



Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

Mitglied der International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG)

Korrespondenzadresse:

Klaus Ingo Giercke
(Sekretär DGGG)
Arbeiterwohlfahrt
Bezirksverband Mittelrhein
Rhonestraße 2a
50765 Köln
Tel.: +49(0)2 21/57 99 81 70
Fax: +49(0)2 21/57 99 81 60
E-Mail:
klaus-ingo.giercke@awo-
mittelrhein.de

Deutsche Gesellschaft für
Gerontologie und Geriatrie e.V.
Geschäftsstelle
Seumestr. 8
10245 Berlin
Tel.: 0 30/52 13 72 71
Fax: 0 30/52 13 72 72
E-Mail: gs@dggg-online.de

Diese Mitteilungsseiten sind
im Internet abrufbar unter
der Homepage der DGGG:
www.DGGG-online.de

1. Bericht des Präsidenten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Kongress in Potsdam gewinnt deutlich an Konturen: Es freut mich sehr, dass die Zusammenarbeit der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, der Schweizer Gesellschaft für Gerontologie und der beiden deutschen gerontologischen und geriatrischen Gesellschaften bei der Planung des Kongresses „Altern gestalten“ vom 3. bis 6. Dezember 2008 so gut vorangeht. Ich hoffe sehr, Sie haben sich diesen Termin notiert. Es gilt, die verschiedenen Kulturen der Kongressgestaltung miteinander zu verbinden. Es ist gelungen, die Themen zu identifizieren, die allen vier Gesellschaften wichtig sind, und sie mit prominenten Rednern und Vorsitzenden zu besetzen. Ich hoffe, dass der Kongress auch bei den Mitgliedern unserer Gesellschaft auf große Resonanz stößt. In einer Zeit, in der der demografische Wandel und das Thema Alter politisch einen so wichtigen Platz einnehmen, haben wir die Chance gemeinsam – gerontologisch und geriatrisch – Einfluss zu nehmen. Es würde uns sehr freuen, wenn die verschiedenen Diskussions- und Arbeitszusammenhänge der deutschen Gerontologie den Potsdamer Kongress zu einem sehr erfolgreichen machen.

Vor Beginn des Wahlkampfjahres 2009 sind einige wichtige Reformen auf den Weg gebracht worden, z. B. das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das die DGGG in der Diskussion mitbegleitet hat. Ob große oder kleine Reform: Es kommt darauf an, die Potenziale der neuen, durch das Gesetz gegebenen Impulse aufzugreifen, ihre Umsetzung aber auch kritisch zu begleiten. Das Thema „Pflegestützpunkte“ – gesetzgeberisch leider nicht besonders gut

vorbereitet – und das Thema „Multidisziplinäre Qualitätssicherung“ verdienen die Aufmerksamkeit der Gerontologie.

Besonders interessant und bedeutsam ist die Diskussion um den Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren. Hier liegen erste durchaus interessante Arbeitsergebnisse vor, die helfen können, die Reformdiskussion um die Pflege voranzubringen. Der Arbeitskreis „Pflege und Teilhabe“ in der DGGG bemüht sich um eine deutliche Weitung des Pflegeverständnisses und es bleibt zu hoffen, dass eine solche Sicht sich auch bei der Neuprofilierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechtes niederschlägt.

Mehrere Länder haben inzwischen nach der Föderalisierung des Heimrechts Gesetzesentwürfe zum neuen Heimrecht vorgelegt. Sie kennen viele Gemeinsamkeiten, zeigen aber auch eine landesspezifische Handschrift. Es wird darauf zu achten sein, dass einerseits die Landes- und kommunale Ebene gestärkt wird, andererseits aber auch eine bundeseinheitliche Rechtsordnung gewahrt bleibt.

Mit der Vergabe und der Entscheidung im Projekt „Leuchtturm Demenz“ wurden viele Modellprojekte auf den Weg gebracht. Durch die Entscheidung für das „Demenz-Zentrum“ zugunsten von Bonn und Jülich in Kooperation mit Witten-Herdecke und Rostock wird ein neuer Faktor in der gerontologischen Landschaft entstehen. Wir gratulieren!

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat mit seinem Memorandum Aktives Alter und der Weiterführung der generationsübergreifenden Freiwilligendienste als Freiwilligendienste für alle Generationen seinerseits deut-

liche altenpolitische Akzente gesetzt. Man kann – anders als dies in anderen Ländern der Fall ist – allerdings nicht davon sprechen, dass in Deutschland ein Gesamtplan verfolgt wird.

Die DGGG war auf dem dritten Kongress für angewandte Gerontologie in Antalya mit einer ganzen Reihe von deutschen Kollegen vertreten. Sie verfolgt aufmerksam und mit Sympathie die dortigen Bemühungen, gewissermaßen rechtzeitig angesichts des demografischen Wandels mit dem Aufbau entsprechender Hochschulstrukturen zu beginnen. Auf dem Osloer Kongress der Europäischen Alzheimer-Gesellschaft im Mai wurden die Kooperationsbe-

mühungen zwischen Gerontologie und Alzheimer-Gesellschaft intensiviert. Gemeinsame Themen könnten ethische Fragestellungen im Umgang mit „Living-Wills“ und Entscheidungen am Lebensende sein. Dies wäre ggf. auch ein Thema für den nächsten europäischen Alzheimer-Kongress in Brüssel im Jahr 2009.

Hinweisen möchte ich auf das Curriculum „geriatric medicine for medical students“ (AWMF), das in den Mitteilungsseiten unserer Gesellschaft dokumentiert wird. Es ist ein wichtiges Dokument der Verankerung geriatrischer Ausbildungsinhalte in der Ausbildung von Medizinstudenten. In diesem Zusammenhang ist

auf das Treffen am 4.7.2008 in Berlin hinzuweisen. Dort treffen sich die Kolleginnen und Kollegen, die im deutschsprachigen Raum hochschulgebundene Qualifikationsangebote im Bereich der Gerontologie vorhalten. Diese gemeinsam zu profilieren, die modulare Verschränkung zu ermöglichen und ggf. auf eine gemeinsame Internetpräsenz hinzuarbeiten ist das Ziel dieses zweiten Workshops.

Mit kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Thomas Klie
(Präsident)
klie@efh-freiburg.de

2. Bericht der Past Präsidentin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

anlässlich unseres Kongresses in Potsdam im Dezember 2008 werden wir einen neuen Präsidenten elect wählen. Es gibt erfreulicherweise nicht nur Vorschläge für dieses Amt sondern auch Kandidaten. Dennoch besteht weiterhin die Möglichkeit, weitere Kandidaten und Kandidatinnen für dieses Amt vorzuschlagen. Zögern Sie daher nicht mich zu kontaktieren.

Mit freundlichem Gruß

Dr. med. Ann-Kathrin Meyer
Past Präsidentin DGGG

Kontakt

Dr. med. Ann-Kathrin Meyer
E-Mail: ann.meyer@asklepios.com

3. Bericht des Sekretärs

Liebe Mitglieder, die Vorbereitungen für den Kongress in Potsdam schreiten mit jedem Tag voran. Das jeweils aktuelle Programm stellen wir Ihnen auf der Internetseite des Kongresses unter www.dggg-kongress.org zur Verfügung. Hier erhalten Sie auch alle Informationen zur Anmeldung, zum Call of Papers sowie all die anderen wichtigen und interessanten Dinge rund um den Kongress.

Meldungen zu den Symposien können gerne direkt an mich unter klaus-ingo.giercke@awo-mittelrhein.de gesandt werden. Parallel

zu den Anmeldungen der Symposia reichen Sie bitte auch eine Abstractanmeldung bei der Kongressorganisation ein. Die Kontaktdaten und das hierfür benötigte Fax-Formular erhalten Sie auf der oben genannten Homepage.

Die Entscheidung über die Annahme Ihrer Einreichungen wird im Präsidium der DGGG getroffen. Sie erhalten dann automatisch eine Mitteilung von uns.

Als Letztes möchte ich Ihnen noch den gemeinsamen Gesellschaftsabend im Rahmen des Kongresses ans Herz legen, den wir gemeinsam mit Ihnen, einem

guten Essen, mit Musik und der Möglichkeit zum Tanz im Kutschstallensemble direkt in der schönen Potsdamer Altstadt verbringen möchten.

