten sind zudem oft von Erkrankungen des Bewegungsapparates wie Rückenleiden,

Arthrose, Arthritis oder Osteoporose betroffen, die zusätzlich zu starken chronischen Schmerzen führen können.

Tumorschmerzen treten meistens als Dauerschmerzen auf. Mehr als die Hälfte aller Patienten gibt zusätzliche Schmerzattacken an. Auslöser sind meist Faktoren wie Bewegung, Schlucken, Wasserlassen oder Husten. Bei manchen Patienten kommt es auch ohne äußeren Anlass zu diesen Schmerzspitzen.

Damit der Arzt die Therapie individuell auf den Patienten abstimmen kann, ist es wichtig, dass er seinen Patienten in jedem Stadium der Erkrankung ausführlich nach der Schmerzintensität befragt und untersucht. Er muss den Schmerz korrekt diagnostizieren und diese Diagnose immer wieder überprüfen. Schmerztherapie, Begleitmedikation und die Behandlung von Nebenwirkungen sollten dem Verlauf der Beschwerden angepasst werden.

### Tumorschmerztherapie

Wo immer es möglich ist, den Tumor spezifisch zu therapieren, wird diese Behandlung auch dazu führen, dass die Schmerzen gemindert werden. Behandlungsmethoden wie Operation, Chemio-, Strahlen-, Hormon- oder Radioisotopentherapie können die Aktivität des Tumors einschränken, ihn verkleinern oder beseitigen. Damit sind sie als

kausale Schmerztherapie zu verstehen, welche die Ursachen bekämpft. Denn ein Prinzip der Medizin lautet: Die kausale Therapie ist einer Therapie, die die Symptome bekämpft, vorzuziehen. Hat der Patient jedoch starke Schmerzen, sollte der Arzt entgegen diesem Prinzip die symptomatische Therapie vor der kausalen einleiten. Dies bedeutet, zunächst die Schmerzen zu bekämpfen. Das Ziel der Behandlung ist es, für die Patienten schnell weniger Leiden und ei-

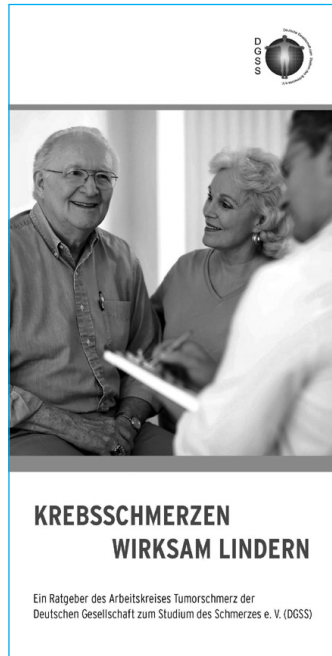
ne höhere Lebensqualität zu erreichen. Denn Schmerzen beeinträchtigen die Lebensqualität erheblich. Dabei führt die frühzeitige medikamentöse Therapie

nicht zu späteren therapieresistenten Schmerzen, wie oft befürchtet wird. Von therapieresistenten Schmerzen spricht man, wenn die Schmerzen des Patienten trotz Auswahl des richtig dosierten Schmerzmittels nicht gelindert werden. Doch durch eine frühzeitige Schmerztherapie ist das Gegenteil der Fall: Sie erleichtert die Krebsbehandlung bis in die Endphase.

Anlässlich des 2. Aktionstages Tumorschmerz am 10. März 2010 hat der Arbeitskreis Tumorschmerz der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) daher einen neuen Patientenratgeber erstellt. Er informiert Krebspatienten umfassend über die Therapie von Krebschmerzen. Wieso eine Tumorerkrankung Schmerzen verursacht wird ebenso erläutert, wie die Vorteile stark wirksamer und verträglicher Opioide und worauf Patienten bei der Einnahme achten müssen.

Der Ratgeber kann auf der Website [www.schmerz60plus.de](http://www.schmerz60plus.de) bestellt bzw. heruntergeladen werden sowie kostenlos angefordert werden bei: Arbeitskreis Tumorschmerz der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS), Postfach 120208, 60115 Frankfurt. ■

*Quelle: Schmerz60plus, Eine Aktion gegen Schmerzen im Alter; initiiert und gefördert von Mundipharma GmbH, Limburg/Lahn*



## Inkontinenz kommt selten allein

Häufiges Wasserlassen, Harndrang und unfreiwilliger Harnverlust sind typische Merkmale der überaktiven Blase (overactive bladder, OAB). Ihre Inzidenz nimmt mit dem Alter deutlich zu; die Mehrzahl der Betroffenen ist über 65 Jahre alt. Besonders gefährdet sind Patienten mit Depressionen, Demenz, Diabetes mellitus oder nach Schlaganfall. Auch eine Reihe von Medikamenten kann das Entstehen einer Harninkontinenz begünstigen. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass OAB-Patienten häufig multimorbide sind und aus unterschiedlichen Indikationen eine Vielzahl

verschiedene Pharmaka einnehmen. Wie epidemiologische Untersuchungen gezeigt haben, leiden über 70% der von Inkontinenz Betroffenen unter mindestens vier weiteren behandlungsbedürftigen Krankheiten – allen voran Demenz und Diabetes mellitus.

