

# **GERIATRIE aktuell**

**aus dem Landesverband Hessen - Thüringen**

**Ausgabe 3 - September 2011**

**Herausgeber:**

**Landesverband Geriatrie Hessen – Thüringen  
des Bundesverbandes Geriatrie e.V.**

Vorstand: Prof. Dr. W. Vogel, Dr. B. Braun,  
Dr. W. Knauf, A. Pfeffer



## **In eigener Sache:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor Ihnen liegt die dritte Ausgabe des Newsletters „**GERIATRIE aktuell**“, in dem inhaltlich vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung Stellung zu den künftigen Aufgaben der Geriatrie bezogen wird. Deutlich wird hierbei, dass in den Bundesländern Hessen und Thüringen ein jahrelang bewährtes und qualitativ hochwertiges Versorgungskonzept für die uns anvertrauten Patienten besteht

In einem zweiten Teil wird zu zwei medizinischen Themen Stellung bezogen:

Einerseits geht es um eine sinnvolle Polypharmakotherapie beim hochbetagten Patienten, andererseits – und

hier thematisch detailliert fortfahrend – um eine adäquate Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose.

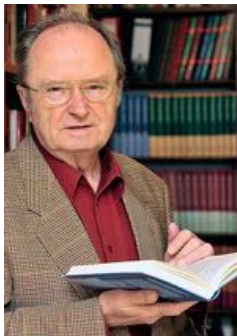
Nicht zu letzt freut sich das Autorenteam über das eingegangene Grußwort des Thüringer Altbischofs Hoffmann und verbindet dies gleichzeitig mit dem Wunsch nach weiteren Leserbriefen oder Wünschen für die zukünftige Ausgestaltung von „**GERIATRIE aktuell**“.

Viel Spaß beim Lesen  
wünschen Ihre

Prof. Dr. Werner Vogel,  
Dr. Burkhard Braun,  
Dr. Wolfgang Knauf,  
Alexander Pfeffer

## Grußwort

Roland Hoffmann,  
Altbischof Thüringen



Als Christen sind wir regelrecht prädestiniert, anderen zu helfen, speziell alten Menschen beizustehen. Und das tun viele, tatkräftig und mit Hingabe, von der traditionellen Nachbarschaftshilfe über Hospizdienste bis hin zu unseren Geriatrischen Kliniken und stationären Hospizen.

Prädestiniert heißt – von Gott berufen und beauftragt, zugleich aber auch begabt und mit allen notwendigen Fähigkeiten ausgestattet. Im christlichen Bild vom Menschen geht alle Initiative von Gott aus. Er beruft und beauftragt, was wir als Impuls oder Idee, Wunsch oder Motivation, Lust oder Erfüllung empfinden oder benennen. Manche werden auf Umwegen darauf

gestoßen, dass sie Fähigkeiten und Gaben für diesen Dienst besitzen. Die Ausbildung verstärkt und qualifiziert diese Anlagen. Der Christ weiß: zu jeder Aufgabe, die mir zufällt, gibt Gott mir auch die nötige Kraft, mit der ich mein Tagewerk erfüllen kann und selbst sogar erfüllt werde von dem, was ich tun kann und manchmal auch tun muss. So lange sich Menschen erinnern, läuft dieser Kreislauf wie die Unruhe einer mechanischen Uhr, immer hin und her. Das erhält unser Miteinander aufrecht und unsere Gesellschaft im Gleichgewicht.

Gedankt sei allen, die im Verbund mit Gott und den Menschen bleiben.

Ich wünsche dem Landesverband Geriatrie Hessen - Thüringen viel Erfolg und Ausdauer bei seinem stetigen Einsatz für die Belange der geriatrischen Patienten und jedem geneigten Leser dieser Newsletter neue Einsichten.

Roland Hoffmann, Altbischof

## Geriatric als neues Fachgebiet?

Erfahrungen in Hessen als Antwort auf die demographische Herausforderung<sup>1</sup>



W. Vogel, Hofgeismar

Der demographische Wandel gilt als eine der größten Herausforderungen der Gegenwart, nicht zuletzt für die medizinische Versorgung der alternden Bevölkerung in fast allen Staaten, insbesondere den Industrienationen.

Die hohe Leistungsfähigkeit der deutschen Medizin droht zu kippen, wenn es nicht gelingt, die Versorgungsstrukturen in Klinik und Praxis nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen dem kommenden Bedarf anzupassen. Vieles ist gerade in unserem Bundesland schon erreicht, aber es bleibt noch Entscheidendes zu tun.

<sup>1</sup> Nachdruck aus *Hessischem Ärzteblatt* Nr.3/2011

Hessen gehört zu den Vorreitern der Klinischen Geriatrie in Deutschland: Das erste auf die Altersmedizin spezialisierte Krankenhaus Deutschlands hat vor 44 Jahren in Hofgeismar in Hessens Nordspitze seinen Betrieb aufgenommen, die erste geriatrische Tagesklinik vor 33 Jahren in Frankfurt-Hoechst. Beide waren wegweisend für den raschen Ausbau eines bundesweiten Netzwerks von nahezu 400 geriatrischen Kliniken und rund 200 Tageskliniken samt ihrer Strukturstandards und der kontinuierlich geprüften Prozessqualität.

Die Entwicklung der Geriatrie ist Aufgabe aller Beteiligten, nicht zuletzt auch der haus- und fachärztlich tätigen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Alle Ärzte sind zunehmend mit kranken und multimorbiden älteren Menschen konfrontiert. Die Leistungen der klinischen Disziplinen kommen immer mehr auch den älteren Menschen zugute, was zur Alterung der Bevölkerung zweifellos beigetragen hat. Dennoch wird die Entscheidungsfindung über das Was und Wieviel an

Medizin durch die Fortschritte neuer Behandlungsverfahren nicht eben leichter: Minimal invasive Techniken mögen das Risiko operativer Verfahren mindern, verschieben aber andererseits die Altersgrenze auch für größere Eingriffe nach oben. Indikationsstellung und die Nutzen-Risiko-Relation müssen daher jeweils unter geriatrischen Aspekten individuell diskutiert werden.