Herzliche Grüße

Klaus Ingo Giercke
Sekretär

Kontakt

Klaus Ingo Giercke
Klaus-Ingo.Giercke@awo-mittelrhein.de

4. Wir begrüßen

Vorstand und Präsidium der DGGG begrüßen ganz herzlich als neue Mitglieder unserer Gesellschaft in der

Sektion II
Frau Dr. med. Katharina Pils aus Wien, Österreich
Herr Randolph Krebs aus Lübeck

Sektion III
Herr Timo Jacobs aus Heidelberg

5. Aus den Sektionen

5.1 Sektion I: Experimentelle Gerontologie

Kontakt

PD Dr. med. Andreas Simm
andreas.simm@medizin.uni-halle.de

5.2 Sektion II: Geriatrische Medizin

Einladung zum 5. EUGMS Kongress vom 3.–6. September 2008 in Kopenhagen

Vom 3. bis 6. September 2008 findet in Kopenhagen der 5. Kongress der European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) statt. Er trägt den Titel „Geriatric medicine in a time of generational shift“. Die Veranstalter wählten diesen Titel mit Hinblick auf die große Gruppe der Baby-Boomer, welche nun ein höheres Alter erreichen und unter anderem durch eine deutliche Anspruchshaltung hinsichtlich ihrer medizinischen Versorgung gekennzeichnet sind. Diese schließt die Forderung nach einem ständig aktualisierten State-of-the-art-Wissen ihrer behandelnden Ärzte ein. Der EUGMS-Kongress bietet allen Kollegen die Möglichkeit, sich auf hohem Niveau umfassend über die aktuelle Diagnostik und Therapie geriatrischer Patienten zu informieren, indem er das gesamte Spektrum geriatrischer Themen auf kompetente Weise sowohl in Übersichtsvorträgen als auch in wissenschaftlichen Referaten abbildet. Neben einer Vielzahl von Vorträgen renommierter Ex-

perten bietet sich die Möglichkeit zum intensiven Erfahrungsaustausch mit europäischen Kollegen. Weitere Informationen zum Kongress wie Programm, Teilnahmegebühren, Registrierung, Anreise und Unterkunft erhalten Sie über www.eugms.org.

IAGG-Weltkongress 2009 in Paris – Deadline 15. Juni 2008 für Symposien

Vom 5. bis 9. Juli 2009 findet in Paris der 19. Weltkongress für Gerontologie und Geriatrie statt. Die Deadline für einzureichende Symposien endet am 30. Juni dieses Jahres, die für Abstracts im Januar 2009. Weitere Informationen unter <http://www.gerontologyparis2009.com/site/view8.php>.

Medizinstudentenausbildung in Geriatrie – Core Curriculum von IAGG und WHO

Unter dem Titel „Geriatric Medicine: basic contents for Undergraduate Medical Teaching“ hat die IAGG zusammen mit der WHO ein 15-Punkte-Papier publiziert, in dem die Essentials für

das Medizinstudium vorgestellt werden (<http://www.iagg.com.br/PdfNoticias/IAGG200831110919.pdf>).

BMFSFJ-Bericht zur selbständigen Lebensführung in stationären Einrichtungen erschienen

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat den Abschlussbericht (ca. 350 Seiten) mit dem Titel „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)“ veröffentlicht. Download unter <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=sprache=de,rwb=true.pdf>.

Zahlen und Daten zur Pflegeversicherung 2008

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen der gesetzlichen Veränderungen der Pflegeversicherung auch aktualisierte Zahlen zur Situation von Pflege und Pflegebedürftigen auf seiner Homepage publiziert: http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_

604244/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Zahlen-Fakten-14-03-08,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zahlen-Fakten-14-03-08.pdf.

Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung – Medizin für Jung und Alt

Unter vorgenanntem Titel hat das Institut für Soziale Infrastruktur im Rahmen eines BAGSO-Projektes seinen Forschungsbericht publiziert: http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Medizin_fuer_Jung_und_Alt/Chancengleichheit_Abschlussbericht_ISIS.pdf.

Ratgeber Internet für ältere Menschen

Unter dem Titel „Wegweiser durch die digitale Welt“ hat die BAGSO einen Ratgeber für ältere Menschen publiziert, die sich mit dem Medium Internet befassen wollen. Download unter http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Wegweiser/web_bagso_digitaler_wegweiser.pdf.

Versorgungsdaten chronischer schwerkranker Patienten in den USA

Unter dem Titel „Tracking the care of patients with severe chronic illness – the Dartmouth atlas of health care 2008“ hat das Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice seinen aktuellen Bericht 2008 publiziert. Es beinhaltet eine Vielzahl von Analysen über Gesundheitsdaten aus der letzten Lebensphase und hat die Zielsetzung, in der letzten Phase des Lebens „Fehlanreize des Gesundheitssystems“ zu reduzieren. Der Umfang beträgt ca. 180 Seiten und kann heruntergeladen werden von http://www.dartmouthatlas.org/atlas/2008_Chronic_Care_Atlas.pdf.

Ausschreibung „Altergerechter Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben – AAL“

des BM für Bildung und Forschung.

Mit dem Titel „Altergerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben – AAL“ hat das BMBF im April eine Ausschreibung veröffentlicht, zu der bis zum 15. September 2008 Anträge gestellt werden können. Ausschreibungsinformationen und -text unter <http://www.bmbf.de/foerderungen/12394.php>.

Leitlinien Politikberatung

Die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften hat Leitlinien zur Politikberatung publiziert (http://www.bbaw.de/Akademie/dateien_bilder/LeitlinienPolitikberatungFinal.pdf); ein Thema, das in Zeiten zunehmender Forschungsförderung durch Politik und private Geldgeber und daraus resultierender potentieller Interessenskonflikte eine immer größere Bedeutung erfährt.

IV. Innovationskongress der deutschen Hochschulmedizin, Berlin, 17.–18. Juli 2008

Der Verband der Universitätsklinik Deutschland (VUD), die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) veranstalten am 17. und 18. Juli 2008 in Berlin den IV. Innovationskongress der deutschen Hochschulmedizin. Programm und weitere Informationen unter <http://www.rochusfisches.de>.

Ärztmangel und seine Konsequenzen

Unter dem Titel „Diagnosing the aging physician“ erschien im April im CMAJ (2008, 178:1121) ein Artikel über die Situation in Kanada, wo zunehmend ältere Ärzte praktizieren – 20% werden im Jahr 2026 65 Jahre und älter sein – und die positiven und negativen Konsequenzen für die Ge-

sundheitsversorgung. Unter dem Gesichtspunkt des zunehmenden Ärztemangels sowohl in Ballungszentren wie in ländlichen Regionen kann dies eine Anregung sein neuerlich über die Altersgrenzen zumindest in unterversorgten Regionen und in unterrepräsentierten Professionen nachzudenken.

Das Institute of Medicine (IOM) hat einen Bericht unter dem Titel „Retooling for an aging America: building the health care workforce“ publiziert, der auf Grund der Abnahme zertifizierter Geriater in den USA bei gleichzeitigem demografischen Wandel anmahnt, die Strukturen des Gesundheitswesens zu Gunsten der Geriatrie und der Versorgung zukünftiger Alterspatienten zu ändern (http://www.iom.edu/aging_america).

Krankheitsliste für morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich veröffentlicht

Das Bundesversicherungsamt hat am 13. Mai 2008 die Krankheitsliste für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zusammen mit umfangreichem Datenmaterial veröffentlicht. Hierbei werden auch indirekt eine Anzahl geriatrischer Syndrome wie z. B. Immobilität durch (Poly-)arthrose erfasst wie auch Demenz, Delir und Depression, aber nicht z. B. Immobilität nach Fraktur. Download von <http://.6211197.3/>.

EQUATOR – Enhancing the Quality and Transparency Of Health Research

Eine angloamerikanische Arbeitsgruppe hat das Netzwerk EQUATOR – Enhancing the Quality and Transparency Of Health Research mit dem Ziel der Entwicklung von Leitlinien zur Verbesserung der Publikationsqualität medizinischer Forschung gegründet (Open Medicine 2008, 2(2):E24–25 und Lancet 2008, 371:1149–

1150). Eine erste Tagung zu diesem Thema ist für den 26. Juni 2008 in London angekündigt. Weitere Informationen unter <http://www.equator-network.org/>.

