

Weiter- und Fortbildung aus der Sicht des Nachwuchses

# Von Urteilsfähigkeit und Kortison-Angst – kurze Updates aus Geriatrie und Dermatologie

Urteilsfähigkeit, Hypertoniebehandlung im Alter und Long-COVID. Prof. Dr. Andreas Schoenenberger aus Münsterlingen befasste sich am 5. Herbstkongress der SGAIM «Medicine on Fire» in Interlaken mit den relevanten Themen der Allgemeinpraxis. Ganz gemäss dem Titel des Kongresses beschäftigten sich auch die Vorträge der diesjährigen Referenten mit der Medizin im Brennpunkt. Kortison-Angst als aktuelle Thematik, Neurodermitis und Psoriasis, wenn mehr als nur die Haut betroffen ist – diese häufigen Themen der Allgemeinpraxis wurden von Prof. Dr. Thomas Kündig (Zürich) in seinem Vortrag zur Dermatologie vor dem Hintergrund aktueller Studien neu erörtert.

**Céline Désirée Fäh**

Dissertantin an der Universität Bern

## Neues zur Evidenz der Blutdruckzielwerte im Alter

Die richtigen Blutdruckzielwerte im Alter stellen seit Jahren ein Diskussionsthema in der Fachwelt dar. Dabei geht es immer um die Abwägung von Nutzen und Risiken der Hypertoniebehandlung. Beide können bei falschem Therapieentscheid schwerwiegende Auswirkungen für die Patientin oder den Patienten haben. Für ältere Patientinnen und Patienten, die noch nicht gebrechlich sind, besteht mittlerweile eine Evidenz, dass der Nutzen einer ausreichenden Blutdruckbehandlung mit Zielwerten <140/90 mmHg die Risiken bei guter Verträglichkeit der Therapie bei Weitem überwiegt. Vor einigen Jahren kam aufgrund des «SPRINT-Trials» Bewegung in die Diskussion um die Blutdruckzielwerte. Diese Studie untersuchte damals, ob eine intensive Blutdrucksenkung auf Zielwerte um 120 mmHg systolisch einen Vorteil gegenüber einer Standardbehandlung auf einen Zielwert um 140 mmHg systolisch bringt [1]. In der Tat fand sich ein Nutzen der intensiven Blutdrucksenkung, wobei einschränkend zu sagen ist, dass die erreichten 120 mmHg in der Studie bedingt durch die spezielle Messmethode einem Blutdruck von 130 mmHg in der Praxis entsprechen. Zu erwähnen bleibt, dass in der Interventionsgruppe vermehrt Ereignisse wie Hypotonie, Synkope, Elektrolytverschiebungen und

akute Fälle von Nierenschädigung/-versagen aufgetreten sind. Trotzdem wurden die internationalen und nationalen Richtlinien damals aufgrund der Resultate des «SPRINT-Trials» überarbeitet und empfohlen, für nicht gebrechliche ältere Patienten bei guter Verträglichkeit der antihypertensiven Therapie einen Zielblutdruck von 130 mmHg systolisch anzustreben. Kürzlich wurden die Resultate einer weiteren Studie («STEP-Trial») publiziert, die bei 8511 Patientinnen und Patienten zwischen 60 und 80 Jahren Zielwerte von 110–130 mmHg mit Zielwerten von 130–150 mmHg verglich und auf Ereignisse wie Schlaganfälle, akutes Koronarsyndrom (AKS), Herzinsuffizienz, akute Myokardinfarkte, Vorhofflimmern (VHFl) und kardiovaskulär bedingte Todesfälle untersuchte [2]. Die Studie zeigte für Zielwerte von 110–130 mmHg wiederum einen Vorteil gegenüber höheren Zielwerten bezüglich verschiedener kardiovaskulärer Outcomes. Einschränkend ist zu sagen, dass sowohl beim «SPRINT-Trial» als auch beim «STEP-Trial» aufgrund langer Listen von Ausschlusskriterien fast ausschliesslich nicht gebrechliche ältere Patientinnen und Patienten teilnahmen. «Während wir für nicht gebrechliche ältere Patienten eine gute Evidenz haben, dass eine Blutdrucksenkung einen grossen Nutzen bringt, haben wir betreffend Blutdruckbehandlung bei gebrechlichen älteren Patienten derzeit nur sehr

