



abstracts

8. Tagung für Allgemeinmedizin & Geriatrie

Symptomorientierte Diagnostik und Therapie

9. und 10. Oktober 2009

Börse, Wien



Der akute Thoraxschmerz

Herz

Prim. Univ.-Prof. Dr. Heinz Weber

Schmerzen sind für den Menschen ein Warnsignal. Sie beeinträchtigen seine Lebensqualität und führen ihn meist dadurch zum Arzt, in der Erwartung einer Schmerzbefreiung, zumindest einer Linderung. Sie können auch akut das Leben bedrohen. Dem Arzt bleibt es vorbehalten, kraft seines Berufs die Lebensgefährlichkeit zu differenzieren, ob die Symptomatik lebensbedrohlich sein kann oder „nur“ die Lebensqualität beeinträchtigt. Sein Handeln ist nach dem „WORST FIRST“ auszurichten.

Umgekehrt können lebensbedrohliche Umstände auch völlig asymptomatisch auftreten. Sie bleiben deswegen immer noch lebensgefährlich, bedürfen ebenso einer raschen exakten Diagnose und effizienten Therapie. Diese Differenzierung ist Teil der ärztlichen Kunst.

Der Thorax ist prädestiniert, ebenso wie das Abdomen, für den Sitz von Schmerzen unterschiedlichster Genese, vom psychogenen Schmerz einer Panikattacke über den spondylogenen Thoraxschmerz, den einer Lungenembolie, das dissezierende Aortenaneurysma bis hin zum akuten Infarkt. Er umfasst demnach beides, sowohl lebensbedrohliche Morphologien als auch „nur“ schmerzhaft Ursachen.

Myokard-Ischämieschmerz: Herz und Gefäße sind bekanntlich schmerzempfindlich, was die Berührung, z.B. bei Manipulationen im Rahmen eines Herzkatheters oder auch bei koronaren Interventionen, betrifft. Das Herz ist jedoch besonders empfindlich auf Sauerstoffmangel, also auf eine Ischämie des Myokards.

Entsprechend der Ischämiekaskade tritt bei einer Koronarokklusion zunächst eine diastolische Funktionsstörung auf, gefolgt von einer echokardiographisch nachweisbaren systolischen. Jetzt kommt es erst zu den typischen EKG-Veränderungen (ST-Senkungen, ST-Hebungen, LSB etc.). Zuletzt treten die typischen Angina-pectoris-Schmerzen auf. Bei Freigabe der Koronarperfusion bilden sich diese Veränderungen in umgekehrter Reihenfolge wieder zurück, wie dies bei einer Ballondilatation gut zu beobachten ist. Bei neuerlicher Gefäßokklusion treten die Beschwerden später und leichter wieder auf (Präkonditionierung, u.a. durch akute Bildung von Kollateralen).

Klinisch ist der typische Angina-pectoris-Schmerz noch immer so, wie wir dies vor Jahren gelernt haben: Er wird durch physische und/oder psychische Belastung, durch Wind, durch Kälte und durch eine reichliche Mahlzeit ausgelöst, ist nicht punktförmig, strahlt in den linken Arm, in den Oberbauch (Differenzialdiagnose = DD: Bauchschmerzen, Holecystitis etc.), in den Rücken (DD: spondylogene Schmerzen) aber auch in den Unterkiefer (DD: Zahnschmerzen, „Buddenbrooks-Angina“), aus.

Nach dem Grundsatz „WORST FIRST“ sollte daher immer ein akut ischämisches Geschehen ausgeschlossen werden!

Vergessen wir aber auch nicht, dass vor allem bei Frauen, bei älteren Menschen und bei Diabetikern eine lebensbedrohliche Myokardischämie entweder völlig asymptomatisch ablaufen kann oder mit dem Leitsymptom „Atemnot“ einhergeht!

Das zweite akut bedrohliche Szenario des Thoraxschmerzes ist das Aneurysma dissecans: Zum Thoraxschmerz kommt das völlig unauffällige EKG hinzu. Daher großzügig akut zur CT od. MR zuweisen. Beide Methoden können die Dissektionslamellen exzellent nachweisen. Die MR-Untersuchung ist der CT bei der Diagnose des sog. „intramuralen Hämatoms“ überlegen. Bei dieser Vorstufe des Dissecans zerreißen die Vasa vasorum und bilden dieses intramurale Hämatom, das sich dann wieder zu einem Dissecans ausweiten kann. Auch hier gilt der Grundsatz „WORST FIRST“.

