

Hausärztliche Geriatrie

Ein Bericht vom Aroser Fortbildungskurs 2003

Sind Assessments für den Hausarzt nötig? Behandle ich meine geriatrischen Patienten richtig? Der SGAM-Kongress in Arosa bot hierzu wertvolle Informationen.

La gériatrie en médecine générale – le médecin de premier recours doit-il faire ses preuves? Mes patient-es gériatriques reçoivent-ils le traitement approprié? Le congrès de la SSMG à Arosa fournit de précieuses informations.

Urs Fahrni,
Jean-Pierre Grob

Gegengelesen von
Dr. Jürg Naef,
Prof. Andreas Stuck und
Dr. Luzius von Rechenberg

Prolog

Trotz strahlendem Sonnenwetter wanderten rund 370 wissensdurstige Ärztinnen und Ärzte in die Mehrzweckhalle von Arosa. Es ging hier nicht nur darum, Credits für die FBO zu sammeln; denn der Aroser Fortbildungskurs gilt seit Jahren als Fortbildungsstandard schlechthin für Grundversorger, welchen man auch ohne Verleihung von Credits besuchen sollte.

Nach einer kurzen Einführung von Dr. Fiona Fröhlich, welche uns auf einige Umfragen aufmerksam gemacht hat, begrüßte uns der Gastgeber und Organisator des Kongresses Dr. Tino Röhliberger. Der ewig optimistische Tino Röhliberger hat uns auf die düstere Zukunft in der medizinischen Landschaft hingewiesen. Obwohl man überall von einem Ärzteüberfluss spricht, habe man Mühe, sowohl für Arztpraxen als auch für Spitäler genügend Ärzte zu finden.

Den wissenschaftlichen Teil des Nachmittags moderierte Prof. Paul Brüttsch. Er führte uns ein in das interaktive Abstimmungssystem, mit welchem die Fortbildung lebhafter gestaltet werden konnte. Zunächst hat er die Referenten vorgestellt: Als Gastreferent brachte Prof. Andreas Stuck, Chefarzt Geriatriezentrum Zieglerspital in Bern, sein breites geriatrisches Wissen mit. Ihm zur Seite standen die Grundversorger Dr. Jürg Naef aus Herzogenbuchsee und Dr. Luzius von Rechenberg aus Zürich mit ihrer Praxiserfahrung. Die ganze Darbietung wurde umrahmt von eindrucklichen geriatrischen Krankheitsbildern aus der Hausarztpraxis von Prof.

Frank Mader, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Deutschland.

Geriatrisches Management und Assessment

Genügend Zeit: Die Referenten waren sich einig, dass zur Beurteilung eines neuen, unbekannt und betagten Patienten 30 bis 60 Minuten Sprechstundenzeit notwendig sind. Auch 76% der Tagungsteilnehmer erachteten mindestens 30 Minuten als notwendig für eine Erstevaluation.

Assessmentinstrumente können hierbei hilfreich sein. L. von Rechenberg benötigt allerdings keine schriftliche Checkliste, sondern benützt zur Erfassung komplexer geriatrischer Defizite mnemotechnisch die Beurteilung des Patientenverhaltens am Morgen: ins Badezimmer gehen, Notdurft verrichten, Körperpflege, Ankleiden und Essen. Dies geht jedoch nur, wenn wir als Hausärztin den Patienten gut kennen und ihn als Hausarzt schon lange betreuen.

Folgende vier Herausforderungen stellen sich beim Assessment:

1. Multimorbidität (auch wenn der Patient sich nur wegen eines Einzelsymptoms anmeldet)
2. Chronische Krankheiten
3. Oft atypische und schwierig zu erkennende Symptome
4. Einbezug der Umgebung (besonders wichtig, denn demente Patienten überschätzen ihre Fähigkeiten oft, so dass die Fremdanamnese wichtig ist)

Die über 65jährige Bevölkerung macht zwar nur 15% der Gesamtbevölkerung aus, aber die medizinischen Anforderungen dieser Bevölkerungsgruppe beschäftigen uns weit mehr.