Moderne geriatrische Versorgung heißt also konsequente Zusammenarbeit aller Fachdisziplinen, aber auch intensive persönliche Führung der älteren Kranken durch das komplizierte Angebot der modernen Medizin. Welche Auswirkungen diese Forderung auf Forschung und Lehre, ärztliche Weiterbildung, Verzahnung ambulanter und klinischer Medizin und Fallsteuerung und Vergütungssysteme haben wird, bedarf einer eingehenden Diskussion. Nur eine zukunftsfähige Strukturierung unseres Gesundheitssystems ermöglicht es, dessen hohe Leistungsfähigkeit allen Altersgruppen, auch den Betagten, dauerhaft sicher zu stellen, sei es durch

präventive, kurative, rehabilitative oder palliative Maßnahmen.

### **Geschichtliches**

Der Begriff Geriatrie wurde 1909 geprägt. Der aus Wien stammende, in New York tätige Arzt Ignaz Nascher verstand die Altersmedizin als Spezialdisziplin für eine besondere Lebensphase analog der damals entstandenen Pädiatrie. Nascher schrieb eines der ersten umfassenden Lehrbücher der Geriatrie. Das gewachsene wissenschaftliche Interesse an Alterns- und Krankheitsprozessen regte Ärzte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts an, neue medizinische Erkenntnisse auch bei älteren Kranken und Pflegebedürftigen einzusetzen. Behandlungserfolge selbst bei Hochbetagten waren die Folge. In den 1940er Jahren forderte Marjory Warren in England systematische Forschung, Diagnostik und Therapie bei älteren und chronisch Kranken mit den Mitteln des Krankenhauses. Medizinstudenten und Pflegekräfte sollten die Geriatrie schon in ihrer Ausbildung kennen lernen. Max Bürger in Leipzig untersuchte den Einfluss von

Altersveränderungen auf Innere Krankheiten, René Schubert aus Nürnberg gründete 1966 die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. 1967 entstand nach angelsächsischen, skandinavischen und Schweizer Vorbildern die erste geriatrische Klinik im Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen in Hofgeismar als „Spezialkrankenhaus für Chronische Krankheiten und Altersleiden“ mit rehabilitativem Schwerpunkt.

Unter gezielter Förderung durch die Gesundheitspolitik, insbesondere die Bundesministerin und Gerontopsychologin Professor Ursula Lehr kam es gemäß der sozialgesetzlichen Forderung „Rehabilitation vor Pflege“ [1] zu einem Boom geriatrischer Einrichtungen: Ihre Zahl stieg von 84 im Jahr 1993 auf 318 bis zur Jahrtausendwende, die der Tageskliniken von 13 auf 136 [2]. Die Mehrheit dieser Einrichtungen ist in einem 1993 gegründeten Bundesverband zusammengeschlossen. [3]. In Hessen gibt es inzwischen 32 geriatrische Abteilungen in Krankenhäusern und 17 Tageskliniken zur flächendeckenden, wohnortnahen

stationären Versorgung akuter und chronischer Krankheiten nebst deren funktioneller Auswirkungen, um die Selbstständigkeit zu erhalten bzw. möglichst weitgehend wieder herzustellen (restitutio ad integrum bzw. ad optimum). Das bewährte Konzept der „fallabschließenden“ Behandlung geriatrischer Patienten im Sinne der frührehabilitativen Komplexbehandlung im Krankenhaus verzichtet – nach Ergebnissen der Versorgungsforschung – bewusst auf die Verlegung in Rehabilitationskliniken. Es schafft auch den direkten Zugang geriatrischer Patienten aus dem ambulanten Bereich ohne (zeit-)aufwändige Genehmigungsverfahren.

### **Definition des geriatrischen Patienten**

Nach der Definition der altersmedizinischen Gesellschaften der EU sind geriatrische Patienten „gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Gebrechlichkeit und mehrfache Erkrankungen (Multimorbidität), die einen ganzheitlichen Ansatz erfordern. Methodisch geht Geriatrie

über die Organmedizin hinaus, indem sie Behandlung in einem multidisziplinären Team bietet, deren Hauptziel die Optimierung des funktionellen Status der älteren Person ist sowie die Verbesserung der Lebensqualität und der Selbstständigkeit.“ Der Bedarf an sozialer Unterstützung tritt bei Krankheiten im Alter oft unvermittelt auf, zumal „Krankheit sich anders als bei Jüngeren darstellt, schwer zu erkennen ist und verzögert auf die Behandlung reagieren kann“ [4].

### **Methodik der Geriatrie**

Ein wichtiges Instrument der Geriatrie ist das geriatrische Assessment. Es enthält validierte Messinstrumente, die alltagsrelevante funktionelle Beeinträchtigungen im somatischen, kognitiven und emotionalen Bereich im gesamten Therapieverlauf dokumentieren. Ein weiteres Charakteristikum geriatrischen Arbeitens ist der Einsatz des multiprofessionellen Teams, das aus Mitarbeitenden der Pflege, Physio-, Ergo- und Sprachtherapie, Psychologie und Sozialarbeit zusammengesetzt ist und unter ärztlicher

Leitung die Behandlung gemeinsam vornimmt. Diese Behandlung verfolgt als definiertes Ziel die möglichst weitgehende gesundheitliche Wiederherstellung, je nach vorhandenen Ressourcen des Patienten und seines sozialen Umfeldes. Damit integriert die hessische Geriatrie kurative und rehabilitative Aufgaben „aus einer Hand“. Das ist – nicht nur für die hessischen Geriater(innen) – eindeutig ein Vorteil gegenüber Versorgungskonzepten anderer Bundesländer.