Sind lebensbedrohliche Ursachen des Thoraxschmerzes ausgeschlossen oder unwahrscheinlich, dann kann man sich den die Lebensqualität beeinträchtigenden Ursachen diagnostisch und therapeutisch widmen.

Extrakardiale Ursachen

Dir. Dr. Thomas Paul Egger

Die Differenzialdiagnose Thoraxschmerz wurde in der Literatur insbesondere hinsichtlich der koronaren Herzerkrankung mehrfach in Form von Algorithmen beschrieben. Dabei wird aber häufig nur der Ausschluss einer KHK ohne eine weitere Differenzierung angegeben. Im Einzelfall kann die Abklärung insbesondere beim geriatrischen Patienten schwierig sein. Neben verschiedenen genderspezifischen Symptomenkomplexen haben auch die altersbedingten Veränderungen Einfluss auf die Symptomatik der Schmerzen.

THORAXSCHMERZEN

kardial	siehe oben
pulmonal	siehe oben
vaskulär	Aortenaneurysma, -dissektion
	Pulmonalembolie
gastrointestinal	Oesophagealer Reflux
	Ulcus pepticum
	Hiatushernie
	biläre Erkrankungen
muskuloskelettal	Pankreatitis
	Discopathie
	Arthritis der Schulter/Wirbelsäule
	Chondritis, Spondylodiscitis
andere	Bursitis
	Mediastinitis
	Trauma, Hämatom
	Mediastinalempysem
	Erkrankungen der Mamma
	Tumore, Metastasen in der Brustwand
andere	Herpes Zoster
	psychische Erkrankungen

Genauere Anamnese und die klinische Untersuchung sind Basis für die Differenzialdiagnose und die Entscheidung, welche zusätzlichen Untersuchungen indiziert sind, und deren Dringlichkeit. Bei akuter Schmerzsymptomatik im Thoraxbereich muss immer an lebensbedrohliche Erkrankungen wie akutes Koronarsyndrom, Pulmonalembolie oder Aortendissektion gedacht werden. Aortendissektion muss meist rasch abgeklärt und thoraxchirurgisch versorgt werden, um ein Überleben zu ermöglichen. Bei geriatrischen Patienten kann bezüglich der Interventionen nur individuell entschieden werden. Aufgrund der Polymorbidität und des hohen perioperativen Risikos wird nur selten eine Operation indiziert sein.

Bei einer Pulmonalembolie bedingt die Obstruktion der Gefäße die akute pulmonale Hypertension die Dehnung der A. pulmonalis, die neben der Dyspnoe als akuter Schmerz erlebt wird. Zusätzlich entwickelt sich eine Pleuritis, die als typischer atemabhängiger Schmerz Tage nach dem Akutereignis symptomatisch wird. Chronische oder chronisch rezidivierende Schmerzen, bei Frauen häufiger als bei Männern zu beobachten, erfordern meist keine unmittelbare zusätzlich Diagnostik.

Beim gastrointestinalen Reflux tritt Magensäure in den Ösophagus über. Die Reizung der Schleimhaut und die Krämpfe der Muskulatur werden als Schmerzen unterschiedlicher Intensität typischerweise retrosternal oder im Epigastrium wahrgenommen. Aber auch andere Erkrankungen des oberen Verdauungstrakts werden von manchen Patienten als Beschwerden im Thoraxbereich beschrieben.

Zu den wichtigsten Differenzialdiagnosen der kardial bedingten Thoraxschmerzen zählen muskuloskeletale Erkrankungen. Durch den thorakalen Abschnitt der Wirbelsäule bedingte Schmerzen sind im Vergleich zu zervikalen und lumbalen Veränderungen bedingten eher selten, und diese sind altersabhängig seltener und weniger ausgeprägt. Die Lageabhängigkeit und der Zeitpunkt des Auftretens der Schmerzen (nur beim Liegen oder Sitzen, Besserung bei Lagewechsel, nicht bei körperlicher Anstrengung etc.) sind gute Hinweise zur Abklärung primär des Skelettsystems und nicht hinsichtlich KHK. Arthritis und Bursitis können nach klinischer Untersuchung durch Bewegungseinschränkung und lokalen Schmerz gut differenziert werden.

