

Neues Angebot der MEDIAN Klinik Berlin-Mitte

Mobile geriatrische Rehabilitation in den eigenen vier Wänden

Multimorbide, hochaltrige Patienten dürfen sich über Besuch freuen: Ab sofort schickt die MEDIAN Klinik Berlin-Mitte ihr geriatrisches Rehabilitationsteam direkt ins eigene Zuhause der Patienten. Mit der mobilen Rehabilitation in Privatwohnungen oder Pflegeeinrichtungen schließt die Klinik eine Lücke in der Versorgung von Patienten, die bislang nicht für ambulante oder stationäre Reha-Maßnahmen geeignet waren.

Alt, seh- oder hörgeschädigt, kognitiv beeinträchtigt und kommunikativ eingeschränkt – für solche Patienten

kam bislang weder eine ambulante noch eine stationäre Rehabilitation in Frage. Um ihnen dennoch wieder »auf die Beine« zu helfen und mehr Selbstständigkeit im Alltag zu ermöglichen, bietet das Team der Fachklinik für geriatrische Rehabilitation um Oberärztin Dr. Petra Rech nun eine rehabilitative Betreuung durch Ärzte, Ergo- und Physiotherapeuten, Psychologen, Logopäden und examinierte Schwestern und Pflegern im häuslichen Umfeld der Patienten an. Das Team erstellt dabei in enger Kooperation individuelle Therapiepläne, die dem jeweiligen Behandlungsfortschritt des Patienten angepasst werden. In die rehabilitative Pflege werden stets auch Angehörige mit einbezogen, die durch das Rehateam mit Tipps und Beratungsangeboten unterstützt werden. Bei Fragen rund um die Themen



Abb.: Bietet jetzt auch mobile geriatrische Rehabilitation: die MEDIAN Klinik Berlin-Mitte

häusliche Unterstützung und Sozialrechtliches stehen Betroffenen und ihren Familien zudem die drei Sozialarbeiterinnen der geriatrischen Fachklinik zur Seite.

Die Mobile Geriatrische Rehabilitation ist ein Projekt der MEDIAN Klinik Berlin-Mitte, der einzigen stationären geriatrischen Reha-Klinik in Berlin. Die Einrichtung, die über insgesamt 130 Betten auf sechs altersgerecht gestalteten Stationen verfügt, setzt sich in besonderem Maße für die patientenorientierte Förderung von Selbstständigkeit, Kommunikationsvermögen und Mobilität im Alter ein. |JS|

Quelle: MEDIAN Klinik Berlin-Mitte

Mobile geriatrische Reha: Ein Beispiel

Als eine der ersten Patientinnen behandelte das mobile geriatrische Rehateam der MEDIAN Klinik Gisela K. aus Charlottenburg. Die Seniorin litt neben einer Alzheimer-Demenz an einer zunehmenden Sehschwäche und musste bereits seit längerem von ihrer Tochter betreut werden. Nach einer Hüftfraktur infolge eines Sturzes wurden eine Operation und ein stationärer Klinikaufenthalt erforderlich, danach war eine Reha-Maßnahme vorgesehen. Aufgrund ihrer Multimorbidität kam eine herkömmliche stationäre oder ambulante Rehabilitation für Frau K. jedoch nicht in Frage. Bianca Fischer, Case-Managerin der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation, organisierte daher Ergo- und Physiotherapiesitzungen bei der Patientin daheim. Durch das rehabilitative Training zu Hause konnte auch die Tochter einbezogen und mit Ratschlägen unterstützt werden.