### **Patient als Partner**

Der alte Mensch erlebt Krankheit und Einschränkungen oft als Vorboten seines Endes. Im modernen Medizinbetrieb droht er unterzugehen, wenn er nicht eine vertrauensvolle persönliche ärztliche Führung genießt. Mehr als bei jüngeren Menschen sind dabei die enormen Wirkungen der „sprechenden Medizin“ zu berücksichtigen, auf die kein Geringerer als Bernard Lown, Nobelpreisträger und Erfinder des Defibrillators, in seinem Buch „die verlorene Kunst des Heilens“ hinweist [5]. Auch Betagte können und

sollen von den Segnungen der Hochleistungsmedizin profitieren, wenn es für sie zuträglich ist. Das setzt aber voraus, dass sie über die Möglichkeiten samt aller Risiken umfassend und in ihrer Sprache aufgeklärt werden und von ihrem Arzt zu Recht annehmen dürfen, dass er ihr persönliches Risiko verlässlich einschätzen kann. In diesem Sinne ganzheitlich zu wirken, gehört zu den größten Herausforderungen ärztlicher Kunst.

### **Zukunftsaufgaben**

Da die Geriatrie sich heute selbst als wissenschaftlich fundierte „Hochleistungsmedizin“ versteht, gilt es, sie in den Fächerkanon der übrigen Disziplinen nahtlos einzubinden. Geriater müssen demnach nicht nur in Schwerpunktpraxen oder anderen Einrichtungen der ambulanten Versorgung „vorkommen“, sondern auch im modernen Krankenhausbetrieb: In der Notaufnahme, der Intensivmedizin, der prä- und postoperativen Betreuung, der stationären und teilstationären geriatrischen Klinik, aber auch konsiliarischen Mitbetreuung, sei

es im Pflegeheim, in der ambulanten oder stationären Palliativversorgung bzw. dem Hospizdienst. Die intensive Vernetzung der ambulanten und stationären Angebote ist das Gebot der Stunde, um den weiter steigenden Bedarf an geriatrischer Medizin zu decken. Der „Markt“ allein wird es nicht richten, sondern nur der intensive Dialog aller Beteiligten.

Konfrontation und Konkurrenz haben sich als Bremsen der Geriatrie-Entwicklung erwiesen, wie man dem „Weißbuch Geriatrie“ [6], einer aktuellen Analyse der leider inhomogenen deutschen Geriatrieversorgung entnehmen kann. Das Versorgungskonzept in Hessen hat sich über Jahre bewährt, wie die seit 15 Jahren vom Landesverband Hessen-Thüringen lückenlos geführte Dokumentation der Struktur- und Prozessqualität beweist [7]. Geriater fordern daher kooperative und kommunikative Strategien, die in Forschung, Lehre und ärztlicher Weiterbildung beginnen und in evidenzbasierter Strukturierung vernetzter Versorgungssysteme münden. Auch hierzu sind Studien

bereits im Gange, weitere müssen folgen.

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften haben einen Anfang gemacht: Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat die Geriatrie als neue Schwerpunktgesellschaft aufgenommen – ein wichtiges Signal für die Landesärztekammern, diesen Schritt in ihre Weiterbildungsordnungen umzusetzen, wie es in drei Bundesländern (Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Berlin) schon geschehen ist. Parallel dazu muss eine geriatrische Zusatzweiterbildung für andere Fächer erhalten bleiben, um die Qualität auch in anderen Bereichen, insbesondere dem hausärztlichen, zu sichern.

#### Literatur

1. Deutscher Bundestag: Erster Altenbericht der Bundesregierung. Drucksache 12/5897. Bonn, 1993. / Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation Drucksache 14/8822. Berlin, 2002.
2. Fuhrmann, R.: Übersicht über die Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der BRD. Z. Gerontol Geriat 34: Suppl 1, 2001, I/16-I/20.
3. Meier-Baumgartner HP(1998) Empfehlungen für die Klinisch-Geriatriische Behandlung. Gustav-Fischer Verlag Jena.

4. UEMS (2008): Europäische Definition Geriatrie und Geriatrischer Patient Z Gerontol Ger 41, 426-327.
5. Lown B (2004) Die verlorene Kunst des Heilens. Suhrkamp TB 3574.
6. Bundesverband Geriatrie, Hrsg. (2010) Weißbuch Geriatrie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
7. Knauf W et al. (2010) Qualitätssicherung in der Geriatrie in Hessen und Thüringen 2010: Versorgungskonzept, Umsetzungsstand, Planungen. 4. Auflage, Wiesbaden.

Professor Dr. med. Werner Vogel  
 Vorsitzender des Landesverbandes  
 Geriatrie Hessen-Thüringen  
 Past-Präsident der  
 Deutschen Gesellschaft für Geriatrie  
 Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen  
 Zentrum für Geriatrie und  
 Neurol. Frührehabilitation  
 34369 Hofgeismar



## Polypharmakotherapie beim gebrechlichen Hochbetagten

J. Zeeh, Meiningen

Obwohl multimorbide chronisch kranke und mehrheitlich alte Menschen mehr als 80% der Ressourcen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen, handelt es sich bei dieser Patientengruppe um eine kaum untersuchte:

Multimorbidität, Niereninsuffizienz, multiple Krankheiten und kognitive Funktionseinschränkungen sind für die Teilnahme an klinischen Studien zusammen mit hohem Alter häufig Ausschlusskriterien. Im Alter nimmt die Heterogenität zu und Heterogenität macht klinischen Studien komplizierter, langwieriger und teurer. Darüber hinaus schauen übliche Studiendesigns häufig nicht auf das, was multimorbide alte Menschen als vorrangige Behandlungsziele erachten: Beschwerdefreiheit und unabhängige Lebensführung.