Herpes Zoster manifestiert sich häufig als akute Schmerzsymptomatik, und die typischen Hautläsionen sind erst in den folgenden Tagen erkennbar. Kurzfristige klinische Kontrollen ermöglichen eine klare klinische Diagnose nach wenigen Tagen, und sofortige antivirale Therapie vermindert das Risiko der Post-Zoster-Neuralgie.

Wenn möglich ist die Behandlung der Grunderkrankung und jedenfalls eine effektive Schmerztherapie nicht nur für den Patienten erleichternd und verbessert die Lebensqualität, sondern verhindert auch bei chronischen Schmerzen eine zusätzliche Einschränkung der funktionellen Fähigkeiten bei geriatrischen Patienten.

Alle fünf Minuten zur Toilette

Blasenschwäche bei der Frau

OA Dr. Andrea Dungal

Blasenbeschwerden werden zunehmend von Ärzten thematisiert, und immer mehr Betroffene wagen es, dieses Tabuthema anzusprechen. Harninkontinenz ist eine

Erkrankung, die die Lebensqualität in hohem Maß beeinträchtigt, aber auch der Harndrang als Symptom der überaktiven Blase (OAB – overactive bladder) stellt Patientinnen vor eine Fülle von Beeinträchtigungen des Wohlbefindens.

Episoden von Belastungsinkontinenz, d.h. unwillkürlicher Harnverlust beim Husten Niesen, Heben von Lasten oder forcierten Bewegungen, sind ereignisgebunden, und somit ist ihr Vorkommen für die Patientinnen abschätzbar. Harndrang ohne oder mit Harnabgang tritt plötzlich auf und ist ein schwer einschätzbare, unerwartetes Ereignis. Abklärung und Therapieeinleitung sind somit eine große Herausforderung.

Was bedeutet überaktive Blase (OAB)?

Nach Übereinkunft der International Continence Society (ICS) ist OAB definiert durch das subjektive Empfinden des häufigen Wasserlassens (Pollakisurie) in Zusammenhang mit Drang, mit oder ohne Inkontinenz, mit oder ohne Nykturie (jede Miktion nach dem Zubettgehen).

Als normale Miktionsfrequenz gelten acht Toilettengänge während des Tages und bis zu zwei während der Nachtstunden. Harndrang ist das physiologische Signal an unser Bewusstsein, ab einem gewissen Füllungszustand (erstes Blasengefühl bei 150 bis 250 ml, Blasenkapazität 350 bis 450 ml) nach einer „Vorwarnzeit“ die Blase zu entleeren. Eine Vorwarnzeit von weniger als 15 Minuten bis zur Blasenentleerung oder bis zum unfreiwilligen Harnverlust gilt als krankhaft.

Wer sind die betroffenen Frauen?

Hielt man bis vor nicht allzu langer Zeit Blasenbeschwerden für eine Alterserscheinung, weiß man heute durch große epidemiologische Erhebungen, dass auch junge Frauen (10% der 18- bis 29-Jährigen) betroffen sind. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz der OAB auf 23% bei über 80-Jährigen. Über alle Lebensalter leiden 14% der Frauen an überaktiver Blase.

Was sind die Ursachen der OAB?

Voraussetzung für eine ungestörte Blasenfunktion sind intakte anatomische Verhältnisse und eine intakte neurogene Versorgung von Blasenmuskel und Schließmuskelapparat. Störungen im Gleichgewicht zwischen afferenten Inputs und kortikaler Modulation und Kontrolle führen zu Blasenüberaktivität. Multiple Störfaktoren von Harnwegsinfekten, Hormonmangel, bis zu Descensus des inneren Genitales führen zu Änderungen der afferenten Inputs aus den peripheren Strukturen Harnblase, Harnröhre und Beckenboden. Degenerative Veränderungen, Erkrankungen des Gehirns und Medikamente können die Blasensteuerung beeinträchtigen.