wenig Evidenz, da diese Patienten aus den randomisierten kontrollierten Studien ausgeschlossen werden», wie Prof. Dr. Andreas Schoenenberger ausführte. Aus diesem Grund bleibt zu beachten, dass die obgenannten Werte für die meisten Patientinnen und Patienten zu tief angesetzt sind, trotz des erweiterten Effektes auf das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse. Anzustreben ist ein individueller optimaler Zielbereich für Ihre Patientin oder Ihren Patienten unter Berücksichtigung ihrer oder seiner Komorbiditäten.

Die aktuellen Empfehlungen der Schweizerischen Hypertoniegesellschaft für komorbide Patientinnen und Patienten lauten daher wie folgt:

- Im Allgemeinen: <140/90 mmHg
- Für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus und chronischer Nierenerkrankung: <140/85 mmHg
- Für ältere Patientinnen und Patienten mit isolierter systolischer Hypertonie: <150 mmHg systolisch

## Die Verschreibungskaskade

In der heutigen Praxis werden Symptome meist mit Arzneimitteln behandelt – dies ist nicht verwerflich, so wird es uns im Studium gelehrt. Selten wird jedoch ihr Ursprung eruiert. Vielleicht handelt es sich bei dem Symptom um eine Nebenwirkung eines anderen Medika-

ments? Bei Ausbleiben dieser Überlegung kommt es zu sogenannten Verschreibungskaskaden, berichtet Prof. Dr. Andreas Schoenberger. Ein Beispiel aus dem Alltag: Wenn Kalzium-Antagonisten eingesetzt werden, können diese zu Beinödemen führen, die dann gelegentlich mit einem Diuretikum behandelt werden. Eine aktuelle Studie aus Kanada konnte nun nachweisen, dass diese Verschreibungskaskade in der täglichen Praxis tatsächlich nicht allzu selten vorkommt [3]. Von solch einem reflexartigen Einsatz der Schleifendiuretika rät der Experte jedoch ab. Er schlägt vor, bei Symptomen auch immer zu hinterfragen, ob sie möglicherweise durch ein verschriebenes Medikament verursacht sein könnten. Gleiches erlebt er gelegentlich auch bei Obstipation und Koprostase unter Kalzium-Antagonisten, wenn dann als Gegenmassnahme sofort zu Laxanzien gegriffen wird, statt allenfalls den Kalzium-Antagonisten durch ein anderes Antihypertensivum zu ersetzen. **Oft liegt die Lösung nicht in einem neuen Medikament, sondern in der genauen Analyse der Medikamentenliste der Patientinnen und Patienten.**

### Ethik in der Beurteilung der Urteilsfähigkeit

Eine Urteilsfähigkeit objektiv zu bestimmen, kann in gewissen Fällen sehr herausfordernd sein. Um die Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis etwas zu erleichtern, weist Prof. Dr. Schönenberger auf die neuen Richtlinien der SAMW [4] zur obgenannten Thematik hin:

1. «Grundsätzlich wird von Urteilsfähigkeit ausgegangen». Danach folgt eine systematische Evaluation bei begründeten Zweifeln.
2. «Urteilsunfähigkeit wird immer situations- und zeitbezogen beurteilt». Nur im Hinblick auf eine spezifische Entscheidung zu einem definierten Zeitpunkt kann über eine Urteilsunfähigkeit diskutiert werden. Es darf nie von einer dauerhaften und allgemeinen Urteilsunfähigkeit ausgegangen werden.
3. «Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit kann einzig bei signifikant eingeschränkten mentalen Fähigkeiten erfolgen»: Urteilsfähigkeit setzt bestimmte mentale Fähigkeiten wie Hören, Kognition und voluntative Faktoren voraus. Dabei müssen folgende Fähigkeiten gegeben sein: Erkenntnisfähigkeit, Wertungsfähigkeit, Willensbildung und Willensumsetzungsfähigkeit.