So kommt es, dass die Pharmakotherapie bei Multimorbidität in puncto Evidenz auf schwachen Beinen steht.

Wir therapieren bei multimorbiden Alten in einer Grauzone.

Obwohl bekannt ist, dass Nebenwirkungen als iatrogene Störungen zwischenzeitlich als weiteres geriatrisches „I“ angesehen werden, dämpft dies die Verschreibungsfreude kaum.

An der Schnittstelle Klinik / Hausarzt kann dies zu Konflikten führen. So schreibt P. Landendorfer im Bayer. Ärzteblatt 12/2007:

*„Entlassungsmedikation bei Alten – Zeugnis von Ignoranten oder Hilflosen? So manche Medikationsempfehlungen bei Krankenhausentlassung älterer Menschen muten geradezu abenteuerlich an. Sie sind nicht nachvollziehbar, weil man merkt, wie wenig bei unseren klinischen Kollegen pharmakologisches Können oder gesundes Einfühlungsvermögen in die Lebensrealität älterer Menschen vorhanden sind. Man wird den Eindruck nicht los, dass einfach zu sehr die Diagnose, nicht aber der alte Patient selbst im Mittelpunkt therapeutischer Überlegungen stand.“*

Also:

**Wer ist für Polypharmazie verantwortlich?**

**Gibt es Auswege aus dem Dilemma?**

In mehreren nationalen und internationalen wissenschaftlichen Projekten wurden sog. ‚PIM‘ (Potentiell Inadäquate Medikamente) für ältere Menschen identifiziert und gelistet (z.B. [www.priscus.net](http://www.priscus.net)). Solche Negativ-Listen haben aber ihre Probleme:

- Geringer Bekanntheitsgrad
- Geringer praktischer Nutzwert, da diese Listen
  - a) viele ungebräuchliche Medikamente enthalten (z.B. Pethidin, Phenobarbital)
  - b) Medikamente enthalten, die trotz „Listung“ häufig an Alte verordnet werden (z.B. Zopiclon, Digoxin) oder zu denen es keine Alternativen gibt (z.B. Haloperidol bei Delir)
  - c) Medikamente *nicht* enthalten, die häufig an der unsinnigen Polypharmazie alter Menschen beteiligt sind (z.B. Prazole)

Diese Probleme sind ein Grund, dass solche „do-not-use“-Listen alleine nicht in der Lage sein werden, das Problem ‚Polypharmazie im Alter‘ zu lösen.

Weitere Wege könnten sein:

1. Anwendung palliativmedizinischer Therapieprinzipien auf gebrechliche Hochbetagte

- Umschwenken auf eine strikt symptomlindernde Therapie wenn die drei Kriterien erfüllt sind:
  - a) „Nein“ als Antwort auf die Frage: „wären Sie überrascht, wenn dieser Patient innerhalb der nächsten 6-12 Monaten sterben würde?“
  - b) deutlich eingeschränkte Alltagsfunktionalität (Barthel-Index  $\leq 50$ )
  - c) mindestens eine chronische fortgeschrittene Organkrankheit (Herzinsuffizienz  $\geq$  NYHA III, fortgeschrittene Demenz, Niereninsuffizienz  $< 30$  ml/min GFR)

2. Einsatz des geriatrischen Assessment zur Therapiesteuerung

z.B. wenn Barthel-Index  $< 70$  und MMSE  $< 18$ : dann Zurückhaltung bei der Ver-

ordnung invasiverer Maßnahmen wie orale Antikoagulation, Zytostatika, etc.

Nach dem Beispiel der STOPP und START-Kriterien<sup>2</sup> haben wir am Georgenhaus in Meiningen eine hausinterne Leitlinie zur Pharmakotherapie bei Gebrechlichkeit entwickelt, in der Medikamentengruppen aufgeführt sind, für die unter bestimmten Voraussetzungen ein Auslassversuch empfehlenswert ist.

Wir sind daran interessiert, über diese Thematik mit interessierten Kolleginnen und Kollegen via e-mail ins Gespräch zu kommen und stellen unsere Leitlinie „SSMR - Selektive Supervidierte MedikamentenReduktion“ gerne zur Verfügung und vor allem zur Diskussion.  
(Mail bitte an:  
j.zeeh@sozialwerk-meiningen.de)

---

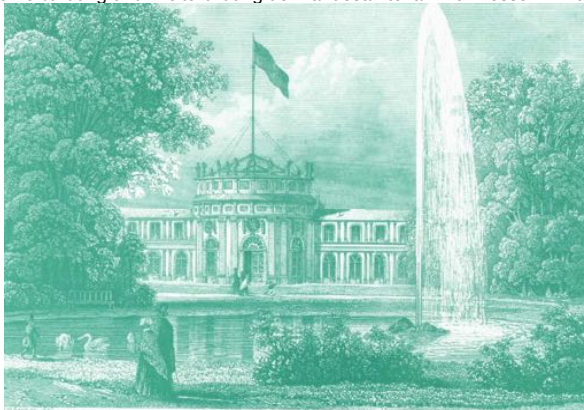
<sup>2</sup> Gallagher P et al., Int J Clin Pharmacol Ther 46, 72-83, 2008

Anzeige:

**18. WIESBADENER GERIATRIE - KOLLOQUIUM**

in Zusammenarbeit mit

Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim

**ZIGM - MEDIZINISCHE KLINIK II**

für allgemeine Innere Medizin, Geriatrie und Frührehabilitation

**ASKLEPIOS PAULINEN KLINIK Wiesbaden****Forum Demenz**

der hessischen Landeshauptstadt Wiesbaden

**4. und 5. NOVEMBER 2011; BIEBRICHER SCHLOSS****Freitag 4. November 2011**10.30 bis 12.30 Uhr (parallel)

A) Mitgliederversammlung Landesverband Geriatrie Hessen / Thüringen des BV Geriatrie e.V.