Diagnostisch sind diese Störfaktoren auszuschließen:

- Anamnese
- Harnanalyse
- Körperliche Untersuchung mit Hustentest
- Restharnbestimmung

Wichtigstes diagnostisches Instrument ist das Blasentagebuch. Aufzeichnungen über Flüssigkeitszufuhr (wann, wie viel, was), Miktionsfrequenz, Harnmenge pro Toilettengang, Episoden von Drang und Harnverlust über 48 Stunden geben objektive Information und sind bei 70% der Patientinnen Grundlage für die richtige Diagnose und Einleitung der Therapie.

Grundpfeiler der Therapie sind Verhaltensänderungen im Sinne geänderter Lebensgewohnheiten, Toilettentraining, Miktionstraining, Beckenbodentraining. Die Patientin selbst muss aber motiviert sein und ausreichend kognitive Fähigkeiten und Mobilität besitzen. Zur medikamentösen Therapie haben sich vor allem Anticholinerga bewährt. Mit Inkontinenzhilfsmitteln lässt sich zumindest soziale Kontinenz und Gesellschaftsfähigkeit erreichen. Wichtig ist das Wissen, dass Blasenschwäche häufig ist, häufig reversibel ist und wenn nicht reversibel, so doch behandelbar.

Blasenschwäche beim Mann

Univ.-Doz. Dr. Stephan Madersbacher

Die überaktive Harnblase (ÜAB; andere Bezeichnung: Blasenschwäche, Reizblase; auch overactive bladder) zählt zu den häufigsten Erkrankungen des alternden Menschen, und zwar unabhängig vom Geschlecht. Die ÜAB wird heute definiert als ein Symptomenkomplex aus Harndrang, mehr als acht Miktionen/24 Stunden sowie Nykturie >2 ohne offensichtliche Pathologie. Jeder fünfte Mensch jenseits des 60. Lebensjahrs leidet an einer ÜAB, und zwar unabhängig vom Geschlecht. Die Pathogenese ist multifaktoriell, prinzipiell entsteht eine ÜAB als Folge eines Ungleichgewichts zwischen sensorischem Input und zentralnervöser Hemmung. Ein vermehrter sensorischer Input tritt zum Beispiel als Folge einer intravesikalen Obstruktion, eines chronischen Harnwegsinfekts oder altersassoziierter Umbauvorgänge in der alternden Harnblase auf.

Nahezu jede Erkrankung des ZNS wie Mb. Alzheimer, ein Insult, Mb. Parkinson oder eine Encephalitis disseminata kann zu einer ÜAB führen. Die Diagnostik ist relativ einfach, kann von jedem Arzt durchgeführt werden und umfasst folgende Untersuchungsschritte: detaillierte Anamnese inkl. Erfassung der Lebensqualität, zielgerichtete klinisch-urologische Untersuchung, Urinstatus, Miktionsprotokoll für ein bis zwei Tage, eine sonographische Restharnanalyse sowie eine Analyse des

oberen Harntrakts. Die Ersttherapie besteht in der Regel aus einer Verhaltenstherapie sowie der Gabe von Anticholinergika. Gerade beim geriatrischen Patienten spielen zentralnervöse anticholinerge Nebenwirkungen eine wichtige Rolle, wobei die größte diesbezügliche Nebenwirkungsrate für Oxybutinin und Tolterodin berichtet wird; Trospiumchlorid und sogenannte M3-selektive Anticholinergika (Darifenacin, Solifenacin) weisen eine deutlich höhere ZNS-Sicherheit auf. Bei Versagen der Erstlinientherapie sollte eine eingehende urodynamische Untersuchung zur Diagnoseabsicherung durchgeführt werden.

Die weitere Therapie ist eine individualisierte, basierend auf einem Wechsel/einer Kombination von Anticholinergika, nicht invasiver und invasiver Neuromodulation sowie der intravesikalen Botulinum-Toxin-Injektion. Die Dauerkatheterharnableitung sollte nur die Ultima Ratio nach Ausschöpfung aller therapeutischer Optionen darstellen.