### Langzeiteffekte von COVID-19

Unzählige Studien befassen sich mit den Long-COVID-Symptomen. Nachfolgend soll ein Augenmerk auf die postinfektiösen Kognitionsveränderungen bei älteren Menschen gelegt werden.

Von einem Long-COVID spricht man, wenn entsprechende Symptome 6 Monate nach der nachgewiesenen Infektion persistieren [5]. Zu den häufigsten Veränderungen zählen Fatigue, Muskelschwäche, Haarausfall, Geruchsverlust und verminderte Kognition. Mit Letzterem befasste sich eine aktuelle Studie, die Patientinnen und Patienten vier Monate nach einer COVID-19-Infektion untersuchte [6] und zeigte, dass sie eine nachweisbar schlechtere kognitive Funktion hatten als eine Vergleichsgruppe, die keine COVID-Infektion durchgemacht hatte. Eine weitere kürzlich erschienene Studie untersuchte mittels Bildgebung, ob COVID-19 zu Veränderungen im Hirn führt [7]. In der Bildgebung dieser Studie zeigte sich eine veränderte Aktivität des Bulbus olfactorius, was mit einer Verschlechterung des Geruchssinnes einhergeht. Spannenderweise konnten auch Volumenzunahmen der Regionen Insula und Hippocampus dokumentiert werden. Dieselben Areale sind auch bei einer Alzheimer-Demenz von Veränderungen betroffen. Ob dies jedoch auf einen Zusammenhang schliessen lässt, ist bis heute ungeklärt. Die Pathomechanismen bei COVID-19 beruhen auf einem direkten viralen Befall der betroffenen Areale, einer lokalen Neuroinflammation, einer systemischen Entzündungsreaktion und mikrovaskulären Thrombosen. Ob dies eine langfristige Neurodegeneration zur Folge hat, sei dahingestellt. Was jedoch bereits

bekannt ist, ist die nachgewiesene Hirnvolumenveränderung bei Long-COVID [7].

### Dermatologie in der Allgemeinpraxis

Hauterkrankungen sind häufig. Psoriasis kommt bei rund 3% der Bevölkerung vor. Ekzeme sind mit 10% noch wesentlich häufiger. Was jedoch über die Hälfte der Bevölkerung betrifft, ist die Kortison-Phobie. Ein kurzer Überblick von Prof. Dr. Thomas Kündig.

### Von Tüpfelnägeln und Ölflecken

Verhornungsstörungen, die zu sogenannten Tüpfelnägeln und subungualen Hyperkeratosen führen, treten bei diversen Hautkrankheiten auf. Die einzige pathognomonische Nagelveränderung bei Psoriasis ist der Ölfleck. Dabei zeigt sich eine stellenweise gelb-orange Verfärbung der Nägel durch eine subunguale Hyper- und Parakeratose. Hinzu kommt, dass die Patientinnen und Patienten hauptsächlich durch den starken Juckreiz und die Stigmatisierung durch die Krankheit gestört sind. Dabei spielt es keine grosse Rolle, ob es sich um eine Psoriasis vulgaris (80%), guttata (10%) oder pustulosa handelt. Die vermeintlich ansteckende Krankheit birgt jedoch mehr als nur die äusserlich störenden Hautveränderungen. Prof. Dr. Kündig macht darauf aufmerksam, dass bei Psoriasis oft auch die Gelenke mitbetroffen sein können, es nachweislich zu mehr Depressionen kommt und andere entzündliche Krankheiten als Komorbidi-



Psoriasis Erythrodermie (am Abklingen).





Psoriasis pustulosa (Palmoplantare Pustulose).



Psoriasis inversa.

täten keine Seltenheit sind. So ist das Risiko für Diabetes mellitus, Herzinfarkte und Morbus Crohn deutlich erhöht, weshalb eine internistische Begleitung angezeigt ist. Durch die symptomatische äusserliche Therapie mit Kortison oder Phototherapie kann die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert werden. Eine Systemtherapie mit Biologika kann zudem auch die jeweiligen Komorbiditäten mitbehandeln.