EDICT – Eliminating Disparities in Clinical Trials

Von einer amerikanischen Arbeitsgruppe wurde jetzt mit dem Titel EDICT – Eliminating Disparities in Clinical Trials eine umfangreiche Stellungnahme vorgelegt, die die US-amerikanische Forschungssituation analysiert und relevante Defizite in der klinischen Forschung beschreibt und Lösungsansätze vorschlägt (http://www.bcm.edu/edict/PDF/EDICT_Project_Policy_Recommendations.pdf). Es ist in vielen Aspekten auch für die deutsche bzw. europäische Forschungssituation interessant, da es die geschlechts-, ethnisch- und altersassoziierten Disparitäten thematisiert.

AWMF-Delegiertenkonferenz, Frankfurt, 17. Mai 2008

Am 17. Mai 2008 fand in Frankfurt die Delegiertenkonferenz der AWMF statt.

Nach der Begrüßung und der Genehmigung der Tagesordnung wird das Protokoll der letzten DK vom 10. 11. 2007 genehmigt. Der Vorsitzende würdigt den im Januar verstorbenen Schatzmeister Prof. Bock. Dem Antrag der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft auf Aufnahme in die AWMF wird entsprochen.

Bericht des Präsidenten (Encke): Die AWMF wird an der Anhörung zur Finanzierung der Krankenhäuser im BGM teilnehmen. Durch die BÄK wurde ein „Ulmer Papier“ vorgelegt mit dem Ziel der Betonung der medizinischen Aspekte der ärztlichen Tätigkeit. Die Weiterbildungskommission der BÄK hat die Evaluation der medizin. Ausbildung initiiert und es hat ein Probeauf in Hamburg stattgefunden. Die

Finanzierung der Weiterbildung ist weiterhin de facto ein Problem. Hierzu gab es Gespräche mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Eine gesonderte – finanzielle – Berücksichtigung wäre laut INEK kalkulierbar – hierzuliege eine erste Berechnung durch die DGIM vor. Weitere Veranstaltungen bzw. Gespräche wurden (durch-)geführt mit dem Kongress für Versorgungsforschung, der ständigen DRG-Kommission u. a. Eine Stellungnahme der AWMF zur Delegation ärztlicher Leistungen wurde publiziert (<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/res/stn-0805.pdf>). Eine neue Richtlinie der BÄK zu qualitativen Laboruntersuchungen wurde noch nicht diskutiert. Eine Stellungnahme zur neuen EU-Richtlinie zum Tierschutz wurde verabschiedet. Es besteht weiter eine enge Zusammenarbeit mit dem Verband der Hochschulklinika und dem Medizinischen Fakultätentag. Mit dem GBA und dem IQWiG besteht ein enger Austausch. Bezüglich der Delegation und der Substitution von ärztlichen Leistungen seien die Fachgesellschaften aufgerufen, sich inhaltlich und formal zu positionieren. Durch Herrn RA Wienke wird erläutert, dass zunehmend Stimmen laut werden, dass der Verlagerung von Leistungen auch entsprechende Budgetanteile zu folgen hätten.

Ständige Kommission Leitlinien (Selbmann): Aktuell bestehen 50 S3-, 109 S2- und 699 S1-Leitlinien. Zur Zeit sind 158 LL-Vorhaben angemeldet. Ein Leitlinienprogramm Onkologie wurde im Januar vorgestellt, Informationen hierzu über die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. bzw. die AWMF (<http://leitlinien.net/>). Im März fand ein erstes Seminar Leitlinienerstellung in Berlin statt. Es bestehen Überlegungen diese Ausbildungsreihe jährlich fortzusetzen. Auf der Homepage der AWMF ist neu eine Toolbox mit Werkzeugen zur LL-Entwicklung eingerichtet wor-

den. 75% der S3-LL sind inzwischen interdisziplinär erstellt. Im Dezember 2007 fand in Berlin die 18. LL-Konferenz zum Thema Kosten-Nutzen-Betrachtungen in und mit Leitlinien statt. Die 19. LL-Konferenz ist terminiert für den 5. 12. 2008 in Berlin zum Thema Informationstechnologie.

Ständige Kommission Bibliometrie (Brähler, in Vertretung Encke): Gespräche mit der DFG hinsichtlich der Revision des Journal Impact Factor in der Bedeutung für die leistungsorientierte Mittelverteilung (LOM) wurden erfolgreich geführt.

Bericht des Schatzmeisters (i.V. Reinauer): Gesamteinnahmen in 2007 von 313 878,36 € standen Ausgaben von 331 221,13 € gegenüber. Die Mehrausgaben erklären sich aus dem einmaligen Effekt des Umzuges der Geschäftsstelle. Die Rücklagen sind unverändert.

Bericht der Kassenprüfer, Entlastung des Präsidiums: Die Prüfung erfolgte durch die gewählten Kassenprüfer am 8. 4. 2008. Es wird ein korrekter Umgang mit den Finanzmitteln und eine entsprechende Dokumentation attestiert. Auf Antrag wird der Vorstand bei Enthaltung desselben ohne Gegenstimme entlastet.

Wahl des Schatzmeisters: Einziger Kandidat ist Prof. Korting (München). In geheimer Abstimmung wird dieser gewählt.

German Medical Science (Reinauer): Der Antrag auf Aufnahme in Medline wird erst im Juni 2008 verhandelt. Der Manuskripteingang hat sich nicht wesentlich gesteigert. Das Review-Verfahren sei z. T. noch zäh. Zwischenzeitlich sind 6 Geschäftsanteile à 500 € an der gGmbH GMS verkauft worden. Weitere Geschäftsanteile stehen z. Zt. zum Verkauf an. Die AWMF bleibt Hauptgesellschafter von GMS.

Haftpflicht- und D&O-Versicherung für AWMF-Fachgesellschaften (Müller): Empfohlen ist eine Vermögensschaden-Haftpflicht-Versicherung sowie eine Directors- und Officers-Versicherung (D&O). Es besteht ein Angebot über 2 × 500 000 € Schadenssumme/Jahr im Haftpflichtbereich und 2,5 Mio. € für den Bereich D&O einschl. Rechtsschutzversicherung. Inkludiert sind 5 Jahre Nachmeldefrist nach Vertragsende. Der Kollektivvertrag über die AWMF wäre sehr kostengünstig zu realisieren (D&O 24,80 €/Jahr, Vermögens-Haftpflicht je nach Haushaltshöhe). Weitere Unterlagen werden dem Protokoll beigelegt.

Kosten-Nutzen-Bewertung im deutschen Gesundheitswesen (Wasem, Selbmann): Herr Selbmann führt zum Thema ein – Grundlage ist § 35 B SGB V vom 1. 4. 2007 – und skizziert kurz die vergangenen 12 Monate. Es folgt ein Vortrag durch Prof. Wasem (Duisburg), Mitverfasser der Stellungnahme des Ausschuss Gesundheitsökonomie des Vereins für Sozialpolitik (<http://www.bdi.de/bdi/content/020/010/080311.jsp>), zum Thema Gesundheitsökonomie. Im Anschluss problematisiert Herr Selbmann verschiedene Aspekte des vorgelegten IQWiG-Papiers.

Seltene Erkrankungen (Brunsmann): Der Vortrag wird dem Protokoll eingefügt. Definition einer SE ist die Häufigkeit <5/10 000 Personen. Auf Grund der Vielzahl verschiedener seltener Erkrankungen sind ca. 4 Mio. Menschen in Deutschland betroffen. Ein Problem resultiert darin, dass Leitlinien diese Patienten i. d. R. nicht erfassen. Da die Da-

tenbasis – wenn vorhanden – schmal ist, wird angeregt Studien international anzulegen. Weitere Informationen auch auf <http://www.achse-online.de>. Die National Institutes of Health (NIH) haben eine Homepage für „rare diseases“ eingerichtet (<http://rarediseases.info.nih.gov/>).

Ärztlicher und wissenschaftlicher Nachwuchs (Bröker, v. Wichert): Im Vergleich zu früher nehmen die Probleme der Gewinnung von wissenschaftlichem Nachwuchs im klinischen Bereich zu. Der Vergleich der Studienordnungen der medizinischen Fakultäten weist eine zunehmende Heterogenität und eine deutliche Abnahme wissenschaftlicher Ausbildung und Tätigkeit auf. Ein Positionspapier zu diesem Thema wird von Prof. v. Wichert vorgestellt. Frau Bröker stellt das Projekt Medizin-plus der Universität Greifswald vor, welches durch die Umorganisation des Studiums einen Freiraum von einem Jahr für Forschung und Promotion schafft. Ferner wird integriert ein Arm mit dem Ziel des Bachelor (Biomedical Sciences) und der Promotion zum Dr. rer. nat. statt zum Dr. med.