Ein halbstündiges Familiengespräch unter ärztlicher Leitung empfiehlt A. Stuck bei den betagten multimorbiden Patientinnen und Patienten in gewissen Abständen oder bei nahenden Entscheidungen. In einer ersten Hälfte soll dabei der *Ist-Zustand* gemeinsam mit den Angehörigen und anderen wichtigen Beteiligten wie Spitex-Mitarbeiterinnen erhoben werden.

In der zweiten Hälfte des Gesprächs sollen *realistische zukünftige Massnahmen* erörtert und festgelegt werden. Hierbei wird der Arzt zum Garanten für die Selbständigkeit des Patienten. Familienkonflikte sollen vorerst aus-

geklammert werden und auf einer anderen Ebene wieder aufgenommen werden.

Eine Vertrauensperson oder eine administrativ beauftragte Person, welcher der Patient vertraut, beizuziehen, ist vor allem für zunehmend demenz werdende Patienten empfehlenswert. So können mühsame vormundschaftliche Massnahmen verhindert werden.

Es wird auf *Patientenverfügungen* hingewiesen. Das Formular kann von der SGAM-Website¹ heruntergeladen werden.

Einen *modifizierten Medikamentenplan* schlägt A. Stuck zur Verbesserung der Medikamenten-Compliance vor. Auf diesem wird in einer eigenen Rubrik der *Zweck* der verordneten Medikamente festgehalten (Abb. 1).

Die Beurteilung der Fahrtauglichkeit *im Alter* stellt ein spezielles Problem dar. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass auch leichte kognitive Defizite die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen können; im Zweifelsfall ist eine spezialisierte verkehrsmedizinische Abklärung (in Zürich z.B. mit Probefahrt) erforderlich.

Prävention

J. Naef erachtet die Erhaltung der körperlichen und geistigen Aktivität als wichtige Präventionsebene. Zur Erhaltung der geistigen Aktivität zählen für ihn auch etwa, den *Visus zu optimieren* oder einen *Laptop* anzuschaffen.

L. von Rechenberg empfiehlt wie seine Kollegen die Grippeimpfung und die Pneumokokkenimpfung. Er nimmt sich vor, das Pflegepersonal noch vermehrt zur Grippeimpfung zu motivieren.

A. Stuck belegt in einem kurzen theoretischen Exkurs, dass die NNT (= number needed to treat) bei präventiven geriatrischen Interventionen oft recht niedrig ausfällt, weil das zu vermeidende Ereignis in dieser Altersgruppe recht wahrscheinlich ist. In einer seiner Publikationen [1] legte er dar, dass mit mindestens 9 Hausbesuchen pro Jahr eine Reduktion der Pflegeheimweisungen von 34% erreicht werden kann.

Ausgewählte geriatrische Krankheitsbilder

Mobilität, Schwindel, Sturz

Um die Gefahr eines Sturzes zu reduzieren und Schwindelgefühle herabzusetzen, ist es nötig, den *Blutdruck* gut zu überwachen. Eine

arterielle Hypertonie muss auch im Alter behandelt, die Medikamentendosis aber noch sorgfältig überwacht werden.

Eine eventuelle *Überdosierung von Antihypertensiva* kann durch einen abgekürzten *Schellong-Test* überprüft werden; diesen kann eine instruierte MPA mittels eines Formulars selber durchführen.

Abgekürzter Schellong-Test:

«*Liegend sowie nach 1 und 3 Minuten stehende Blutdruckmessung*»

Der *Stehetest* gibt über das Gleichgewichtsgefühl und die Standfestigkeit Auskunft; dieser kann ebenfalls von der MPA durchgeführt werden.

In Abbildung 2 werden die Fusspositionen eines vierstufigen Tests dargestellt, bei dem während je 10 Sekunden ein *Normalstand*, ein *Parallelstand*, ein *Diagonalstand* und etwas schwieriger der *Tandemstand* (mit den Füßen in einer Reihe) – mit offenen Augen – durchgeführt werden. Dabei wird erwartet, dass alle vier Positionen wirklich 10 Sekunden durchgestanden werden können. Kürzere Zeiten werden in Sekunden gemessen und können als reproduzierbarer Score für Gleichgewichtsstörungen gelten.