Ansprechpartner:

Bianca Fischer (bianca.fischer@median-kliniken.de)
Dr. med. Petra Rech (petra.rech@median-kliniken.de)

Homecare-Dienstleister PubliCare

Unabhängiger Partner in der Stoma-, Kontinenz- und Wundversorgung

Das Kölner Unternehmen PubliCare ist ein herstellerneutraler Nachversorger für die Bereiche Stoma, Kontinenz und Wunde. Der Dienstleister, der sich auf das Segment Homecare spezialisiert hat, arbeitet bundesweit und bietet rund 4.000 Produkte von über 20 Herstellern an. Ein Team von fachlich qualifizierten Außendienstmitarbeitern unterstützt Patienten, Mediziner und Pflegekräfte zudem bei der Einweisung in die Handhabung der medizinischen Hilfsmittel. Von einer Versorgung mit Homecare-Produkten profitieren z. B. Patienten, die aufgrund einer Morbus-Crohn-Erkrankung oder Colitis ulcerosa auf ein Stoma angewiesen sind. Auch Patienten mit Dekubitalgeschwür und ihre Behandler können mit den angeforderten Materialien eine adäquate Wundversorgung sicherstellen. Hilfsmittel werden zudem für den Bereich des intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK) angeboten, der z. B. bei MS die Lebensqualität der Patienten entscheidend verbessern kann.

Quelle: PubliCare GmbH

AOK Rheinland/Hamburg und Merz schließen Cost-Sharing-Vertrag

Gemeinsam für eine bessere Versorgung von Alzheimer-Patienten

Um auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für die steigende Zahl der Alzheimer-Patienten sicherzustellen, kooperiert die AOK Rheinland/Hamburg mit Merz Pharmaceuticals: Zum 1. Juni 2011 haben die Krankenkasse und das Pharmaunternehmen erstmals einen Cost-Sharing-Vertrag zu Memantine (Axura®) für die Behandlung der moderaten bis schweren Alzheimer-Demenz geschlossen.

Der NMDA-Agonist Memantine kann die geistigen, alltagspraktischen und globalen Fähigkeiten von Alzheimer-Patienten länger erhalten und so eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben fördern. Die aktuellen S3-Leitlinien empfehlen die antidementive Therapieoption bei moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz daher ebenso wie

das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Durch die Kooperation mit der AOK hoffe man nun, auch zukünftig zu einer effizienten und patientenbezogenen Versorgung von Alzheimer-Betroffenen beizutragen, so der Axura®-Hersteller. |JS|

Quelle: Merz Pharmaceuticals GmbH

Preisverleihung »Die zweite Realität«

Stiftung Sonnweid zeichnet Arno Geiger aus

Mit dem Preis »Die zweite Realität« würdigt die Schweizerische Stiftung Sonnweid das literarische Schaffen Arno Geigers. In seinem aktuellen Buch »Der alte König in seinem Exil« verarbeitet der österreichische Schriftsteller die Geschichte seines an Alzheimer erkrankten Vaters.

»Das gemeinschaftliche Versagen am Anfang lag hinter uns, und die unangenehmen Erinnerungen verloren rasch an Schärfe, denn wir gingen jetzt behutsamer mit dem Vater um«, schreibt Arno Geiger in »Der alte König in seinem Exil«. Er zeichnet darin den Verlauf einer Demenz nach, wie er in vielen Familien erlebt wird: Zunächst die Verärgerung des Betroffenen und seiner Angehörigen über die nachlassenden kognitiven Leistungen, dann die Diagnosestellung und die Phase der Pflege daheim, schließlich der Umzug in ein Heim. Besonders macht Geigers Geschichte aber weniger ihr Inhalt als vielmehr die Beobach-

tungsgabe, mit der erzählt wird, und die spürbare Liebe des schreibenden Sohnes zu seinem Vater.

Das Buch beeindruckte Demenzfachleute, Angehörige und Literaturfreunde gleichermaßen. Die Möglichkeit eines würdevollen Lebens mit Demenz durch mehr Freiraum und Empathie, die der Schriftsteller eröffnet, berührte auch den Stiftungsrat der Stiftung Sonnweid. Die schweizerische Stiftung für Alzheimerkranke hob insbesondere Geigers klare und feine Sprache und die Art, wie der Literat das Wesen der Krankheit und die Beziehung zum Vater beschreibt, hervor. Man sei davon über-



Abb. Der österreichische Schriftsteller Arno Geiger (oben) widmete sein aktuelles Werk dem Thema Alzheimer-Demenz

zeugt, dass das Werk des Autors zu einem besseren Verständnis der Demenz und zu einer Verbesserung der Situation betroffener Menschen beitrage, hieß es von Seiten des Stiftungsrates.