Bericht AK „Operative Fachgesellschaften“ (Encke, Bauer): Der Arbeitskreis als formale Einrichtung wird mangels Notwendigkeit aufgelöst.

Bericht AK „Ärzte und Juristen“ (Müller): Die April-Tagung in Würzburg behandelte die Themen Telemedizin, Krankenhausinformationssysteme und elektronische Krankenakten, Verlagerung des Arzthaftungsrisikos von Geburtsschäden zu Fehlern in der Pränatalperiode sowie die Beweislast-

umkehr bei Hygienemängeln (s. a. BGH-Urteil vom 20. 3. 2007). Nächste Tagung soll am 21./22. 11. 2008 in Weimar zum Thema des Sachverständigengutachtens 2007.

Bericht AK „Krankenhaushygiene“ (Müller): Es gibt keine aktuellen Sachstände zu berichten.

Öffentlichkeitsarbeit (Müller): Der Presseinformationsdienst der AWMF kann durch die kleineren Gesellschaften weiter benutzt werden. Die Zugriffe auf die Homepage der AWMF haben ein Plateau erreicht, die Zugriffe auf die Leitlinienseite – die 2/3 ausmachen – haben eine gering abfallende Tendenz.

Fortschrittsbericht 2008 zur nationalen Nachhaltigkeitsstrategie

Die Bundesregierung hat am 5. Mai 2008 den Fortschrittsbericht zur nationalen Nachhaltigkeitsstrategie veröffentlicht (290 S., Download von: http://www.bundesregierung.de/nsc_true/Content/DE/_Anlagen/2008/05/2008-05-08-entwurf-zum-fortschrittsbericht-2008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/2008-05-08-entwurf-zum-fortschrittsbericht-2008) und nimmt Anregungen und Vorschläge – auch zum Gesichtspunkt demografischer Wandel – bis zum 27. Juni 2008 entgegen.

Kontakt

Dr. med. Manfred Gogol
Klinik für Geriatrie
Krankenhaus Lindenbrunn
Lindenbrunn 1
31863 Copenbrügge
Tel./Fax.: 05156-782 295/-287
E-Mail: gogol@krankenhaus-lindenbrunn.de

5.3 Sektion III: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie

Liebe Mitglieder der Sektion III, sehr geehrte Damen und Herren,

den Flyer zu der Jahrestagung der DGGG in Potsdam mit einem call for abstracts haben Sie nun erhalten. Wir möchten nochmals die Gelegenheit nutzen und Sie dazu ermuntern, Beiträge zur Tagungsgestaltung einzureichen. Hierzu stehen sowohl Themenvorgaben als auch offene Foren zur Verfügung. Es wäre schön wenn es gelänge,

auch innerhalb unserer Sektion der Interdisziplinarität der Gerontologie gerecht werden zu können. Zudem sei erneut auf das besondere Anliegen der Gesellschaft bezüglich der Nachwuchsförderung verwiesen. Für den Kongress sind hierzu Preise für Nachwuchsarbeiten ausgelobt. Bitte informieren Sie Ihr wissenschaftliches Umfeld über diesen Kongress.

Prof. Dr. Christoph Behrend

Kontakt

Prof. Dr. Christoph Behrend
 Fachhochschule Lausitz
 FB Sozialwesen, Soziologie
 Lipezker Straße
 03048 Cottbus
 cbehrend@sozialwesen.
 fh-lausitz.de

5.4 Sektion IV: Soziale Gerontologie und Altenarbeit

Bitte beachten Sie die neue Anschrift:

Prof. Dr. Astrid Hedtke-Becker
 Hochschule Mannheim
 Fakultät für Sozialwesen
 Paul-Wittsack-Str. 10
 68163 Mannheim
 Tel.: 0621-292-6716
 E-Mail:
 a.hedtke-becker@hs-mannheim.de

6. Curriculum „Geriatric Medicine for Medical Students“

Statement of the Deutsche Gesellschaft für Geriatrie – DGG – (German Geriatric Society) and the Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie – DGGG – (German Society for Gerontology and Geriatrics) regarding the inquiry of the Working Association of the Scientific Medical Societies (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften AWMF) in October 2006.

I. The challenge of demographics of the 21st century

The number of elderly people in our society will steadily rise in

the following years. Following present prognoses of the German Centre for Questions on Ageing (Deutsches Zentrum für Altersfragen) the absolute number of over 75-year olds will double until 2050, the numbers for the over 85-year olds will increase by 3.5fold and the number of over 90-year olds will rise 5 time fold. At the same time the total population count will lower by 10%. Viewing the diminishing numbers of patients needing hospital treatment the percentage of the elderly patients needing clinical treatment is steadily increasing. Therefore there is an emerging need for specialised structures of care for the old and especially the very old.

II. Present situation in teaching Geriatric Medicine

To date only few of the 36 German universities providing medical teaching offer a Chair for Geriatric Medicine. With the introduction of a cross sectional subject named Q7 “Medicine of Ageing and for the elderly” following the Medical Licensure Act (§27) of 27th June 2002 changes in the structure of population were taken into account. But due to missing definitions of teaching contents and structures of education, universities have developed different means and goals.

The German Geriatric Society has performed a survey in 2006 revolving that only 24 of the 36 universities teach the subject "Q7" in a frequency from 1 to 60 teaching units, meanly 8.3 units. Basically teaching of Medicine of Ageing and for the elderly is welcomed, and different subspecialties of medicine try to teach special issues in the care for the elderly. Nevertheless Geriatric Medicine can never be taught without, but must be taught by a Geriatrician. Only two universities in Germany have a chair in Geriatrics and are providing geriatric medical education. Pregraduate medical education concerning geriatric issues cannot be taught by adapting age related problems to the different other medical subspecialties. In consequence there is a lack for scientific research for medical students.

The present situation does not prepare the coming generation of doctors neither quantitatively nor qualitatively for questions they will encounter in their future daily routine.

To improve the situation for the succeeding generation of doctors and thereby creating an improved and appropriate medical care of future elderly the German Geriatric Society and the German Society for Gerontology and Geriatrics claims a readjustment of the cross sectional subject Q 7 as "Geriatric Medicine" considering the specific contents and approaches of geriatric medicine as given in the following curriculum.

III. Separation from postgraduate geriatric training

This proposed curriculum is geared to students of human medicine during their clinical studies. Concerning coverage and contents it is designed as a core curriculum to enable students to get to know and to bear in mind special features of medicine dealing with the elderly.

It can never replace neither the specific postgraduate geriatric training as an additional qualification for e.g. internists nor the international subspecialization as obtainable in the US or the specialist in geriatrics in the UK.

But it can be the base to develop specific geriatric advanced training with other medical associations to qualify colleagues in clinics and private practice when treating the elderly.

IV. Goals

The training program ...

IV.1 ... should promote respect for and appreciation of the elderly and their wish for autonomy.

IV.2 ... should broach the issue of progress in medical technical progress in the area of conflict with limited interventions and palliative care in the terminally ill and thereby promote ethical approaches.

IV.3 ... should clarify heterogeneity of old age in the view of physiological function, health status, religious and moral concepts as well as personal preferences.

IV.4 ... should promote the identification of deficiencies in health care and adequate supply for the elderly, ameliorate communication concerning these issues and sharpen the view for the impact of these systems for the provision of care.

IV.5 ... should provide an insight into needs of patients with impaired cognition and communication and teach principles of identification of presumable interests and imaginations.

IV.6 ... should reveal the meaning of function and quality of life in the area of conflict of progressing disease.

V. Core skills

Students should be taught the following principles:

V.1 Biological and (patho)physiological basics

V.1.1 Normal ageing, age-associated changes of cells, organs and physiological function and homeostasis.

V.1.2 Age-associated changes in epidemiology of disease, its presentation, its progression as well as its therapy, pharmacokinetics and -dynamics.

V.2 Patient-centred competences that should be available at the same time and should be applied hierarchically.

V.2.1 Special features in communication, taking history and physical examination.

V.2.2 Principles of medical-ethical questions in old age, decision making processes, competence and autonomy.

V.2.3 Principles of ability, training and rehabilitation in old age.

V.2.4 Principles, goals and performance of geriatric assessment.

V.2.5 Chances and limitations of health promotion and strategies of prevention.

V.2.6 Options and limitations of surgical intervention, pre- and postoperative management.

V.2.7 Structures of organisation and financing in the supply of health care and nursing care.