Das anticholinerge Syndrom

Univ.-Prof. Dr. Ingo Füsgen

Altern ist in hohem Maß mit dem Auftreten einer Multimorbidität und damit häufig begleitend mit einer Multimedikation verbunden. Nicht korrekte Indikation, Über- und Unterversorgung, Nebenwirkungen und Interaktionen führen im Rahmen der Multimedikation häufig zu medizinischen Problemen, die in der Geriatrie dann als fünftes geriatrisches I („iatrogene Probleme“) bezeichnet werden.

Eine wichtige Rolle im Rahmen der Nebenwirkungen und Interaktionen spielt hier das anticholinerge Syndrom mit Mundtrockenheit, Mydriasis, Obstipation, Harnverhaltung, kognitiven Defiziten bis zur Verwirrtheit und Bewusstseinsbeeinträchtigung. In der Studie von Ancellin und Mitarbeitern wurde deutlich, dass bei einer üblichen Mehrfachmedikation mit anticholinergischer Nebenwirkung bis zu 80% der Älteren kognitive Beeinträchtigungen aufweisen. Die Serumaktivität der anticholinergen Wirkung der einzelnen Medikationen addiert sich. Je höher die anticholinerge Serumaktivität ist, desto höher ist dann das Risiko, kognitive Einschränkungen zu haben. Besondere Bedeutung bekommt dieses Faktum für Ältere, die schon leichte kognitive Einschränkungen haben, denn für sie besteht dann das Umkippen in eine völlige Verwirrtheit.

Am Beispiel der anticholinergen Therapie der Dranginkontinenz wird dieses Phänomen dargestellt, aber gleichzeitig auch aufgezeigt, dass man innerhalb der Substanzgruppen mit anticholinergischer Nebenwirkung immer auch die Möglichkeit hat, die Therapie umzustellen. Für die Therapie der Dranginkontinenz bedeutet dies, dass tertiäre Amine zur Behandlung der Dranginkontinenz eine zerebrale Gefahr darstellen, dagegen quarternäre Amine wie Trospiumchlorid unproblematisch sowohl in Bezug auf die zerebrale Nebenwirkung als auch auf Interaktionen eingesetzt werden kann. Prof. Setter von der Universität in Washington bezeichnete die anticholinerge Problematik als „The hidden burden of anticholinergic drugs“ für den Älteren.

Was sollte geschehen? Wir sollten die cholinerge Hypothese und frühzeitig unerwünschte Wechselwirkungen von Arzneimitteln mit anticholinergischer Nebenwirkung erkennen. Wichtig wäre die routinemäßige Einführung der Prüfung der anticholinergen Serumaktivität durch Serumspiegelmessung bei multimedizierten Älteren. Wichtig erscheinen auch entsprechende Erhebungen zur „anticholinergen Last“ bei multimorbiden Älteren in der niedergelassenen Praxis, damit ein Bewusstsein für diese Problematik entsteht. In der Regel gibt es bei der Behandlung von Krankheitsbildern fast immer die Möglichkeit, ein Medikament mit möglichst geringer anticholinergischer Nebenwirkung auszuwählen, wie am Beispiel von Trospiumchlorid gegenüber den tertiären Aminen deutlich wird.

Demenz – Depression – Delir

Demenz

Priv.-Doz. Dr. Michael Rainer

Die Demenz ist eine globale Epidemie unserer alternden Gesellschaft. Glücklicherweise stehen Demenzprozesse aber auch im Zentrum der medizinischen und pharmazeutischen Forschung, und es gibt mittlerweile auch – pharmakologisch definierte und in klinischen Studien nachgewiesene Antidementiva, die eine gewisse Stabilisierung und Linderung versprechen.

Die Demenz ist ein klinisches Syndrom, definiert durch kognitive Störungen, die mit den Aktivitäten des täglichen Lebens interferieren müssen. Mit der Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten und des Managements werden Demenzprozesse nun in früheren Stadien erkannt, in denen die Symptome zumeist noch fokussiert und nicht globalisiert sind.