Am 21. Oktober 2011 erhält Arno Geiger daher den mit 10.000 Schweizer Franken dotierten Preis »Die zweite Realität«. Die Verleihung der alle zwei bis drei Jahre vergebenen Auszeichnung findet im Züricher Kulturhaus Helferei statt.

Quelle: Stiftung Sonnweid. Weitere Informationen zum Buch finden Sie unter www.hanser.de



Universität Witten/Herdecke

17. Preis für Hirnforschung in der Geriatrie ausgelobt

Zum siebzehnten Mal verleiht die Universität Witten/Herdecke den Preis für Hirnforschung in der Geriatrie. Die Auszeichnung würdigt herausragende Arbeiten aus den Bereichen der Medizin, Naturwissenschaft, Psychologie, Pharmakologie, Soziologie und Pflege, die im Bereich der anwendungsbezogenen Forschung und umgesetzten Grundlagenforschung einen wesentlichen Beitrag zu einer besseren Diagnostik, Therapie, Versorgung und Betreuung von geriatrischen Patienten mit Hirnerkrankungen geleistet haben.

Der Preis, der von Merz Pharmaceuticals gestiftet wird, ist mit 10.000 € dotiert und wird kalenderjährlich vergeben.

Prämiert werden nur Arbeiten, die – unabhängig von der Nationalität des Einsenders – in deutscher oder englischer Sprache eingereicht werden und aus dem deutschsprachigen Bereich stammen. Bewerber sollten ihre Unterlagen bis zum 30. September 2011 in einfacher Ausfertigung unter einem Kennwort einreichen und den Namen des Verfassers und dessen

Adresse in einem verschlossenen, mit dem gleichen Kennwort versehenen Umschlag beifügen. Die Bewerbungsunterlagen sind zu richten an den:

Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke
z. H. Herrn Prof. Dr. med. Ingo Füsgen
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Geriatrie
St. Elisabeth Krankenhaus
Tönisheider Straße 24, 42553 Velbert.

Quelle: Merz Pharmaceuticals GmbH

kurz berichtet...

Demographiekongress – Zukunftsforum Langes Leben in Berlin

Am 7. und 8. September 2011 findet in Berlin unter der Schirmherrschaft von vier Ministerien zum zweiten Mal das Zukunftsforum Langes Leben statt. Rund 800 Entscheider aus der Wohnungs-, Sozial- und Gesundheitswirtschaft, der einzelnen Sozialversicherungszweige sowie von Anbietern technischer Assistenzsysteme treffen sich dann, um gemeinsam mit Vertretern aus der Politik über erfolgreiche Geschäftsmodelle und Lösungen für den demographischen Wandel zu diskutieren. Das Programm des Kongresses umfasst 20 Foren mit rund 100 hochkarätigen Referenten aus Politik, Verbänden, Wirtschaft und Wissenschaft und widmet sich Themen wie dem altersgerechten Wohnen, modernen Hörgeräte oder Fitness im Vierten Lebensalter. Der Kongress wird koordiniert vom Verein Gesundheitsstadt Berlin.

Das Kongressprogramm und Möglichkeiten zur Anmeldung gibt es unter: www.zukunftsforum-langes-leben.de

Therapeutischer Nihilismus bei alten Patienten unangebracht

Physiologische Besonderheiten der Arzneimittelwirkung einkalkulieren !

Je älter ein Mensch, desto höher sein Arzneimittelverbrauch (Abb. 1)! Da stellt sich aus gesundheitsökonomischer Sicht zuweilen die Frage: Profitieren ältere Menschen überhaupt noch von einer Pharmakotherapie? In der Diskussion sind vor allem chronische Erkrankungen und langbestehende Organschäden bzw. die zur Prävention von kardiovaskulären Komplikationen erforderliche Medikation. Große Untersuchungen zeigen jedoch, dass therapeutischer Nihilismus unangebracht ist. Wichtig für ein rationales pharmakologisches Management im Alter ist es allerdings, die reduzierten physiologischen Ressourcen in die Überlegungen einzubeziehen.