V.2.8 Management and care of terminally ill old people including symptom-oriented treatment (alleviation of pain, shortness of breath, nausea, etc.).

V.2.9 Recognizing, diagnosing and managing of geriatric syndromes:

V.2.9.1 Pressure sores and chronic wounds

V.2.9.2 Dementia and cognitive impairment
 V.2.9.3 Depression
 V.2.9.4 Delirium
 V.2.9.5 Malnutrition, sarcopenia
 V.2.9.6 Frailty
 V.2.9.7 Immobility and falls
 V.2.9.8 Incontinence (urinary and fecal)
 V.2.9.9 Polypharmacy
 V.2.9.10 Sensory deficits
 V.2.9.11 Pain

VI. Topics and comprehensiveness of tuition

Tuition matters can be effected as lectures, group tuition, bedside-teaching, etc. Special topics can be deepened via project work. The program can be performed fully or partially as a short internship within a geriatric unit. This would be the optimal combination of lectures, case demon-

stration and learning by doing. Multidisciplinary teaching seems reasonable, but it demands organization by a geriatrician.

This curriculum basically focuses on patients over 75 years of age and older and concentrates on specialities in the presentation, diagnostics, therapy, prognosis, prevention and rehabilitation of mentioned topics.

VII. Topics

Topic	Contents	Teaching units (45 minutes)
Ageing in society	Life-expectancy and demography Ageing, theories of ageing, models of competence Cultural and ethnical aspects in ageing Sociology and psychology of development	2–4
Physiology and pathology of ageing	Homeostasis – Functional loss and problems in adaptation Symptoms, atypical presentation of disease, prioritization Multimorbidity and development of chronic disorders Disablement, participation, in need of care	2–6
Geriatric management 1 – diagnostics	The geriatric patient Particularities of physical and clinical examination Geriatric screening, identification of risk factors Geriatric assessment Documentation	4–6
Geriatric management 2 – methods	Structures of geriatric care Goals in therapy, cure, rehabilitation, palliative care Geriatric team, team conferences, comprehensive treatment Case management, quality management Prevention	4–6
Geriatric syndromes	Dizziness and syncope Dehydration, renal failure and electrolyte imbalance Malnutrition, sarcopenia Frailty Constipation, diarrhoea, faecal incontinence Urinary incontinence Depression, anxiety, suicidal tendency Dementia and pseudodementia Delirium, disorders of circadian rhythm Falls and immobility Pressure sores and chronic wounds	4–10
Specific pathology of ageing	Geriatric features in diagnosing, therapy and rehabilitation ...of cardiovascular diseases, e.g. cardiac failure, thrombembolism, etc. ...of neurological diseases as stroke, parkinsonism, etc. ...of the muscular-skeletal system, e.g. osteoporosis, osteoarthritis, polymyalgia ...of other systems, e.g. cancer, endocrine disorders, respiratory diseases	4–8
Specific geriatric problems	Pharmacotherapy and multimorbidity Palliative medicine, chronic pain Ethical questions, protection of rights, treatment and limitations, advanced directives Interprofessional communication, consultations Relationship with patients, relatives, work of mourning Management of discharge, preparation for transition into nursing home care or similar systems Evaluation of need for nursing care and aids Ageing with a pre-existing handicap	4–8
Sum		24–48

VIII.

The author wish to thank following colleagues for their remarks to former versions of this curriculum: G. Kolb (Lingen), D. Lüttje (Osnabrück), A.-K. Meyer (Hamburg), R. Neubart (Woltersdorf), C. Sieber (Nürnberg), W. von Renteln-Kruse (Hamburg) and H. Werner (Darmstadt).

Autoren:

1. Michael Meisel
(korrespondierender Autor)
2. Patricia Gross
3. Manfred Gogol

Adressen:

Dr. med. Michael Meisel
Diakonissenkrankenhaus
Dessau gGmbH
Klinik für Innere Medizin
und Geriatrie
Gropiusallee 3
D-06846 Dessau
Tel.: +49-340 6502 2120
Fax: +49-340 6502 2129
E-mail: mmeisel@dkd-dessau.de

Dr. med. Patricia Gross
Klinik für Geriatrie
Evangelisches Krankenhaus
Elisabethenstift gGmbH
Landgraf-Georg-Str. 100
D-64287 Darmstadt

Dr. med. Manfred Gogol
Klinik für Geriatrie
Krankenhaus Lindenbrunn
Lindenbrunn 1
D-31863 Coppenbrügge

7. Stellungnahme zu: Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD. Berichtsplan V06-04 (Version 1.0) des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Am 27. März 2008 hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine „Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD. Berichtsplan V06-04 (Version 1.0, Stand 17.3.2008)“ publiziert [1]. Die chronisch obstruktive pulmonale Erkrankung (COPD) gehört zu den Erkrankungen, deren Inzidenz und Mortalität weiter ansteigt [2–5], wobei regionale und nationale Entwicklungen unterschiedlich berichtet werden [6, 7]. Nach Mannino et al. steigt ab dem 40. Lebensjahr das Risiko für die Entwicklung einer COPD annähernd um das zweifache [8]. Die hohe Mortalität insbesondere älterer Patienten ist wiederholt beschrieben worden [9–11], was sich auch in entsprechenden

Handlungsempfehlungen in der geriatrischen Fachliteratur niederschlägt [12–15]. Das IQWiG hat nun die Ergebnisse einer Recherche vorgelegt, bei der für die COPD 14 Leitlinien den methodischen Ansprüchen genügten [16–29].

Generell werden die Empfehlungen zur COPD auch von altersmedizinischen Fachgesellschaften unterstützt – so z.B. seitens der American Geriatrics Society [30].

Insbesondere einzelne Empfehlungen, wie z.B. die Empfehlungen zur Influenza- und Pneumokokkenschutzimpfung, finden breite Anwendung [31–34] in der Geriatrie. Gleichfalls werden die Empfehlungen zur pulmonalen Rehabilitation befürwortet [35], wenn auch die Datenbasis dafür gering [18, 36–39] und für Hochaltrige kaum existent ist. Einschränkung ist anzumerken, dass die Schweregradeinteilung der

COPD im Alter dadurch limitiert ist, dass die Referenzwerte der Lungenfunktion nur bis zum 75. Lebensjahr validiert sind [40–42] und dadurch systematische Fehler in der Schweregradeinschätzung entstehen können. Jüngst wurde durch eine Stellungnahme der U.S. Preventive Services Task Force der Stellenwert der Spirometrie als Screeninguntersuchung generell in Frage gestellt [43, 44], was in den Empfehlungen zu einem DMP COPD diskutiert werden sollte.

Die zitierten Leitlinien wie auch die Analyse des IQWiG – sowie neuere systematische Übersichtsarbeiten [45, 46], Leitlinien [47] und Schweregradeinteilungen [48] – weisen den Mangel auf, dass ihre Empfehlungen unspezifisch sind hinsichtlich verschiedener Altersklassen, des Geschlechtes sowie der funktionalen Gesundheit. Soweit Ko-Morbiditäten

berücksichtigt werden, sind es nur solche, die eng mit der Erkrankung bzw. dem Fachgebiet Pneumologie verbunden sind (z.B. pulmonale Hypertonie oder Schlafstörungen).

Seitens des IQWiG sollten die analysierten Leitlinien und die hier zu Grunde liegende Evidenz in der Hinsicht überprüft werden, ob ältere Patienten medizinisch unbegründet ausgeschlossen wurden und in welchem Maße Erfahrungen und Ergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien bzw. Subpopulationen zur Behandlung älterer COPD-Patienten zur Verfügung stehen [49–54]. Seitens des ‚American Heart Association Council on Clinical Cardiology‘ wurde in Zusammenarbeit mit der ‚Society of Geriatric Cardiology‘ 2007 der Vorschlag gemacht, Patienten für Forschungsfragen in folgende Altersgruppen einzuteilen: <65, 65–74, 75–84 und >85 Jahre [55]. Dieser Vorschlag ist bisher weder breit diskutiert noch konsentiert worden, stellt aber möglicherweise einen praktikablen Ansatz dar. Aufgrund der demographischen Entwicklung und einer prospektiven Lebenserwartung von 4,8 Jahren für gesunde 95-jährige Frauen und 4,3 Jahren für gesunde 95-jährige Männer [56] ist eine differenzierte Betrachtungsweise des Phänomens „alter Patient“ dringend geboten. Ohne Beachtung der in randomisierten kontrollierten Studien untersuchten Populationen und ohne Beschränkung der Aussagen auf die untersuchten Patientengruppen führen Leitlinien ansonsten zu häufig widersprüchlichen und risikobehafteten Behandlungsstrategien. Darüber hinaus sind pharmakologische Behandlungsstrategien für alte Patienten oft mit schwerwiegenden Neben- und Wechselwirkungen verbunden [57–66]. Dass aktuelle Leitlinien selbst dort, wo es möglich wäre, nicht zur Anwendung kommen [67–69], wirft weitere Fragen nach realisti-

schen Implementierungsstrategien auf. Im Weiteren sollte geprüft werden, welche Strategien zur Verlaufsbeurteilung älterer Patienten mit COPD geeignet sind [70–74], da selbst die Empfehlungen für jüngere Menschen häufig nicht evidenz-basiert sind [75].