Zwar sind Anticholinergika als Medikamente der ersten Wahl zur Behandlung der Dranginkontinenz zugelassen, bereits vielfach erprobt und in ihrer Wirksamkeit bestätigt. Doch die meisten von ihnen werden als tertiäre Amine über das Zytochrom-P450-System in der Leber zu aktiven oder inaktiven

Metaboliten abgebaut – ein Stoffwechselweg, den sie sich mit vielen weiteren Arzneimitteln teilen. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Substanzen, die die Produktion von Enzymen der Zytochrom-P450-Familie induzieren oder ihre Aktivität hemmen können. Aus diesem Grund kommt es häufig zu Interaktionen, insbesondere bei gleichzeitiger Gabe von Antidepressiva, Anxiolytika, Antihypertonika, Antidementiva und Statinen – Substanzen also, die gerade zur Therapie der häufigsten komorbiden Erkrankungen bei Dranginkontinenz eingesetzt werden. Je nachdem, in wel-

cher Weise die Substanzen miteinander interagieren, muss mit Wirkstoffkumulation oder Wirkungsverlust gerechnet werden. Da jedoch sämtliche Enzyme des Zytochrom-Systems einem erheblichen Polymorphismus unterliegen, lassen sich diese Wechselwirkungen im Einzelfall nicht vorhersagen.

Das quartäre Trosipiumchlorid (Spasmax®) wird im Gegensatz zu anderen Anticholinergika nicht von Zytochrom-P450-Enzymen abgebaut, sondern fast vollständig unverändert renal eliminiert. Daher sind hier keine stoffwechselbedingten Interaktionen zu befürchten. Es

eignet sich folglich insbesondere zur Therapie bei älteren Patienten, die gleichzeitig unter Angstzuständen, Depressionen, Hypercholesterinämie, Hypertonie, Morbus Alzheimer oder Schlafstörungen leiden.

Neuere Untersuchungen deuten außerdem daraufhin, dass das unverändert in die Blase gelangende Trosipiumchlorid über Muskarinrezeptoren im Urothel zusätzlich seine Wirkung entfalten kann. ■

Quelle: Dr. R. Pfleger GmbH, Bamberg

## Option für Patienten mit KHK und Angina pectoris-Beschwerden

Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hat am 23. Oktober 2009 eine Erweiterung der Indikation für Procoralan® (Ivabradin) von Servier bekannt gegeben. Der I<sub>f</sub>-Kanal-Hemmer, der erstmals eine selektive Herzfrequenzreduktion ermöglicht, ist seit dem 25.

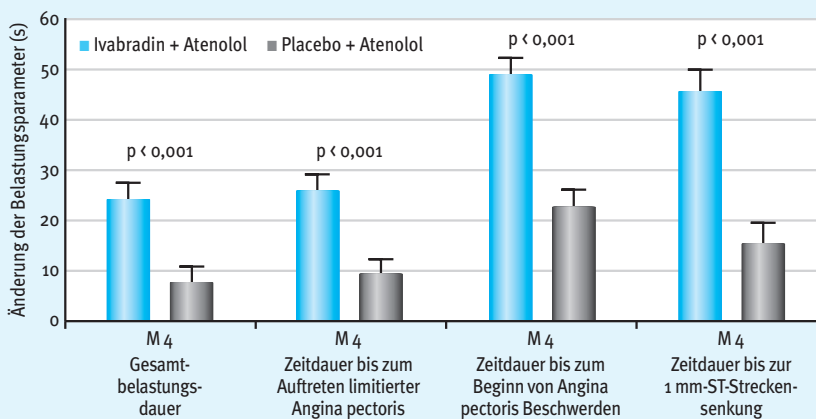
Oktober 2005 in der Europäischen Union für die symptomatische Behandlung der stabilen Angina pectoris bei Patienten mit normalem Sinusrhythmus zugelassen. Mit der Entscheidung der EMA ist Procoralan® auch in Kombination zum Betablocker bei Pa-

tienten indiziert, die mit einer optimalen Betablocker-dosis unzureichend eingestellt sind und deren Herzfrequenz > 60/Min. liegt. Damit stehen in der Behandlung von KHK-Patienten mit Angina pectoris-Beschwerden mehr Möglichkeiten offen.