Der »gesunde«, zu Hause lebende über Achtzigjährige nehme im Schnitt sechs Medikamente ein, bei Patienten mit stationär behandlungsbedürftigen kardiologischen Problemen seien es sogar acht bis neun, zitierte Prof. Heyo Klaus Kroemer, Leiter der Abteilung Allgemeine Pharmakologie an der Universität Greifswald, die Ergebnisse einer aktuellen Erhebung in Mecklenburg-Vorpommern.

Die Crux ist allerdings, dass man bei vielen Indikationen, vor allem bei den einer Langzeittherapie bedürftigen Erkrankungen, eigentlich gar nicht weiß – zumindest nicht »evidenzbasiert« – ob diese Patienten wirklich davon profitieren. Denn Menschen jenseits des achtzigsten Lebensjahrs sind in vielen Studien aufgrund der stringenten Ein- und Ausschlusskriterien gar nicht vertreten. Das Fehlen evidenzbasierter Daten könnte in Zeiten knapper Ressourcen jedoch

dazu verleiten, dieser Population einige für ihre Lebensqualität und Alltagskompetenz sehr wohl nutzbringenden Therapien vorzuenthalten.

Regulation von Blutdruck und Lipiden lohnt immer

So stand lange Zeit die Frage im Raum, ob es sich bei einem alten Menschen mit langbestehender Atherosklerose und vermutlich irreversiblen Gefäßveränderungen überhaupt noch »lohnt«, den Blutdruck und/oder die Blutfette zu senken. Dass diese Zweifel unberechtigt sind, untermauerte Kroemer mit den Ergebnissen von zwei multizentrisch an großen Populationen durchgeführten Studien.

Für »HYVET« [1] waren in Europa, China, Australien/Neuseeland und Nordafrika 3.845 Patienten rekrutiert worden. Hauptkriterien waren ein Alter über achtzig Jahre (im Mittel waren die Teilnehmer dann 84 Jahre alt) und zu hoher Blutdruck (im Mittel 173/91 mmHg im Sitzen). Die Studie wurde dann nach im Median 1,8 Jahren vorzeitig abgebrochen, weil unter der antihypertensiven Behandlung (Indapamid/Perindopril) signifikant weniger Todesfälle aufgetreten waren als unter Placebogabe ($p = 0,02$). Insgesamt war im Therapiearm die Wahrscheinlichkeit für tödliche und nicht tödliche Komplikationen (Schlaganfälle, Myokardinfarkt oder Erstmanifestation einer Herzinsuffizienz) um 34 % niedriger gewesen als in der Kontrollgruppe ($p < 0,001$).

Nicht minder beeindruckend sind für Kroemer die Ergebnisse der »Heart-Protection-Study« [2]. Dafür waren

Nahezu jede zehnte Notaufnahme bei Senioren arzneimittelbedingt

Um einen Eindruck zur Häufigkeit von schweren, potentiell lebensbedrohlichen, Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie im Alter zu bekommen, hat man an der Universitätsklinik Toulouse/Frankreich in den Jahren 2002 und 2003 während vier verschiedener Wochen bei Personen jenseits des fünfundsechzigsten Lebensjahrs dokumentiert, wann eine Arzneimittelreaktion (exklusive Drogenüberdosierung) der Anlass war [4]. Das war bei 66 der 789 Patienten der Fall – entsprechend einer Inzidenz von 8,4 %. Als wesentliche Risikofaktoren kristallisierten sich heraus:

- Zahl der einzunehmenden Medikamente mit einer Odds Ratio (OR) von 1,2,
- Selbstmedikation (OR 2,3),
- Einnahme von Antithrombotika (OR 2,3),
- Antibiotikatherapie (OR 4,0).

in Großbritannien 20.534 Patienten mit einer klinisch manifesten Atherosklerose oder einem Diabetes mellitus randomisiert entweder einer lipidsenkenden Therapie (Simvastatin) oder der Gabe von Placebo zugeordnet worden. Fast ein Drittel der Studienteilnehmer war bei Einschluss siebzig Jahre alt und älter. Nach im Mittel fünf Jahren war im behandelten Kollektiv die Inzidenz tödlicher und nicht tödlicher kardiovaskulärer Ereignisse inklusive Schlaganfällen und revascularisierenden Interventionen um 24 % niedriger als im Placebokollektiv ($p < 0,0001$). Dabei hatten die älteren Patienten nicht weniger profitiert als die jüngeren ($p < 0,0001$). Das galt selbst für die Subgruppe der bei Studienbeginn Fünfundsechzig bis Achtzigjährigen ($n = 1.263$) ($p = 0,0002$).