L. von Rechenberg lässt das Sich-zu-Boden-Fallenlassen und Aufstehen gelegentlich auch mit Hilfe einer Physiotherapeutin üben nach dem Motto: *Weniger Angst vor dem Sturz macht mobiler*.

A. Stuck empfiehlt *Hüftprotektoren*. Das konsequente Anwenden ist für die Risikogruppen sinnvoll. Pflegeheime sind aber oft frustriert beim Umsetzen. Er empfiehlt deshalb im Heimbereich entsprechende Instruktionsskoffer (wird über die BfU vertrieben).

Urininkontinenz

Dauerkatheter sollten nach Möglichkeit vermieden und erst gewechselt werden, wenn sie Probleme verursachen, also nicht in einer engen regelmässigen Frequenz.

Indikationen für einen Wechsel des Dauerkatheters

- Obstruktion
- Bypassing und Detrusorirritation
- Symptomatische Urothelirritation (Schmerz, Fremdkörpergefühl)
- Sepsis

¹ http://www.sgam.ch/pdf/Patientenverfuegung_formular.pdf

Abbildung 1.

Medikamentenkarte. Vertrieb:
Apotheke «Zur Rose» AG, Walzmühle-
strasse 60, 8500 Frauenfeld,
Tel. 052 724 00 20, Fax 052 724 00 15,
E-mail vertrieb@aporose.ch,
Website www.aporose.ch.
Rückmeldungen bitte an die
Forschungsstelle Alter in Bern:
andreas.stuck@spitalbern.ch.

Hinweise zur Verwendung

- Medikamentenplan zu Hause und auf Reisen stets griffbereit aufbewahren.
- Medikamentenplan jedes Mal zum Arzt und in die Apotheke mitnehmen.
- Alle Medikamente (auch solche, die Sie in der Apotheke ohne Rezept beziehen, oder solche, die Sie nur bei Bedarf einnehmen) eintragen lassen.
- Bitten Sie Ihren Arzt oder Apotheker, jede Änderung eines Medikamentes oder einer Dosierung in den Medikamentenplan einzutragen.
- Bei Bedarf neuen Medikamentenplan ausstellen lassen.
- Alte, nicht mehr gültige Medikamentenpläne vernichten.

Entwicklung:

Forschungsstelle Alter, Spital Bern - Ziegler, 3001 Bern

Vertrieb:

Apotheke »Zur Rose« AG, Walzmühlestr. 60, 8500 Frauenfeld
Tel. 052 724 00 20, Fax 052 724 00 15, E-Mail vertrieb@aporose.ch

Medikamentenplan

Ausgestellt am:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Hausarzt/Hausärztin (Stempel):

Medikament <small>(Bitte inkl. Darreichungsform und Dosis)</small>	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Zweck	Bemerkungen

Bei einem Dauerkatheterwechsel (DKW) ist die *prophylaktische Antibiotika-Gabe nicht routinemässige* notwendig.

Indikationen für eine prophylaktische Antibiotikagabe bei DKW

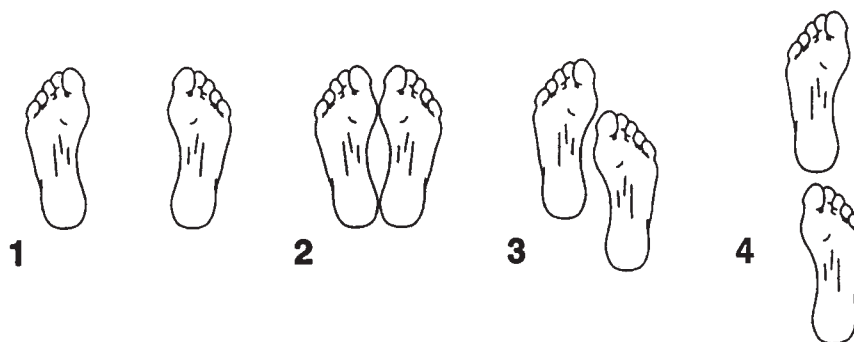
- Verletzungen
- frühere Komplikationen anlässlich eines Katheterwechsels

Regelmässiges Spülen der Blase wird nicht empfohlen, hingegen soll beim längeren Verbleiben des Dauerkatheters der *Füllungszustand des Ballons regelmässig kontrolliert* werden.