B) Arbeitssitzung des Amtes für Soziale Arbeit der Landeshauptstadt Wiesbaden

**14.00 bis 18.00 Uhr: wissenschaftliches Programm**

14.00 Uhr Eröffnung des Kolloquiums

*Grußwort des Oberbürgermeisters der hessischen Landeshauptstadt Wiesbaden**Grußwort der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen,*

14.30 Uhr	Was sollen wir (lieber nicht) essen - Erfahrungen und Tipps aus dem Leben;	<i>Keller</i>
15.00 Uhr	Ursachen der Malnutrition aus Sicht der Gastroenterologie	<i>Tischbirek</i>
15.30 Uhr	Malnutrition – moderne Diagnostik: Was ist möglich – was ist nötig?	<i>Hebbeker</i>
16.30 Uhr	Malnutrition im Alter: Nutzen und Risiken von Medikamenten	<i>Hofmann</i>
17.00 Uhr	Frailty - was ist das – was kann man tun ?	<i>Sieber</i>

**Samstag, 5. November 2011, vormittags**

9.00 Uhr (s.t.)	Begrüßung	J. Weber, Wiesbaden
	Grußwort der Landeshauptstadt Wiesbaden	Sozialdezernent A.Imholz
9.20 Uhr	Ernährungsscores im Alltag	Prof. Dr.Schulz, Köln
9.50 Uhr	Leitlinien und Standards zur Ernährung in der Geriatrie	Prof. Dr.Volkert, Nürnberg
10.20 Uhr	Ernährung bei Demenz	Dr. H.J.Werner, Oberursel
10.45 Uhr	Malnutrition – auch ein Thema für den Zahnarzt	Dr.S.Abelar
11.50 Uhr	Rationales Dysphagiemanagement in der Geriatrie	Dr. M. Blonder, Bad Schwalbach
12.15 Uhr	Ernährung im Altenheim	Prof. Dr. Bartholomeyczik,
12.45 Uhr	Exsikkose – Bedeutung und Therapie	Dr. J. Zeeh, Meiningen
13.10 Uhr	PEG – Segen oder Fluch	Dr. R. Wirth, Borken
13.40 Uhr	Verleihung des AGape-Förderpreises 2011	
15.00 Uhr	WORKSHOP: „Gemeinsam schmeckt es besser“	D.Heilhecker-Hoff

## Serie (Fortsetzung 3)

### Geriatrien in Hessen und Thüringen stellen sich vor:

<p><b>DARMSTADT</b></p>  <p>Telefon: 06151 / 403-3001 Telefax: 06151 / 403-3009 Homepage: <a href="http://www.agaplesion-elisabethenstift.de">www.agaplesion-elisabethenstift.de</a> Email: <a href="mailto:geriatrie@eke-da.de">geriatrie@eke-da.de</a></p>	<p><b>Name der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zentrum für Geriatrische Medizin - AGAPLESION ELISABETHENSTIFT</li> </ul> <p><b>Träger:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ AGAPLESION ELISABETHENSTIFT</li> </ul> <p><b>Chefarzt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PD Dr. med. Mathias Pfisterer</li> </ul> <p><b>Facharzttitel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> </ul> <p><b>Zusatzweiterbildung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Geriatrie</li> <li>➤ Palliativmedizin</li> <li>➤ Physikalische Therapie und Balneologie</li> <li>➤ Ärztliches Qualitätsmanagement</li> <li>➤ Notfallmedizin</li> </ul> <p><b>Weiterbildungsermächtigung für</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> <li>➤ Allgemeinmedizin</li> <li>➤ Geriatrie</li> </ul>
 	<p><b>Abteilungsgröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anzahl stationäre Betten            48 Betten</li> <li>➤ Anzahl Tagesklinikplätze            20 Plätze</li> </ul> <p><b>Zertifizierung nach</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ KTQ</li> </ul> <p><b>Besonderheiten der Fachabteilung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen</li> <li>➤ Memory-Clinic</li> <li>➤ Sturzzentrum</li> <li>➤ Geriatrische Schlaganfallereinheit</li> <li>➤ Akademische Lehrereinrichtung der Universität Frankfurt</li> <li>➤ Lehrauftrag des Chefarztes an der Universität Frankfurt</li> <li>➤ Chefarzt leitet das Zentrum für Palliativmedizin Darmstadt mit Palliativstation und ambulantem Palliativteam</li> </ul>

<p><b>ERBACH</b></p>  <p>Telefon: 06062 / 79-2000 Telefax: 06062 / 79-2001 Homepage: <a href="http://www.GZ-Odw.de">www.GZ-Odw.de</a></p> <p>Email:</p>	<p><b>Name der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gesundheitszentrum Odenwaldkreis GmbH</li> </ul> <p><b>Träger:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Odenwaldkreis</li> </ul> <p><b>Chefarzt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dr. med. Hans Leinberger</li> </ul> <p><b>Facharzttitel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> </ul> <p><b>Weiterbildungsermächtigung für</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> <li>➤ Allgemeinmedizin</li> </ul>
 	<p><b>Abteilungsgröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anzahl stationäre Betten           24 Betten</li> <li>➤ Anzahl Tagesklinikplätze        0 Plätze</li> </ul> <p><b>Zertifizierung nach</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ DIN EN ISO 9001:2009</li> </ul>