Die Prävalenz der Demenzen steigt mit dem Alter und verdoppelt sich alle fünf Jahre. Zwischen dem 65. und 69. Lebensjahr liegt die Prävalenz bei ca. 1,3% und erreicht bei den über 95-Jährigen 32,5%. Zumindest 60% sind auf die Alzheimer-Krankheit rückführbar. Bei den unter 65-Jährigen ist allerdings die frontotemporale Demenz (FTD) ebenso häufig vertreten wie die Alzheimer-Demenz. Bezüglich der Ätiologie von Demenzprozessen wird dzt. die klassische Hypothese, dass die

Demenz durch eine einzelne, sehr gut definierte Krankheitsentität (wie z.B. Alzheimer-Demenz, FTD und vaskuläre Demenz) verursacht wird, bezweifelt und eine andere pathogenetische Hypothese, bei der die Demenz durch eine Kombination verschiedener pathophysiologischer Prozesse (Betaamyloid, Tauopathien, Synucleinopathien und vaskuläre Läsionen) verursacht ist, favorisiert. Dies führt zur Notwendigkeit für jeden Patienten, auf der Basis seiner spezifischen gemischten zerebralen Pathologie ein individuelles Therapieprogramm zu entwerfen.

Obwohl Alois Alzheimer bereits 1906 mustergültig sowohl die Klinik als auch neurofibrilläre Degeneration und senile Plaques beschrieben hat, dauerte es doch bis zum Ende des 20. Jahrhunderts, bis neuropathologische Post-mortem-Kriterien erarbeitet wurden. Für diese klinischen Kriterien ist die Sensitivität mit ca. 80% bei einer Spezifität von 70% relativ gut. In Kombination mit den dtz. gängigsten Neuroimagingmethoden bzw. Biomarkern wird die Sensitivität auf über 90% angehoben.

80 bis 90% der Demenzpatienten entwickeln psychotische und Verhaltensstörungen wie Agitation, Aggressivität, Depression, Ängstlichkeit, Apathie, Herumwandern, paranoide Ideen, Wahnideen und Halluzinationen sowie Schlafstörungen. Die Lebensqualität der Patienten als auch deren Betreuer wird dadurch massiv beeinflusst, und dies führt zur frühzeitigen Institutionalisierung. Apathie ist oftmals schwer von der Depression zu unterscheiden und durch eine Dysfunktion der anterioren frontalen cingulo-subkortikalen Kreise verursacht.

Die Pharmakotherapie der Demenz hat sich in den letzten 15 Jahren glücklicherweise ständig weiterentwickelt. Alle Antidementiva, wie Cholinesterasehemmer (Donepezil, Galantamin und Rivastigmin) und NNMDA-Rezeptorantagonisten (Memantine), verbessern die Aufmerksamkeit, die Vigilanz, die kognitiven Fähigkeit, die Funktionalität und die Alltagskompetenz. Cholinesterasehemmer zeigten in allen Stadien eine Response. Zusätzlich wurden auch die nicht kognitive Symptomatik und die Belastungen der Angehörigen verbessert. Memantine zeigte seine Effizienz vor allem bei mittelgradig bis schwerer Alzheimer-Demenz und konnte auch eine Verbesserung der nicht kognitiven Symptomatik nachweisen.

Delir

Prim. Dr. Gerhard Ohrenberger

Das Delir ist ein akuter Verwirrheitszustand, der bei älteren Patienten gehäuft auftritt. Über 65-Jährige entwickeln ca. zu 40% bereits bei Krankenhausaufnahme und zu über 50% postoperativ ein Delir. Dieses kann in einen lebensbedrohlichen Zustand münden, der eine Mortalitätsrate bis zu 75% aufweist. Damit ist das Risiko für einen alten Menschen, an den Folgen eines Delirs zu versterben, vergleichbar mit dem Mortalitätsrisiko eines Myokardinfarkts oder einer Sepsis.

Das Risiko, nach einer Schenkelhalsfraktur postoperativ ein thromboembolisches Ereignis zu entwickeln, ist gut untersucht und beträgt ca. 60%. Diesem entgegen man mit einer durch Leitlinien abgesicherten Prophylaxe mit niedermolekularem Heparin. Die Gefahr für ältere Patienten, in diesem Fall postoperativ ein Delir zu entwickeln, beträgt ebenfalls ca. 60%. Die Möglichkeiten, hier sowohl vorbeugend als auch therapeutisch zu intervenieren, werden jedoch zu wenig genutzt.