Demenz

Es gibt eine ganze Reihe von Symptomen, welche auf eine Demenz hinweisen. Das *Verlegen eines Schlüssels* gehört zur allgemeinen

Abbildung 2.
Stehetest mit verschiedenen
Fusspositionen.



Beruhigung aber nicht zu den Zeichen, die auf das Vorliegen einer Demenz hinweisen! Ein dringender Verdacht ergibt sich aber für jene Personen, welche die Funktion des Schlüssels nicht mehr praktisch wissen.

Die *Abklärung einer Demenz ist sinnvoll*, da in gewissen Fällen therapeutisch doch etwas angeboten werden kann. Eine Demenz lässt sich nicht einfach anlässlich einer standardisierten klinischen Untersuchung feststellen, zudem gibt es keinen spezifischen Labortest. Das Erkennen von *kognitiven Störungen* steht an erster Stelle. Je nach Befund sind Abklärungen nötig, da kognitive Störungen allein nicht für eine Demenz spezifisch sind.

Medikamente stellen in Demenzfällen vom Alzheimerstyp nur eine Komponente eines umfassenden Behandlungsplans dar, darin waren sich alle Referenten einig. An die Betreuung und Führung der Angehörigen muss man hinsichtlich Therapie vermehrt denken.

Bei einer Meinungsumfrage mit dem interaktiven Abstimmungssystem hielten 58% der Teilnehmer Ginkgo für nützlich, und 62% glaubten an eine Wirkung von Acetylcholinesterasehemmern.

Indikationen zur Verordnung von Acetylcholinesterasehemmern

- kognitives Defizit besteht seit mindestens 6 Monaten
- Mini Mental Test 10–24 Punkte
- Leitsymptome definieren, die stabilisiert oder verbessert werden sollten

Benzodiazepine im Alter sind ungünstig, da sie die Sturzgefährdung erhöhen können. Vor allem langwirkende Benzodiazepine sollten in der Geriatrie nicht mehr angewendet werden (Kumulationsgefahr), kurz wirksame nur zeitlich limitiert, da sich ihre Wirkung mit der Zeit erschöpft.

Depression

Diese verläuft häufig oligosymptomatisch, und die Diagnose wird von den Patientinnen oft nicht akzeptiert. Die Mühe des Patienten, sich zu einem Entscheid durchzuringen (z.B. Entscheid für Coxarthroseoperation), kann ein Hinweis auf eine Depression sein. L. von Rechenberg beginnt bei Patienten, welche Angst vor Medikamenten haben, mit wenigen Tropfen Citalopran, welche der Patient dann selber steigern kann. Die Beurteilung des Therapieeffekts erfolgt in diesem Fall erst nach 3 Wochen. Bei Ängsten macht er mit seinen Patienten verhaltenstherapeutische Übungen (z.B. Überqueren einer Strasse, um in den Einkaufsladen zu gehen) und bittet dann die Spitex, damit weiterzufahren.

Delir

20% der alten Patienten entwickeln bei Hospitalisationen ein Delir. Beim Delir gilt es eine *hyperaktive* Form, welche wohl allen geläufig ist, von einer *hypoaktiven* Form zu unterscheiden. Eine abrupte Verschlechterung einer Demenz weist auf ein Delir hin. Ein agitierter Patient hat Schmerzen, bis das Gegenteil bewiesen ist. Bei einem neu aufgetretenen Delir müssen wir auch daran denken, dass z.B. anticholinergisch wirksame Medikamente dafür verantwortlich sein könnten.