<p><b>ESCHWEGE</b></p>  <p>Telefon: 05651 / 82-1670/71 Telefax: 05651 / 82-1673 Homepage:</p> <p>Email: <a href="mailto:carl-friedrich.koerner@kreiskrankenhaus-eschwege.de">carl-friedrich.koerner@kreiskrankenhaus-eschwege.de</a></p>	<p><b>Name der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Geriatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses Eschwege GmbH</li> </ul> <p><b>Träger:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gesundheitsholding Werra-Meißner GmbH</li> </ul> <p><b>Chefarzt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dr. med. Carl-Friedrich Körner</li> </ul> <p><b>Facharzttitel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> <li>➤ Angiologie</li> <li>➤ Pharmakologie</li> </ul> <p><b>Zusatzweiterbildung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Geriatrie</li> <li>➤ Hypertensiologie (DHL)</li> </ul> <p><b>Weiterbildungsermächtigung für</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> <li>➤ Allgemeinmedizin</li> <li>➤ Geriatrie</li> </ul>
 	<p><b>Abteilungsgröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anzahl stationäre Betten            40 Betten</li> <li>➤ Anzahl Tagesklinikplätze            0 Plätze</li> </ul> <p><b>Zertifizierung nach</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ KTQ</li> </ul> <p><b>Besonderheiten der Fachabteilung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen</li> <li>➤ Lehrauftrag der Universität Göttingen</li> </ul>



<p><b>FRANKFURT</b></p>  <p>Telefon: 069 / 95 93 75 311 Telefax: 069 / 95 93 75 312 Homepage:</p> <p>Email: rupert.puellen@fdk.info</p>	<p><b>Name der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ AGAPLESION DIAKONISSEN KRANKENHAUS</li> <li>➤ AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS</li> </ul> <p><b>Träger:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ AGAPLESION</li> </ul> <p><b>Chefarzt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PD Dr. med. Rupert Püllen</li> </ul> <p><b>Facharzttitel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> </ul> <p><b>Zusatzweiterbildung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Klinische Geriatrie</li> <li>➤ Physikalische Medizin</li> <li>➤ Palliativmedizin</li> <li>➤ Notfallmedizin</li> </ul> <p><b>Weiterbildungsermächtigung für</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> <li>➤ Allgemeinmedizin</li> <li>➤ Geriatrie</li> </ul>
 	<p><b>Abteilungsgröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anzahl stationäre Betten      102 Betten</li> <li>➤ Anzahl Tagesklinikplätze      25 Plätze</li> </ul> <p><b>Zertifizierung nach</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ KTQ</li> </ul> <p><b>Besonderheiten der Fachabteilung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen</li> <li>➤ Memory-Clinic</li> <li>➤ Sturzzentrum</li> <li>➤ Spezialbereich Demenz</li> <li>➤ Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Frankfurt</li> <li>➤ Lehrauftrag des Chefarztes an der Universität Frankfurt</li> </ul>

<p><b>ERFURT</b></p>  <p>Telefon: 0361 / 781 2900 Telefax: 0361 / 781 - 2902 Homepage:</p> <p>Email: Peter.koch-gwinner@helios- kliniken.de</p>	<p><b>Name der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ HELIOS Klinikum Erfurt - Zentrum für Geriatrie</li> </ul> <p><b>Träger:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Helios Kliniken GmbH</li> </ul> <p><b>Chefarzt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dr. med. Peter Koch-Gwinner</li> </ul> <p><b>Facharzttitel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> <li>➤ Physikalische Therapie und rehabilitative Therapie</li> </ul> <p><b>Zusatzweiterbildung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Geriatrie</li> <li>➤ Palliativmedizin</li> </ul> <p><b>Weiterbildungsermächtigung für</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> <li>➤ Geriatrie</li> </ul>
 	<p><b>Abteilungsgröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anzahl stationäre Betten      106 Betten</li> <li>➤ Anzahl Tagesklinikplätze      15 Plätze</li> </ul> <p><b>Zertifizierung nach</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ KTQ</li> </ul> <p><b>Besonderheiten der Fachabteilung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen</li> <li>➤ Memory Clinic</li> <li>➤ Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Jena</li> </ul>

## Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose

Walter Behringer, Fulda

### Definition der Osteoporose

Die Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, die durch eine niedrige Knochenmasse und eine Verschlechterung der Mikroarchitektur des Knochengewebes charakterisiert ist mit der Folge einer vermehrten Knochenbrüchigkeit.

### Epidemiologie und Klinik der Osteoporose

Die Osteoporose ist die **häufigste Knochenerkrankung** im höheren Lebensalter. 80 Prozent aller Osteoporosen betreffen postmenopausale Frauen. Eine von drei Frauen über 50 Jahren erleidet statistisch gesehen mindestens eine Fraktur aufgrund ihrer Osteoporose. Im Alter über 70 Jahren nimmt die senile Osteoporose bei beiden Geschlechtern stetig zu.

Die klinisch bedeutsamste Folge einer Osteoporose ist

das Auftreten von Schenkelhals-, Vorderarm- und Wirbelkörperfrakturen. Osteoporose-assoziierte Frakturen verursachen eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität. Folgen der Frakturen sind akute und chronische Schmerzen, funktionelle Einschränkungen und eine Zunahme von Refluxbeschwerden. Osteoporotisch bedingte Schenkelhalsfrakturen und Wirbelkörperfrakturen sind bei Frauen und Männern mit einer erhöhten Mortalität verbunden.

Klinische Symptome der Osteoporose, die Frakturen vorausgehen, sind nicht bekannt.

### Osteoporose- und Frakturprophylaxe

Durch prophylaktische Maßnahmen soll der Knochen stabilisiert werden und Stürze und Frakturen vermieden werden.

Empfehlenswert ist eine regelmäßige körperliche Aktivität mit der Zielsetzung, **Muskelkraft** und **Koordination** zu verbessern. Eine Immobilisation soll vermieden werden. Durch Anamnese und geriatrische Assessments kann das Sturzrisiko abgeschätzt werden und

vermeidbare Sturzursachen eventuell beseitigt werden. Ggf. müssen Gehhilfen zur **Sturzprophylaxe** eingesetzt werden.