Zusammenfassung: Die vorgelegte Leitlinienrecherche und -bewertung bedarf der Überprüfung bzw. Revision hinsichtlich der verwendeten Datenbasis unter besonderer Berücksichtigung älterer Patienten. Die Empfehlungen für ein DMP COPD sollten die Multimorbidität im Alter einschließlich funktionellem Status und der Multipharmakotherapie berücksichtigen.

Literatur

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2008) Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion neuer und relevanter Empfehlungen für das DMP Asthma/COPD. Berichtsplan V06-04 (Version 1.0). IQWiG, Köln 2008 (Zugriff 5.4.2008)
2. Halbert RJ, Isonaka S, George D, Iqbal A (2003) Interpreting COPD prevalence estimates. What is the true burden of disease? *Chest* 123:1684–1692
3. Heinrich J, Richter K, Frye C (2002) Die Europäische Studie zu Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen (ECRHS). Bisherige Ergebnisse und der Beitrag der beiden deutschen Studienzentren. *Pneumologie* 56:297–303
4. Pauwels RA, Rabe KF (2004) Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Lancet* 364:613–620
5. Calverley PMA, Walker P (2003) Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 362:1053–1061
6. Chen Y, Stewart P, Dales R et al (2005) Changing age-pattern of hospitalisation risk of chronic obstructive pulmonary disease in men and women in Canada. *Age Ageing* 34:373–377
7. Puts MTE, Deeg DJH, Hoeymans N et al (2008) Changes in the prevalence of chronic disease and the association with disability in the older Dutch population between 1987 and 2001. *Age Ageing* 37:187–193
8. Mannino DM, Buist AS (2007) Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet* 370:765–773
9. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ (2005) Predictors of 1-year mortality in patients discharged from hospital following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Age Ageing* 34:491–496
10. Van Diejk PTM, Mehr DR, Ooms ME et al (2005) Comorbidity and 1-year mortality risks in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 53:660–665
11. Ranieri P, Bianchetti A, Margiotta A et al (2008) Predictors of 6-month mortality in elderly patients with mild chronic obstructive pulmonary disease discharged from a medical ward after acute nonacidotic exacerbation. *J Am Geriatr Soc* 56:909–913
12. Barnes PJ (2001) Modern management of COPD in the elderly. *Annals Long-Term Care* 9:51–56
13. Levenson S (2003) COPD – LTC’s “quiet” disease. Assessment & treatment of this undertreated disease. *Caring for the Ages*. <http://www.amda.com/publications/caring/october2003/copd/cfm> (Zugriff 15.4.2008)
14. Aull L (2006) Pharmacologic management of chronic obstructive pulmonary disease in the elderly. *Annals Long-Term Care* 14:27–35
15. Pearson M (2001) The management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Age Ageing* 30(Suppl 1):10–12
16. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2006) Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. <http://www.goldcopd.com/download.asp?intId=379> (Zugriff am 2.4.2008)
17. Vogelmeier C, Buhl R, Criece CP et al (2007) Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). *Pneumologie* 61:e1–e40
18. Fischer J, Schnabel M, Sitter H (2007) Rehabilitation von Patienten mit Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung (COPD): S2 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Pneumologie* 61:233–248
19. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2007) Nationale Versorgungsleitlinie COPD: Langfassung; Version 1. 5 Dezember 2007. http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/pdf/nvl_copd_lang_1.4.pdf (Zugriff 2.4.2008)
20. British Thoracic Society Guideline Development Group (2007) Intermediate care: hospital at-home in chron-

- ic obstructive pulmonary disease; British Thoracic Society guideline. *Thorax* 62:200–210
21. Finnish Medical Society Duodecim. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). In: EBM Guidelines. <http://ebmg.wiley.com> (Zugriff 2. 4. 2008)
 22. National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2004) Chronic obstructive pulmonary disease: national clinical guideline on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. *Thorax* 59 (Suppl 1): 1–232
 23. Institute for Clinical Systems Improvement (2007) Health care guideline: chronic obstructive pulmonary disease 01/2007. http://www.icsi.org/home/chronic_obstructive_pulmonary_disease_2286.html (Zugriff 2. 4. 2008)
 24. McKenzie DK, Abramson M, Crocket AJ et al (2007) The COPD-X plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. http://www.copdx.org.au/guidelines/documents/COPDX_Sep28_2007.pdf (Zugriff 2. 4. 2008)
 25. Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW et al (2007) Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 131(5 Suppl):4S–42S
 26. Management of COPD Working Group (2007) VA/DoD clinical practice guideline for management of outpatient chronic obstructive pulmonary disease 2007. http://www.oqp.med.va.gov/cpg/COPD/G/COPD_2.0.pdf (Zugriff 2. 4. 2008)
 27. O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J et al (2007) Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease: 2007 update. *Can Respir J* 14(Suppl B):5B–32B
 28. Ministry of Health (2006) Chronic obstructive pulmonary disease. Ministry of Health, Singapore (MOH Clinical Practice Guidelines; Band4/2006). http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Guidelines/Clinical_Practice_Guidelines/Chronic%20Obstructive%20Pulmonary%20Disease.pdf (Zugriff 2. 4. 2008)
 29. Société de Pneumologie de Langue Française (2005) Recommendations of the Society of French Language Pneumology on the rehabilitations of patients with COPD. *Rev Mal Respir* 22(5Pt3):7S1–7S118
 30. American Geriatrics Society Clinical Practice Committee (2004) Guidelines abstracted from the “Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Initial Publication: 2001 Updates: 2003, 2004. http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/copd_update.pdf (Zugriff am 17. 4. 2008).
 31. Gnanadesigan N, Fung CH (2007) Quality indicators for screening and prevention in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 55:S417–S423
 32. Kleerup E (2007) Quality indicators for the care of chronic obstructive pulmonary disease in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 55:S270–S276
 33. AGS Position Statement (2003) Prevention and treatment of influenza in the elderly. <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/influe96.shtml> (Zugriff 17. 4. 2008)
 34. AGS Clinical Practice Committee (2005) Influenza vaccine availability for seniors. http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/influenza_final.pdf (Zugriff 17. 4. 2008)
 35. Petty TL (1999) Rehabilitation options for chronic obstructive pulmonary disease. *Annals Long-Term Care*. <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/1149> (Zugriff am 15. 4. 2008)
 36. Katsura H, Kanemaru A, Yamada K et al (2004) Long-term effectiveness of an inpatient pulmonary rehabilitation program for elderly COPD patients: comparison between young-elderly and old-elderly groups. *Respirology* 9:230–236
 37. Salman GE, Mosier MC, Beasley BW, Calkins DR (2003) Rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gen Intern Med* 18:213–221
 38. Nici L, Donner C, Wouters E et al (2006) American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 173:1390–1413
 39. Mikelsons C (2008) The role of physiotherapy in the management of COPD. *Respiratory Medicine: COPD Update* 4:2–7
 40. Bellia V, Pistelli F, Giannini D et al (2003) Questionnaires, spirometry and PEF monitoring in epidemiological studies on elderly respiratory patients. *Eur Respir J* 21(Suppl 40):21S–27S
 41. Hardie JA, Buist AS, Vollmer WM et al (2002) Risk of over-diagnosis of COPD in asymptomatic elderly never-smokers. *Eur Respir J* 20:1117–1122
 42. Garca-Rialó F, Pino JM, Dorgham A et al (2004) Spirometric reference equations for European females and males aged 65–85 yrs. *Eur Respir J* 24:397–405
 43. Lin K, Watkins B, Johnson T et al (2008) Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 148:535–543
 44. U.S. Preventive Services Task Force (2008) Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 148:529–534
 45. Qaseem A, Snow V, Shekelle P et al (2007) Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 147:633–638
 46. Wilt TJ, Niewoehner D, MacDonald R, Kane RL (2007) Management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 147:639–653
 47. American Thoracic Society/European Respiratory Society (2004) Standards for the diagnosis and management of patients with COPD. http://www.ersnet.org/lrPresentations/copd/files/main/contenu/pages/full_text.pdf (Zugriff 10. 4. 2008)
 48. Celli BR, Cote CG, Marin JM et al (2004) The Body-Mass Index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 350:1005–1012
 49. Bayer A, Tadd W (2000) Unjustified exclusion of elderly people from studies submitted to research ethics committee for approval: descriptive study. *BMJ* 321:992–993
 50. McMurdo MET, Witham MD, Gillespie ND (2005) Including older people in clinical research. Benefits shown in trials in younger people may not apply to older people. *BMJ* 331:1036–1037
 51. Fairhead JF, Rothwell PM (2006) Underinvestigation and undertreatment of carotid disease in elderly patients with transient ischaemic attack and stroke: comparative population based study. *BMJ* 333:525–527
 52. Van Spall HGC, Toren A, Kiss A, Fowler RA (2007) Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals. A systematic sampling review. *JAMA* 297:1233–1240
 53. Le Quintrec J-L, Bussy C, Golmard J-L et al (2005) Randomized controlled drug trials on very elderly subjects: descriptive and methodological analysis of trials published between 1990