Anweisungen an das Pflorgeteam bei jeder Zustandsänderung

- Blutdruck messen
- Puls messen
- Temperatur messen
- Urinstatus prüfen

A. Stuck empfiehlt untenstehendes Schema zur initialen Unterscheidung der drei obgenannten Krankheitsbilder:

Differentialdiagnose Demenz / Depression / Delir

Symptom	Delir	Demenz	Depression
Beginn	Stunden/Tage	Monate/Jahre	Wochen/Monate
Verlauf	fluktuierend	kontinuierlich	kontinuierlich
Aufmerksamkeit	reduziert	meist klar	klar
Halluzinationen	häufig	selten	selten
Orientierung	meist gestört	gestört	meist normal
Psychomotorik	verändert	meist normal	oft verändert

Epilog

Nach lebhafter Diskussion, mit vollem Kopf, aber leerem Magen verliessen wir um 19 Uhr die Mehrzweckhalle. Wir freuten uns auf die kulinarischen Genüsse zusammen mit lange nicht mehr gesehenen Kollegen. Auch dies gehört zur Aroser SGAM-Fortbildung!

Literatur

- 1 Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002;287:1022–8.

Highlights – gesehen von Alfred Rösli

Sturzprophylaxe:

1. Genaue Sturz-Analyse, Assesement in der Wohnung
2. zuführende Massnahmen wie Haltegriffe, Geländer, Beleuchtungsverbesserung
3. cave langwirksame Benzodiazepine

Ernährungs-Analyse:

Anamnese
Kühlschrank- und Vorratsinspektion
Fleischkonsum (Eiweiss- und Zink-Zufuhr?)
Warnzeichen Proteinmangel: Lymphozytenzahl unter 1200/mm³

Zu Ginkgo und Acetylcholinesterase-Hemmern (CHE-Hemmern) ein Highlight vom Samstagmorgen mit Etzel Gysling:

«Ginkgo hilft nix.» Jedenfalls gibt es keine guten Studien und auch keine Vergleichsstudien mit CHE-Hemmern.
Aber: Auch CHE-Hemmer bringen nur einen fraglichen Benefit, der Endpunkt bei Demenz-Studien mit CHE-Hemmern ist mit «Pflegeheim-Eintritt» ziemlich weich.

Highlights – gesehen von Helen Hartmann

Beeindruckende Demonstration von partnerschaftlicher Zusammenarbeit zwischen GP und Spezialist: *Prof. Stuck* überzeugte mit praxisrelevanten Konzepten.

Geriatrische Tätigkeit spielt sich in einem komplexen System ab; multifaktorielles bzw. mehrdimensionales Denken allein genügt nicht ausreichend, die einzelnen Komponenten des Systems beeinflussen sich gegenseitig → «assessment» müsste derart verstanden werden, oft ist das Wünschbare nicht möglich und nur der kleinste gemeinsame Nenner aller Beteiligten kann tatsächlich umgesetzt werden. (*Prof. Stuck: / Voten aus dem Saal / GP auf Podium*)

Präventive Interventionen lohnen sich in der älteren Bevölkerungsgruppe besonders, da in dieser Gruppe das Erkrankungsrisiko wesentlich höher ist als bei jungen Leuten; eine kleine relative Risikoreduktion führt zu einer grossen absoluten Risikoreduktion (NNT verhältnismässig klein). (*Prof. Stuck*)

Mediplan mit Indikation versehen erhöht die Compliance → werde ich sofort umsetzen und Wirkung beobachten. (*Prof. Stuck*)

«Zuführende» Massnahmen (z.B. Installation einer zusätzlichen Lichtquelle) werden besser akzeptiert als «abführende» (z.B. Entfernen eines Teppichs) → werde ich mir generell merken und umgehend umsetzen. (*Prof. Stuck*)

Die drei D in der geriatrischen Tätigkeit (Demenz, Delir, Depression) sind mir bewusster geworden; werde gezielter darauf achten und einlassen. (*Prof. Stuck / Voten aus dem Saal / GP auf Podium*)