Über eine ausreichende Aufnahme von Calcium kann die Knochendichte positiv beeinflusst werden. Eine Zufuhr von **1000 mg Calcium** täglich mit der Nahrung ist bei den meisten Personen ausreichend. Wenn Calcium nicht ausreichend mit der Nahrung zugeführt wird, sollte eine Supplementierung erfolgen. Die Gesamtzufuhr aus Nahrungscalcium und Supplementen sollte aber auf möglichst 1500 mg begrenzt werden, da für höhere Mengen bisher kein zusätzlicher Nutzen belegt ist und es insbesondere bei Personen mit einer Niereninsuffizienz Hinweise für ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko gibt. Der Tagesbedarf an Vitamin D3 beträgt etwa 1000 I.E. (25 µg). Ein Vitamin D-Defizit (25-Hydroxy-Vitamin D3 < 20 ng/ml) macht neuromuskuläre Funktionsstörungen und begünstigt Stürze. Der **Ausgleich eines Vitamin D-Mangels** führt zu einer Verminderung der Sturzrate

und zu einer Senkung von proximalen Femurfrakturen. Ein schwerer Vitamin D-Mangel lässt sich in der Regel durch eine mindestens 30-minütige tägliche **Sonnenlichtexposition** von Gesicht und Armen vermeiden. Bei geringeren Expositionszeiten soll eine medikamentöse Vitamin D3-Supplementierung mit 800 bis 2000 Einheiten täglich oder einer äquivalenten mehrwöchentlichen Gabe, z. B. 20000 Einheiten dreiwöchentlich, erfolgen.

**Untergewicht** (BMI < 20 kg/m<sup>2</sup>) ist ein Risikofaktor für osteoporotische Frakturen. Die Abklärung eines unklaren Untergewichts und eine ausreichende kalorische Ernährung, mit dem Ziel, Muskelmasse zu erhalten oder zu erzeugen, werden deshalb empfohlen.

**Nikotin** ist ein starker Risikofaktor für osteoporotische Frakturen und sollte vermieden werden.

**Medikamente**, die eine Osteoporose oder Stürze begünstigen können, z. B. Glucocorticoide, Antiepileptika, Antidepressiva, sedierende und Orthostaseauslösende Medikamente,

sollten bezüglich ihres Nutzen-Risiko-Verhältnisses regelmäßig in Bezug auf Dosis und Notwendigkeit kritisch überprüft werden.

Auch sollte der Einsatz von Protonenpumpeninhibitoren auf ein notwendiges Maß beschränkt werden. Eine Dauertherapie mit PPI führt nach aktueller Studienlage zu einem erhöhten osteoporotischen Frakturrisiko.

Alle genannten Maßnahmen der Osteoporose- und Frakturprophylaxe entfalten ihre Wirkung auf den Knochenstoffwechsel bzw. die Sturzrate innerhalb von wenigen Wochen. Sie sind daher gerade auch im hohen Lebensalter effektiv.

### **Diagnostik der Osteoporose**

Eine Osteoporosediagnostik wird nach der Empfehlung des Dachverbandes Osteologie (DVO-Leitlinie) bei allen Personen empfohlen, bei denen anhand ihres klinischen Risikoprofils eine hohe Frakturrate zu erwarten ist. Die klinische Diagnose einer Osteoporose stützt sich derzeit weitgehend auf eine **niedrige Knochendichte** als

einer essentiellen Komponente der Osteoporose. Das empfohlene Standardverfahren zur Knochendichtemessung ist die Osteodensitometrie mittels der Dual-X-Ray-Absorptiometrie (**DXA**) an der Lendenwirbelsäule und am proximalen Femur. An der Lendenwirbelsäule wird der mittlere T-Wert derjenigen Wirbel von L 1 bis L 4 ermittelt, an denen eine auswertbare Messung möglich ist. Es müssen mindestens zwei Wirbelkörper beurteilbar sein. Beeinträchtigungen der Auswertung bestehen z. B. bei Spondylophyten, vertebrealen Frakturen, Skoliosen und einer ausgeprägten Gefäßsklerose.

Am proximalen Femur sind der T-Wert der Gesamtfemurregion (Total Hip) und der T-Wert am Schenkelhals (Neck) für die Risiko-bewertung am besten geeignet. Für die Abschätzung des Frakturrisikos wird der niedrigste T-Wert der DXA-Messungen an der Lendenwirbelsäule, am Gesamtfemur und am Schenkelhals zugrundegelegt.

Wenn bereits osteoporotische Frakturen im Röntgenbild nachgewiesen wurden

oder eine pertrochantäre Femurfraktur aufgetreten ist, kann auch ohne vorherige DXA-Messung eine Osteoporose-Therapie eingeleitet werden. Auch gibt es zunehmend Konstellationen mit doppelseitiger Hüftendoprothese und osteoporotischen Frakturen im Bereich der Lendenwirbelsäule, bei denen trotz typischer osteoporotischer Frakturen eine aussagekräftige Knochendichtemessung nicht möglich ist. Hier ist in der Regel davon auszugehen, dass die Knochendichtemessung niedrig ausfallen würde und eine Therapieindikation vorliegt.

Vorausgehen soll der Osteodensitometrie unbedingt eine **Anamnese** und eine **klinische Untersuchung**. Anamnestisch muss das Vorliegen von **Risikofaktoren** für osteoporotische Frakturen geprüft werden. Durch einen standardisierten Fragebogen zu den Risikofaktoren kann die Anamnese erleichtert werden.

Ergänzende Laboruntersuchungen dienen dem Erkennen von möglichen Risikofaktoren oder der

differentialdiagnostischen Abgrenzung von anderen Osteopathien, z. B. einer Osteomalazie.