- and 2002 and comparison with trials on adults. *J Gerontol* 60A:340-344
54. Howard SC, Algra A, Warlow CP, Rothwell PM (2006) Potential consequences for recruitment, power, and external validity of requirements for additional risk factors for eligibility in randomized controlled trials in secondary prevention of stroke. *Stroke* 37:209-215
 55. Alexander KP, Newby LK, Cannon CP et al (2007) Acute coronary care in the elderly, part I: Non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation* 115:2549-2569
 56. Walter LC, Covinsky KE (2001) Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA* 285:2750-2756
 57. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV (2004) Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 351:2870-2874
 58. Boyd CM, Darer J, Boult C et al (2005) Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. *JAMA* 294:716-724
 59. Carey EC, Covinsky KE, Lui L-Y et al (2008) Prediction of mortality in community-living frail elderly people with long-term care needs. *J Am Geriatr Soc* 56:68-75
 60. Higashi T, Shekelle PG, Solomon DH et al (2004) The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Ann Intern Med* 140:714-720
 61. Osterberg L, Blaschke T (2005) Adherence to medication. *N Engl J Med* 353:487-497
 62. Goulding MR (2004) Inappropriate medication prescribing for elderly ambulatory care patients. *Arch Intern Med* 164:305-312
 63. Hogan DB, Kwan M (2006) Tips for avoiding problems with polypharmacy. *CMAJ* 175:876
 64. Bundesärztekammer (2007) Arzneimitteltherapie im Alter: Dosierungen häufig zu hoch. Pressemitteilung 13.01.2007. <http://www.akdae.de/46/20070113.pdf> (Zugriff 20.11.2007)
 65. Howard R, Avery T (2004) Inappropriate prescribing in older people. *Age Ageing* 33:530-532
 66. Routledge PA, O'Mahony MS, Woodhouse KW (2004) Adverse drug reactions in elderly patients. *Br J Clin Pharmacol* 57:121-126
 67. Ruse CE, Molyneux AWP (2005) A study of the management of COPD according to established guidelines and the implications for older patients. *Age Ageing* 34:299-301
 68. Cydulka RK, Rowe BH, Clark S et al (2003) Emergency department management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in the elderly: the Multicenter Airway Research Collaboration. *J Am Geriatr Soc* 51:908-916
 69. Sue DY (2003) Evidence-based guidelines: extrapolation, adherence, and outcome. *J Am Geriatr Soc* 51:1038-1039
 70. Matsunaga K, Yamagata T, Minakata Y, Ichinose M (2006) Importance of assistance by caregivers for inhaled corticosteroid therapy in elderly patients with asthma. *J Am Geriatr Soc* 54:1626-1627
 71. Jarvis S, Ind PW, Shiner RJ (2007) Inhaled therapy in elderly COPD patients: time for re-evaluation? *Age Ageing* 36:213-218
 72. Yeo J, Karimova G, Bansal S (2006) Co-morbidity in older patients with COPD - its impact on health service utilisation and quality of life, a community study. *Age Ageing* 35:33-37
 73. Kwok T, Lum CM, Chan HS et al (2004) A randomized, controlled trial of an intensive community nurse-supported discharge program in preventing hospital readmissions of older patients with chronic lung disease. *J Am Geriatr Soc* 52:1240-1246
 74. Wolfenden LL, Diette GB, Skinner EA et al (2002) Gaps in asthma care of the oldest old. *J Am Geriatr Soc* 50:877-883
 75. van den Bemt L, Schermer T, Smeele I et al (2008) Monitoring of patients with COPD: a review of current guidelines' recommendations. *Respir Med* 102:633-641

Autoren:

Dr. med. Manfred Gogol
(korrespondierender Autor)
Vorsitzender Sektion II
Deutsche Gesellschaft für
Gerontologie und Geriatrie
(DGGG)
Chefarzt Klinik für Geriatrie
Krankenhaus Lindenbrunn
Lindenbrunn 1
31863 Coppenbrügge
Tel.: 0049 (0)5156-782 205
Fax: 0049 (0)5156-782 287
E-mail: gogol@krankenhaus-lindenbrunn.de

Professor Dr. med. Dieter Lüttje
Vorsitzender Bundesarbeits-
gemeinschaft Geriatrie
(BAG Geriatrie)
Chefarzt Klinik für Geriatrie
Klinikum Osnabrück GmbH
Sedanstr. 115
49090 Osnabrück
E-mail:
dieter.luetdje@klinikum-os.de

Dr. med. Hansjörg Werner, FAGS
Vorsitzender Sektion Geriatrie
im Berufsverband Deutscher
Internisten (BDI)
Römerstr. 13
61440 Oberursel
E-mail: hanswerner@gmx.de

8. Wir gratulieren

Vorstand und Präsidium der DGGG gratulieren herzlichst folgenden Mitgliedern, die zwischen dem 1.5. und dem 30.6.2008 ihren „runden“ Geburtstag feiern konnten:

zum 60. Geburtstag

Herr Dr. med. Klaus Dieter Schappei aus Wesel (10. 5. 1948)
Frau Prof. Dr. Karin Wilkening aus Braunschweig (24. 5. 1948)
Frau Margarethe Franz aus Minden (30. 5. 1948)

Frau Eva-Maria Pflumm-Stierle aus Künzelsau (15. 6. 1948)
Herr Gerhard Warnke aus Bargesstedt (22. 6. 1948)
Herr Dr. med. Stefan Krommes aus Gronau (23. 6. 1948)
Herr Dr. med. Bernhard Hofferberth aus Coppenbrügge (24. 6. 1948)

zum 65. Geburtstag

Frau Dr. med. Gerburg Ormeloh aus Münster (11. 5. 1943)

Herr Prof. Dr. Klaus-Dieter Jany aus Karlsruhe (15. 6. 1943)
Herr Prof. Dr. med. Jürgen Schneider aus Marburg (9. 7. 1943)

zum 70. Geburtstag

Frau Hannelore Orbens aus Heßdorf (16. 5. 1938)

zum 80. Geburtstag

Herr Dr. med. Claus Böhm aus Seeheim-Jugenheim (7. 5. 1928)

9. Wir suchen weiter: Aktuell nicht auffindbare Mitglieder

Vielen Dank an die vielen Mitglieder, die sich gemeldet haben oder die uns Adressen von anderen mitgeteilt bzw. Hinweise dazu geliefert haben. Leider sind auch dieses Mal wieder einige neue da-

zu gekommen, bei denen unsere Post nicht zustellbar war. Bitte geben Sie Ihre Informationen direkt an die Geschäftsstelle: gs@dggg-online.de.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Astrid Lohmann (Bötzingen)
Rasvan Lalu (Konstanz)

10. Ausschreibung

Ignatius Nascher Preis der Stadt Wien für Geriatrie 2009

Der **Förderpreis** (3635 €) wird für eine besondere wissenschaftliche Arbeit oder ein innovatives, evaluiertes und erfolgreiches Projekt aus dem Bereich der Geriatrie (Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation oder Langzeitpflege) vergeben.