Veränderung des Nutzen-Risiko-Profiles

Voraussetzung für eine erfolgreiche und zugleich sichere Arzneimitteltherapie bei betagten Patienten ist für Kroemer die Berücksichtigung der altersbedingten Veränderungen der relativen Zusammensetzung physiologischer Kompartimente (Abb. 2). Diese könnten sich sowohl auf die Pharmakokinetik als auch auf die Pharmakodynamik auswirken. Was das für das Nutzen-Risiko-Profil von Medikamen-

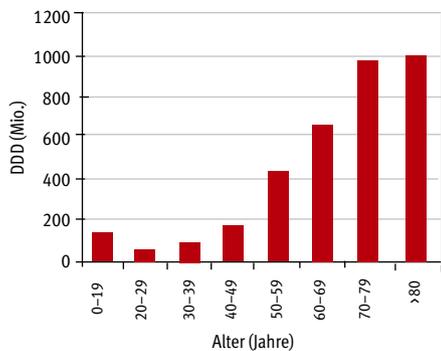


Abb. 1: Arzneimittelverbrauch gemessen an »Defined Daily Dosis« (DDD) in Abhängigkeit vom Lebensalter (nach Schwabe U, Arzneiverordnungsreport, Springer-Verlag 2008)

ten bedeuten kann, verdeutliche Kroemer anhand einiger prägnanter Beispiele.

Aufgrund der veränderten Aktivität der hepatischen Enzyme nimmt im Alter die Halbwertszeit einiger Benzodiazepine drastisch zu – beispielsweise beim im klinischen Alltag so »beliebten« Diazepam und seinem aktiven Metaboliten Nordiazepam auf das Drei- bis Fünffache. Die bei gleicher Dosis im Vergleich zu jüngeren Patienten stärkere und prologierte sedierende und muskelrelaxierende Wirkung geht für die Senioren mit einem deutlich erhöhten Sturzrisiko einher. Bei einer diesbezüglichen Untersuchung am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart ließen sich bei 41% der mit Oberschenkelhalsbruch stationär aufgenommenen Patienten Benzodiazepine im Blut nachweisen – in mehr als der Hälfte der Fälle ohne einen entsprechenden Hinweis in der Anamnese.

Das mit dem Lebensalter abnehmende Herzzeitvolumen und die damit verbundene geringere Transportgeschwindigkeit von Pharmaka in die Leber verzögert den Abbau einiger Arzneimitteln ganz erheblich. Das kann sich in einer unter Umständen nebenwirkungssträchtigen Zunahme der Konzentrationszeitkurve (AUC) von Substanzen wie beispielsweise vasoaktiven Kalziumantagonisten niederschlagen, veranschaulichte Kroemer am Beispiel einer Untersuchung mit Felodipin.

Mit in die therapeutischen Überlegungen einbeziehen sollte man auch die im Alter verminderte Nierenfunktion, wobei allerdings mit einer großen interindividuellen Variabilität zu rechnen ist. Das kann unter anderem bei einer Behandlung mit Morphinen zu einer deutlich längeren Analgesiedauer führen. Beim First-Pass-Effekt entstehe unter anderem das renal eliminierte Morphin-6-Glukuronid als potenter Agonist der Opioid-Rezeptoren, erklärte Kroemer. Der Anstieg der Plasmakonzentration dieses Metaboliten bei eingeschränkter Nierenfunktion und seine zeitversetzte Überwindung der Blut-Hirn-Schranke prologiere die Wirkdauer von Morphin.