Psoriasis-Merkhilfe:

- 80–90% Psoriasis vulgaris (Plaque-Psoriasis): scharfbegrenzte erythrosquamöse Plaques auf den Streckseiten der Gelenke (DD Beugeseiten: Neurodermitis), die auto-

somal dominant vererbt werden. Cave: Psoriasis befällt fast nie das Gesicht. Wenn das Gesicht betroffen ist, handelt es sich eher um ein seborrhoisches Ekzem.

- 10% Psoriasis guttata: tropfengrosse, also kleinere Läsionen, bei jüngeren Patienten. Typisch in Schüben verlaufend und ausgelöst durch Streptokokken-Infekte.
- <5% Psoriasis inversa: in den grossen Beugefalten lokalisiert (unter Brust, Rima ani, Genitalregion).
- <5% Psoriasis pustulosa (Zumbusch): generalisierte pustulöse Psoriasis mit Fieber. Braucht akute Therapie.
- 2% Erythrodermische Psoriasis. Befall der gesamten Körperoberfläche.



Psoriasis guttata.



Psoriasis vulgaris.

## Die allgegenwärtige Kortison-Phobie

«Viele Patienten möchten auf den Einsatz von Kortisonpräparaten verzichten, aufgrund einer historisch bedingten Angst gegen die Substanz», erzählt Prof. Dr. Kündig. Diese ist nicht ganz unberechtigt. Im Mittelalter wurden Patienten mit Syphilis, Lepra oder Psoriasis kaum unterschieden und mit Quecksilberpräparaten behandelt, 1878 wurden Arsentropfen als therapeutischer Durchbruch gefeiert, später Teerbehandlungen bei verschiedensten Dermatosen – alle mit langfristigen Nebenwirkungen. «Die Angst der Patienten vor dermatologischen Therapien ist somit nicht unbegründet», erzählt Prof. Dr. Kündig. Einige der obgenannten Substanzen verursachten unzählige Spinaliome, andere führten zu Haar- und Zahnausfall sowie zu einer Schädigung der Haut. 1952 kamen erste Kortisonpräparate, die alte Angst aber blieb. Doch Prof. Dr. Kündig kann in einigen Bereichen Entwarnung geben. «Wird Kortisoncreme korrekt verordnet, ist ihre Anwendung ohne Bedenken». Dies zeigen auch aktuelle Studien an Kindern, die trotz sehr empfindlicher Haut praktisch keine Nebenwirkungen aufwiesen [10]. Nicht angewendet werden sollte die Kortisoncreme in sehr empfindlichen Hautbereichen wie dem Gesicht oder im Genitalbereich. Hier kann es trotz lokaler Anwendung zu systemischen Nebenwirkungen oder auch lokalen Reaktionen wie perioraler Dermatitis kommen. Prof. Dr. Kündig empfiehlt in solchen Fällen die Anwendung von Calcineurin-Inhibitoren. Eine Therapie sollte dabei immer individuell auf die Patientin oder den Patienten abgestimmt werden, um eine optimale Behandlung zu ermöglichen.

## Korrespondenz

Matthias Widmer  
Verantwortlicher Redaktor  
Primary and Hospital Care  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag  
Farnsburgerstrasse 8  
CH-4132 Muttenz  
office[at]primary-hospital-care.ch



## Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter [www.primary-hospital-care.ch](http://www.primary-hospital-care.ch)

**Tabelle 1: Psoriasis-Arthritis vs. rheumatoide Arthritis – eine kleine Merkhilfe.**

Psoriasis-Arthritis	Rheumatoide Arthritis
Oligoartikulärer Befall der distalen Gelenke	Polyarthritis der proximalen Gelenke
Asymmetrischer Befall von PIPs und DIPs	Symmetrische Schwellung der MCPs und PIPs
Schmerzhafte Weichteilschwellung / Wurstfinger / Gelenksdestruktion	Ruheschmerzen, nächtliche Parästhesien, Morgensteifigkeit, Karpaltunnelsyndrom
HLA-B27-positiv	Rheumaknoten
Tendinitis, Enthesitis, Konjunktivitis, Kolitis	Pleuritis, Peri-/Myokarditis, Vaskulitis, Konjunktivitis