Einreichfrist: 15. Dezember 2008

Einreichort und Information:

Ludwig Boltzmann Institut für Angewandte Gerontologie
Prim. Dr. Katharina Pils
SMZ-Sophienspital
Apollogasse 19
1070 Wien
E-Mail: ilse.howanietz@wienkav.at

Einreichunterlagen:

1. Ein abgeschlossenes Projekt inklusive Projektevaluation oder Publikation in einem renommierten wissenschaftlichen Journal
2. Ein formloses Bewerbungsschreiben um die Verleihung des Preises
3. Lebenslauf

Das Ansuchen kann sowohl von einer Einzelperson, von einem Team oder von einer Institution gestellt werden. Habilitationschriften, sowie Arbeiten, die bereits mit einem anderen Preis honoriert wurden, sind von der Einreichung ausgeschlossen.

Das Ansuchen, der Lebenslauf und die Projektdarstellung/Publikation sind in zweifacher Ausfertigung vorzulegen.

Die Arbeiten sind in deutscher oder englischer Sprache einzureichen.

Die Projektzusammenfassung ist in deutscher und englischer Sprache vorzulegen und sollte wie folgt strukturiert sein (500–1000 Worte):

1. Ziel der vorgelegten Arbeit
2. Patientenmethode und Design
3. Ergebnisse
4. Diskussion
5. Zusammenfassung

Der eingereichten Arbeit ist eine Erklärung des Autors/Antragstellers beizulegen, dass alle an dem Zustandekommen der Arbeit beteiligten wissenschaftlichen Mitarbeiter in der Liste der Autoren bzw. in Danksagungen genannt werden.

Die Preisverleihung findet im Rahmen des 4. gemeinsamen Österreichisch-Deutschen Geriatriekongresses, 6.–9. Mai 2009, in Wien statt.

11. Ausschreibung

Förderpreis der Karlsruher Sanatorium AG für wissenschaftliche Arbeiten aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation

Durch die sich verändernde Altersstruktur und die damit verbundene Zunahme chronischer Erkrankungen kommt der medizinischen Rehabilitation innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems eine wachsende Bedeutung zu. Die steigenden Kosten der Behandlung chronisch Kranker erfordern auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation einen ressourcenorientierten, evidenzbasierten Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel. Die Bereitstellung wissenschaftlich fundierter Grundlagen und daraus abgeleiteter praxisorientierter Anwendungen ist für die Sicherstellung der Qualität der medizinischen Rehabilitation eine wesentliche Voraussetzung.

Die Karlsruher-Sanatorium-AG betreibt Rehabilitationskliniken in mehreren Bundesländern. Rehabilitationswissenschaftliche Forschung hat in diesen Kliniken eine langjährige Tradition. Mit dem Förderpreis der Karlsruher-Sanatorium-AG, der 2008 zum vierzehnten Mal ausgeschrieben wird, soll die erfreuliche Entwicklung der Rehabilitationswissenschaften der letzten Jahre weiter gefördert werden.

Die *Inhalte* von eingereichten Arbeiten können sich auf *sämtliche Bereiche der medizinischen Rehabilitation* beziehen, von denen stichwortartig einige benannt seien:

- stationäre/ambulante Rehabilitation
- vorbereitende Maßnahmen, Nachsorge, Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen
- medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBO)
- Reha-Diagnostik, Reha-Bedürftigkeit, Reha-Motivation, Einstellungen zur Rehabilitation
- Implementierung der ICF
- Differentielle Indikationsstellung vor und während der Rehabilitation, Therapieplanung, Behandlungskonzepte
- Reha-Team, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Kommunikationsstrukturen
- Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement, insbesondere konkrete klinikinterne Umsetzungen, Evaluation von QS/QM
- Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen

Eingereicht werden können *2005 und später abgeschlossene Arbeiten*, z.B. Habilitationsschriften, Dissertationen, Diplomarbeiten, veröffentlichte Projektberichte (eine Arbeit pro Bewerbung). Die Arbeiten dürfen *nicht an anderer Stelle zur Preisbewerbung eingereicht* sein oder *bereits einen Preis erlangt* haben. Es können sich sowohl Einzelpersonen als auch Forschungsgruppen bewerben.

Abgabetermin für die Einreichung ist der *15. Dezember 2008*. Der Preis ist mit 7500 € dotiert und wird auf dem nächsten Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium im Frühjahr 2009 öffentlich verliehen. Interessenten reichen Ihre Arbeit in *fünffacher* Ausfertigung, eine *Kurzvita* und – falls vorhanden – eine *Liste der Veröffentlichungen* an folgende Adresse ein:

Wissenschaftlicher Beirat
Stichwort „Reha-Förderpreis“
c/o eqs.-Institut
z. Hd. Dr. Christoph Löschmann
Heselstücken 7
22453 Hamburg
Tel.: 040/51459-830
Fax: 040/51459-779
E-Mail:
loeschmann@eqs-institut.de

12. Kongresskalender

Juni 2008

13.–14. 6. 2008
**Gemeinsame Jahrestagung
 Urologie 2008**
 Weimar
 Deutsche Gesellschaft für
 Urologie
www.urologentagung.de

25. 6. 2008
**Zwischen Ordnungsrecht und
 sozialer Aufmerksamkeit –
 Fachtag**
 Bundesweiter Überblick zur
 Heimrechtsnovellierung und de-
 ren Auswirkungen auf neue
 Wohnkonzepte – Exemplarisch:
 Das Selbstbestimmungsstärkungs-
 gesetz – Gesetzentwurf aus
 Schleswig-Holstein – Elemente
 und Projekte der Qualitätssiche-
 rung aus Hamburg und Berlin
 Hamburg
www.kiwa-sh.de

Juli 2008

17.–19. 7. 2008
**Fortbildungsseminar
 „Medizin und Ökonomie“**
 Krankenhausökonomie, allge-
 meine Einführung in die Finan-
 zierungsgrundlagen“
 Berlin
www.bundesaerztekammer.de
cme@baek.de

September 2008

18.–20. 9. 2008
**Lernwelten 2008 –
 8. internationaler wissenschaftli-
 cher Kongress für Pflege-
 und Gesundheitspädagogik**
 Thema: Kultur & Kooperation
 Augsburg
www.lernwelten.info
info@pflege-wissenschaft.info

26.–29. 9. 2008
Mensch-Tier-Kongress 2008
 Berlin
www.mensch-tier-kongress-2008.de

Oktober 2008

2.–5. 10. 2008
**Jahrestagung der Gesellschaft für
 medizinische Ausbildung (GMA)
 2008**
 Greifswald
www.gma2008.de
info-gma2008@uni-greifswald.de

9.–11. 10. 2008
**5. Kongress der Deutschen
 Alzheimer Gesellschaft**
 Selbsthilfe Demenz
 „Aktiv für Demenzkranke“
 Erfurt
www.ctw-kongress.de/alzheimer
alzheimer@ctw-kongress.de

23.–25. 10. 2008
**„Psychisch krank –
 wohin im Alter?“**
 Internationaler Kongress
 Call for Papers
 Einsendeschluss:
 29. 2. 2008
 Graz, Österreich
www.miteinander-leben.at
kongress@miteinander-leben.at

November 2008

7.–9. 11. 2008
**5. Symposium KunstTherapie
 in der Altenarbeit**
 Künstlerische Therapien für
 Menschen mit Demenz: Grenzen,
 Abgrenzungen, Grenzüberschrei-
 tungen
 Stuttgart
michael-ganss@online.de

20.–21. 11. 2008
**AUFBRUCH: Gemeinsam für
 demenzfreundliche Kommunen**
 Esslingen/Neckar
www.aktion-demenz.de
info@aktion-demenz.de

Dezember 2008

3.–6. 12. 2008
Alter(n) gestalten
 Gemeinsamer Kongress der
 DGGG/SGG und der DGG/ÖGGG
 Potsdam
www.dggg-kongress.org

Mai 2009

6.–9. 5. 2009
**10. Wiener Internationaler/
 17. Deutscher/
 49. Österreichischer/
 4. Gemeinsamer Österreichisch-
 Deutscher Geriatriekongress**
 Alter Mensch – neue Technologien
 Wien, Österreich
www.wrk.at/geriatriekongress
ilse.howanietz@wienkav.at

Juli 2009

5.–9. 7. 2009
**XIX World Congress
 of Gerontology and Geriatrics**
 Paris, Frankreich
www.gerontologyparis2009.com
bforette@noos.fr