Grundlage der Indikationserweiterung waren die Ergebnisse der ASSOCIATE-Studie [1], in der bei 889 bereits auf den Betablocker Atenolol eingestellten KHK-Patienten mit Angina pectoris nicht nur die Sicherheit der additiven Gabe von Procoralan® nachgewiesen wurde, sondern auch eine zusätzliche antianginöse und antiischämische Wirksamkeit. Nach vier Monaten führte Procoralan® zusätzlich zum Betablocker im Vergleich mit Placebo zu einer signifikanten Senkung der Herzfrequenz und Besserung aller Belastungsparameter. Sowohl die Belastungsdauer, die Zeit bis zum Auftreten einer Angina pectoris sowie die Zeit bis zum Beginn einer ST-Streckensenkung konnten signifikant verlängert werden. Das Risiko für myokardiale Ischämien wird somit bei guter Therapiesicherheit durch die Kombination von Procoralan® zum Betablocker deutlich reduziert.

Dass Procoralan® in Kombination zum Betablocker zur weiteren Reduktion der Herzfrequenz auch hinsichtlich einer Besserung der kardiovas- ▶

### ASSOCIATE-Studie Belastungsparameter nach 4 Monaten



In der ASSOCIATE-Studie wurde bei 889 bereits auf den Betablocker Atenolol eingestellten KHK-Patienten mit Angina pectoris nicht nur die Sicherheit der additiven Gabe von Procoralan® nachgewiesen, sondern auch eine zusätzliche antianginöse und antiischämische Wirksamkeit. Nach vier Monaten führte Procoralan® zusätzlich zum Betablocker im Vergleich mit Placebo zu einer signifikanten Senkung der Herzfrequenz und Besserung aller Belastungsparameter.

Tardif, J.C. et al. Eur Heart J 2009; 30: 540-548



►kulären Prognose effektiv ist, zeigte die BEAUTIFUL-Studie [2] bei 10.917 zu fast 90 % bereits auf Betablocker eingestellten KHK-Patienten mit linksventrikulärer Dysfunktion. Eine aktuelle BEAUTIFUL-Subgruppenanalyse [3] von 1.507 Patienten mit Angina pectoris-Beschwerden ergab eine deutliche Reduktion des primären kombinierten Endpunktes aus kardiovaskulärem Tod, Hospitalisierung auf Grund eines akuten Myokardinfarkts sowie Herzinsuffizienz um 24%. Bei initial höherer Herzfrequenz betrug die Risikoreduktion sogar 31%. Für Herzinfarktbedingte Hospitalisierungen wurde eine signifikante Risikoreduktion von 42% ermittelt, bei Patienten mit einer Herzfrequenz > 70/Min. waren es sogar 73%. Das Risiko einer koronaren Revaskularisation wurde um 30 bzw. 59% gesenkt.

Neben den vorliegenden klinischen Studiendaten bestätigt auch die REDUCTION-Studie mit 344 Patienten die Effektivität von Procoralan<sup>®</sup> in Kombination zum Betablocker in der täglichen Praxis. Sowohl hinsichtlich einer

deutlichen zusätzlichen Reduktion der Herzfrequenz, als auch einer Verringerung der Angina-Attacken und des Nitrat-Verbrauchs. Die Verträglichkeit der Therapie wurde zu 99% als sehr gut oder gut bewertet.

Übereinstimmend unterstreichen die vorliegenden Studien, dass die meisten Patienten unter ihrer bisherigen Therapie, einschließlich Betablocker, bezüglich Symptomatik sowie Herzfrequenz-Zielwert (laut Leitlinien 55-60/Min) nicht optimal eingestellt sind. Daher erscheint die zusätzliche exklusive Herzfrequenzreduktion mit Procoralan<sup>®</sup> ideal, um bei mehr KHK-Patienten mit Angina pectoris-Beschwerden sowohl die Symptomatik als auch die Prognose zu verbessern. ■

#### Literatur:

1. Tardif JC et al., Eur Heart J 2009; 30: 540-548
2. Fox K et al., Lancet 2008; 372: 817-821
3. Fox K et al., Eur Heart J 2009; 30: 2337-2345
4. Ebelt H et al., Clin Res Cardiol 2009; 98 (Suppl 2): P121

Quelle: Servier Deutschland GmbH, München

## 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

## IMPRESSUM

**Herausgeber:** Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

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

**Herstellung/Grafik:** Sabine Löffler  
(verantwortlich)

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

**Rechte:** Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Verwertung on- und off-line, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach Paragraph 54 (2) UrhRG zur Gebührensatzung an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind.

**Hinweise:** Die in dieser Zeitschrift angegebenen Dosierungen vor allem von Neuzulassungen sollten in jedem Fall mit den Beipackzetteln der verwendeten Medikamente verglichen werden. Alle Informationen werden nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr für die Richtigkeit gegeben.

**Druck:** Verlag Gödicke Druck & Consulting, Hannover

[www.dggeriatrie.de](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.