Bessere Therapietreue mit patientenfreundlichen Darreichungsformen

Kroemer erinnerte auch daran, dass im Alter die Darreichungsform für den Erfolg der Therapie eine wesentlich größere Rolle spielt als in jungen Jahren. Compliancefeindlich – besonders für Patienten mit arthritischen Händen oder verminderter Sehkraft – sind unter anderem Dosenverschlüsse mit komplizierter Kindersicherung. Auch Standardblisterverpackungen erfordern nicht selten ein hohes Maß an manueller Geschicklichkeit.

Überfordert sind die Senioren häufig auch durch komplizierte Therapiepläne und die Vielzahl unterschiedlicher Medikamente: Je größer die Tablettenzahl und je höher die Applikationsfrequenz, desto schlechter ist die Einnahmeverlässlichkeit. Unterstützen lässt sich die Therapietreue alter multimorbider Patienten durch die Verordnung von – sofern verfügbar – fixen Kombinationen oder Retardformulierungen. Mit dem »Autidem-Kreuz« auf dem Rezept verhindert man zudem in der Apotheke den willkürlichen Wechsel von dem vertrauten zu einem zwar wirkstoffidentischen, aber in Hinblick auf Namen und Verpackung unterschiedlichen Präparat mit in der Regel in Farbe und Form eventuell auch bezüg-

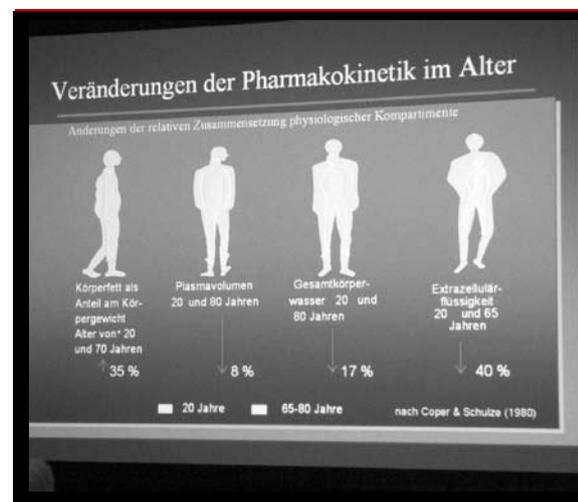


Abb. 2: Veränderung der relativen Zusammensetzung physiologischer Kompartimente mit zunehmendem Alter (nach Coper und Schulze, 1980)

lich Geschmack/Geruch differenten Tabletten.

| Gabriele Blaeser-Kiel |

1. HYVET = Hypertension in the Very Elderly Trial. Beckett NS et al. N Engl J Med 2008; 358: 1887-1898.
2. Heart Protection Study Group. Lancet 2002; 360: 7-22.
3. Lindenberger U et al. 3. Erweiterte Auflage 2010, Akademie Verlag.
4. Olivier P et al. Drugs Aging 2009; 26: 475-482.

MSD-Diskussion »Altersmedizin – eine interdisziplinäre Aufgabe für das Gesundheitswesen« beim 116. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden

Die »Alten« sind und fühlen sich heute (biologisch) jünger als früher

Nahezu jeder Arzt werde jeden Tag mit dem Phänomen des Alterns konfrontiert und erlebe somit täglich aufs Neue, dass chronologisches Alter nicht mit biologischem Alter gleichzusetzen sei und die »Alten« sowohl in körperlichen als auch in geistigen Bereichen immer leistungsfähiger blieben, wies Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, ärztliche Leiterin des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin, auf einen sich gegenwärtig vollziehenden Trend hin. Bestätigt wird die Empirie durch die Ergebnisse der »Berliner Altersstudie«. Dabei war herausgekommen, dass sich die heute Siebzighjährigen in allen erfassten Parametern signifikant von den Siebzighjährigen vor zehn und zwanzig Jahren unterscheiden. Sie fühlen sich im Schnitt dreizehn Jahre jünger als sie tatsächlich sind, wobei allerdings die Diskrepanz mit den Jahren immer kleiner wurde. Obwohl nahezu alle Befragten mindestens eine – 30% sogar fünf und mehr – Krankheiten hatte, fühlten sich zwei von drei subjektiv gesund. 90% der Senioren lebten selbstbestimmt in einem Privathaushalt, davon drei Viertel ohne regelmäßige Inanspruchnahme fremder Hilfe. Erst das sogenannte vierte Lebensalter, das – individuell unterschiedlich – etwa ab Mitte achtzig beginnt, ist gekennzeichnet von zunehmender körperlicher Gebrechlichkeit und abnehmender kognitiver Leistungsfähigkeit. Anders als häufig vermutet, ist aber allem Anschein nach in diesem Lebensabschnitt keine Zunahme des Depressionsrisikos zu erwarten. Die Prävalenz affektiver Störungen lag diesseits und jenseits des fünfundachtzigsten Lebensjahrs gleichermaßen bei etwa 25%.