### Therapie der Osteoporose

Bei Osteoporosepatienten wird unabhängig von der medikamentösen Therapie eine Umsetzung der prophylaktischen Maßnahmen, z.B. eine knochen gesunde Ernährung und Bewegung, empfohlen.

Osteoporose-begünstigende Medikamente sollten hinsichtlich Dosis und Notwendigkeit kritisch geprüft werden, z. B. bei einer Glucocorticoid-Therapie durch den zusätzlichen Einsatz von Immunsuppressiva wie Methotrexat oder Azathioprin. Insbesondere Glucocorticoide sollten, wo irgend möglich, in der Geriatrie eingespart oder auf weniger knochenwirksame Präparate umgesetzt werden.

Als **Basistherapie einer Osteoporose** gilt die Einnahme von 1000 mg Calcium und 800 bis 2000 I. E. Vitamin D3 pro Tag entweder über die Nahrung oder als Supplementation. Eine spezi-

fische medikamentöse Therapie der Osteoporose wird empfohlen, wenn die Wahrscheinlichkeit für eine osteoporotische Fraktur in den nächsten zehn Jahren mehr als 30 Prozent beträgt und die T-Werte der DXA-Knochendichtemessung an der LWS, am proximalen Gesamtfemur oder am Schenkelhals erniedrigt sind. Nach der letzten DVO-Leitlinie aus dem Jahr 2009 werden die Schwellenwerte des T-Scores der Knochendichte für eine medikamentöse Therapie in Beziehung gesetzt zum Lebensalter, zum Geschlecht und zu den vorliegenden Risikofaktoren des jeweiligen Patienten. Diese Schwellenwerte sind in der DVO-Leitlinie in Tabellenform veröffentlicht und nachzulesen.

Die in Bezug auf eine Fraktursenkung am besten belegten medikamentösen Therapieoptionen bei der postmenopausalen Frau sind Alendronat, Risedronat, Ibandronat, Zoledronat, Raloxifen, Strontiumranelat, Teriparatid, Parathyroidhormon und Denosumab. Für alle genannten Präparate ist eine Verminderung von

Wirbelkörperfrakturen über drei Jahre in ähnlichem Umfang nachgewiesen. Alle Präparate außer Raloxifen und Parathyroidhormon konnten auch die Häufigkeit peripherer Frakturen reduzieren. Für den Mann sind Alendronat, Risedronat, Zoledronat und Teriparatid zugelassen.

Das Wirkprinzip der **Bisphosphonate** beruht auf einer Suppression der Osteoklasten und eine damit einhergehende Hemmung der Knochenresorption.

**Raloxifen** ist ein selektiver Östrogenrezeptormodulator (SERM) mit einer hohen Affinität zum Östrogenrezeptor mit einer antiresorptiven Wirkung durch Hemmung der Osteoklasten.

**Strontiumranelat** soll sowohl eine Osteoblasten-stimulierende als auch eine Osteoklasten-inhibierende Wirkung entfalten.

Das Parathormonfragment **Teriparatid** sowie das **Parathyroidhormon** gelten als osteoanabole Substanzen durch Stimulation der Osteoblasten. Beide Substanzen werden täglich subcutan appliziert.

Im Jahr 2010 wurde als weiteres Osteoporose-Thera-

peutikum **Denosumab** zugelassen, das seine Wirkung durch eine RANK-Ligand-Hemmung entfaltet. Es wird in einer Dosis von 60 mg alle sechs Monate subcutan appliziert.

**Literatur:**

*DVO-Leitlinie 2009 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Erwachsenen. Osteologie 2009; 18:304-328*

**AKTUELLE MITTEILUNGEN - TERMINE**

- 12.08.2011 bis 10.12.2011  
**ZERCUR Süd Hessen zertifiziertes Curriculum Geriatrie**  
Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden in Kooperation mit  
Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim, Kliniken des Main-Taunus Kreises  
Otto-Fricke Krankenhaus Bad Schwalbach, Asklepios Klinik Seligenstadt  
Nähere Informationen: Tel. 0611- 53 166 834; Email: cathrin@otto-seminare.de
- 5. Oktober 2011 (17.00 Uhr)  
**Herzinsuffizienz bei geriatrischen Menschen**  
Veranstaltung anlässlich des 10jährigen Bestehens der Klinik für Geriatrie am Bürgerhospital Friedberg
- 14./15. Oktober 2011  
**WORKSHOP „Neuroscientific and physiological principles of normal and disordered swallowing and special aspects of aged swallowing“**  
Otto Fricke Krankenhaus Wiesbaden Bad Schwalbach; Veranstaltungsort: Dr. Peter Jäger Bildungszentrum, Dr. Horst Schmidt Kliniken, Wiesbaden Teilnahmegebühr 280€
- 3. November 2011  
**Richtige DXA-Messung; Messtechniken und Messfehler**  
Herz-Jesu Krankenhaus Fulda, Klinik für Geriatrie und Rheumatologie  
(begrenzte Teilnehmerzahl, Anmeldung erforderlich)
- 4./5. November 2011  
**18. Wiesbadener Geriatrie Kolloquium Wiesbaden: Malnutrition im Alter**  
Veranstaltungsort: Biebricher Schloss Wiesbaden; Informationen: Tel.:0611-8472802
- 4. November 2011, 10.30 Uhr  
**Mitgliederversammlung Landesverband Geriatrie Hessen/Thüringen Biebricher Schloss Wiesbaden**

Impressum:

Auflage: 2.500 Exemplare

Landesverband Geriatrie Hessen und Thüringen des  
Bundesverbandes Geriatrie e.V.

V.i.S.d.P: Dr. Walter Behringer, Fulda; Dr. Wolfgang Knauf, Wiesbaden