Die Berliner Altersstudie (BASE) ist eine multidisziplinäre Untersuchung alter Menschen im Alter von siebzig bis über hundert Jahren, die im ehemaligen Westteil Berlins leben. In der Hauptstudie (1990 – 1993) wurde eine Kernstichprobe von 516 Personen in vierzehn Sitzungen hinsichtlich ihrer geistigen und körperlichen Gesundheit, ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit und psychischen Befindlichkeit sowie ihrer sozialen und ökonomischen Situation untersucht. Danach wurden die Teilnehmer bis zu sieben weitere Male befragt. Krankheit und Tod haben die Kohorte über die Jahre jedoch sehr verkleinert auf nur noch 22 Personen beim letzten Gespräch. Neue Erkenntnisse werden von BASE II erwartet. Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt mit geplant mehr als 2.200 neuen Probanden ist kürzlich angelaufen [3].

Interdisziplinäres Dysphagie-Symposium

Frühe Diagnose und interdisziplinäre Konzepte sind gefordert!

Am 18. Juni 2011 fand in Köln unter Leitung des Lehrstuhls für Geriatrie der Universität zu Köln, dem St. Marien-Hospital Köln und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) das interdisziplinäre Dysphagie-Symposium statt. Der Weiterbildungstag mit Experten aus Klinik, Therapie und Ernährungsmedizin wurde mit Unterstützung von Nutricia ausgerichtet. Das Fazit der Veranstaltung: Eine frühzeitige Diagnose und interdisziplinäre Therapiekonzepte können helfen, die Versorgung von Dysphagiepatienten zu verbessern.

Dysphagie zähle zu den unterschätzten Gefahren in der Geriatrie, mahnte *Dr. Martin Jäger*, Dinslaken, im Rahmen des Symposiums: Etwa ein Fünftel aller Personen über 55 Jahren leiden an Schluckstörungen, bei den Bewohnern von Pflegeheimen oder neurologischen Patienten ist sogar annähernd jeder Zweite betroffen.

Professionelles Management beugt Aspirationspneumonien vor

Dennoch werde die Dysphagie gerade bei älteren, multimorbiden Menschen oft nachrangig behandelt. Für Dysphagiepatienten bedeutet ihre Erkrankung aber nicht nur eine Einschränkung der Lebensqualität, sondern kann zu schwerwiegenden Konsequenzen wie Mangel- oder Fehlernährung, Dehydratation oder einer Aspirationspneumonie

führen. Jäger wies daher auf die Notwendigkeit einer speziell auf die Geriatrie zugeschnittenen Diagnostik sowie eines professionellen Dysphagie-managements hin. Hierdurch könne eine signifikante Senkung des Risikos für Aspirationspneumonien erreicht werden. Als Kernaufgabe des apparativen Dysphagiemanagements erachtete der Geriater die Bestimmung des sichersten und effektivsten Weges für die Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr, der die Atemwege schützt.

Interdisziplinäres Teamwork gefragt

Am Beispiel der Schluckstörung zeige sich auch die zunehmende Bedeutung interdisziplinärer Versorgungskonzepte, betonte *Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz*, Köln. Mit Blick auf eine adäquate Versorgung der Patienten gelte es, als Mediziner eng mit Therapeuten und Pflegekräften zusammenzuarbeiten, um Fachwissen zu bündeln. Eine funktionelle Therapie solle stets nach einem störungsspezifischen Ansatz ausgewählt und so umgesetzt werden, dass sie das individuell definierte Behandlungsziel erreicht. Bei der Entscheidung, ob restituierende Maßnahmen mit Übungen zur Wiederherstellung der Funktionalität von Lippen, Zunge, Wangen und Kehlkopf, Ersatzstrategien für einen er-

leichterten Schluckprozess oder eine adaptive Schlucktherapie mit angepassten Nahrungskonsistenzen indiziert sind, helfen die aktuellen DGN-Leitlinien mit Hinweisen auf die jeweilige Evidenz zur Wirksamkeit.

Die Angst vor dem Verschlucken nehmen

Um Patienten mit Schluckstörungen die Nahrungsaufnahme zu erleichtern, biete sich die Möglichkeit einer speziellen Ernährung, die den Nährstoffbedarf deckt und deren Konsistenz genau auf die individuelle Schluckfähigkeit zugeschnitten ist, erklärten die Experten. Denn viele Patienten nähmen aus Angst, sich zu verschlucken, so wenig Nahrung zu sich wie möglich. Vollbilanzierte, hochkalorische Trinknahrungen, die in unterschiedlichen Konsistenzen erhältlich sind (z.B. aus dem Nutrilis-Portfolio), können in diesen Fällen helfen, einer Mangelernährung vorzubeugen. Durch ihre höhere Viskosität reduzieren sie zudem das Risiko einer Aspiration.

Bei Patienten mit besonders schweren, neurologisch bedingten Schluckstörungen empfehlen die Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung (ESPEN) den möglichst frühen Beginn einer Sondenernährung, um eine Verschlechterung des Ernährungszustandes zu vermeiden. Diese Therapie solle so lange durchgeführt werden, bis eine sichere und ausreichende orale Nahrungsaufnahme wieder möglich ist, rieten die Referenten. | JS |

Quelle: Nutricia GmbH

*** TIPP ***

Wer sich ausführlicher über Dysphagie informieren möchte, findet unter der Adresse www.dysphagie.de ein Online-Fachportal. Neben Broschüren und Schulungsvideos werden hier auch die Mitschnitte der Vorträge des Dysphagie-Symposiums bereitgestellt.

Apparative Schluckdiagnostik setzt auf Videoendoskopie

Im Rahmen eines interaktiven Workshops lud Dr. Johannes Josef Raczinski, Köln, dazu ein, sich mit dem Ablauf, den Risiken und Besonderheiten der apparativen Schluckdiagnostik vertraut zu machen. Dabei betonte er den Stellenwert der Videoendoskopie, die neben klinischen Eingangsuntersuchungen und der Videofluoroskopie verstärkt zum Einsatz kommt. Gerade bei unklarer Symptomatik könne die Endoskopie wichtige Hinweise für die Therapie liefern, so Raczinski. Im Unterschied zur Videofluoroskopie sei dieses apparative Verfahren schonender für die Patienten: Sie seien keiner Röntgenstrahlung ausgesetzt und könnten im Liegen untersucht werden, gab der Experte zu bedenken.

kurz berichtet...

REHACARE-Kongress 2011 mit Vortragsreihen zur Volkskrankheit Demenz

Im Rahmen des diesjährigen REHACARE-Kongresses rückt die Messe Düsseldorf in Vortragsreihen das Thema Demenz in den Fokus. Neben dem Schwerpunkt »Wohn(t)raum« mit Beiträgen zu neuen Wohn- und Pflegekonzepten für Senioren und Menschen mit Assistenzbedarf stellt die Veranstaltung vom 21. bis 22. September Informationen und Angebote vor, die Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen das Leben erleichtern. So informieren Fachleute aus Wissenschaft, Pflege, Recht und Sozialwirtschaft unter dem Titel »Mit Demenz (zu Hause) leben« über Krankheitsbilder, aktuelle Forschungsergebnisse, Unterstützungsangebote für Angehörige und Möglichkeiten bei Betreuung und Pflege. Auch die mit der Krankheit verbundenen ethischen und rechtlichen Fragen werden Thema der Kongressreihe sein. Aktuelle Informationen rund um die Rehacare bietet das Internetportal www.rehacare.de

Quelle: Messe Düsseldorf GmbH