In der Prophylaxe haben sich Maßnahmen wie ausreichende Hydratierung, Oxygenierung und deutliche Reduktion von anticholinerg wirksamen Medikamenten bewährt. Studien mit der Substanz Haloperidol belegen eine Wirksamkeit in der Prophylaxe bei ausgesuchten Patienten.

Die Therapie des Delirs besteht in einem gemeinsamen medikamentösen und nicht medikamentösen Vorgehen. Bei Verdachtszeichen eines Delirs müssen dringend alle nicht vital notwendigen Medikamente reduziert oder im Einzelfall auch gänzlich abgesetzt werden. Als Therapeutikum ist wiederum Haloperidol die bestuntersuchte Substanz. Weiters bieten sich nach genauer Berücksichtigung der Begleiterkrankungen Risperdal, Quetiapin und Lorazepam an. Die Vorgangsweise sollte idealerweise gemeinsam mit einem Neurologen bzw. Psychiater festgelegt werden.

Die nicht pharmakologischen Maßnahmen werden unter dem Begriff Milieuthera- pie zusammengefasst. Diese sind ausreichendes Flüssigkeitsangebot, Förderung der Mobilität und der ADLs, Reizabschirmung, Realitätsbezüge herstellen, klare Kommunikation, Stabilisierung sensorischer Defizite (Brille aufsetzen, Hörgerät tragen lassen, etc.) und Einbezug der Angehörigen in die Betreuung.

In der Literatur werden Erkennungsraten des Delirs im Krankenhaus von nur 35–70% angegeben. Als validiertes Instrument zur Diagnosefindung hat sich der CAM-Score (Confusion Assessment Method) bewährt. Anhand von nur fünf Fragen kann in kurzer Zeit mit einer Sensitivität von 94 bis 100% und einer Spezifität von 90 bis 95% ein begründeter Delirverdacht ausgesprochen oder ein Delir ausgeschlossen werden. Dieser Test kann auch von geschultem, medizinischem Personal durchgeführt werden.

Studien zeigen, dass durch den strukturierten Einsatz von relativ einfach umzusetzenden, medizinisch-interdisziplinären Maßnahmen das Delir in bis zu 40% verhindert werden kann.

Depression

Univ.-Doz. Dr. Dietmar Winkler

Affektive Störungen und darunter vor allem Depressionen tragen aufgrund ihrer Häufigkeit signifikant zur psychiatrischen Morbidität älterer Menschen bei. Nach wie vor hält viele vor allem ältere Patienten das wahrgenommene Stigma einer psychischen Erkrankung davon ab, kompetente Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Darüber hinaus kann die Diagnosestellung durch eine bei älteren Menschen oftmals ausgeprägte Tendenz zur Somatisierung erschwert sein. Auffällig ist eine überproportionale Zunahme der Raten für vollzogene Suizide im höheren Alter, vor allem bei Männern. Depressionen sind auch bei älteren Patienten gut behandelbar, höhere Rückfallsraten machen aber eine über eine Erhaltungstherapie hinausgehende, häufig lebensbegleitende Rezidivprophylaxe notwendig. Im differenzialdiagnostischen Prozess ist es notwendig, organisch affektive Störungen (z.B. bei hormonellen oder neurologischen Erkrankungen) und substanzinduzierte depressive Syndrome (z.B. bei Therapie mit älteren Antihypertensiva, Kortikosteroiden oder Interferon) auszuschließen. Trizyklische Antidepressiva sind aufgrund ihrer vergleichsweise schlechteren Verträglichkeit und der Möglichkeit für anticholinerge (antimuskarinerge) Nebenwirkungen bei älteren Menschen als Therapeutika der zweiten Wahl zu betrachten.

Psychotherapeutische Verfahren sollten gerade bei älteren Menschen verstärkt zum Einsatz gebracht werden. Soziotherapeutische Interventionen müssen den Therapieplan ergänzen, um Defizite älterer Patienten auszugleichen.

Satellitenvortrag Eli Lilly, Boehringer Ingelheim

Dualer Ansatz zur Behandlung der Depression: Erfahrungen mit Duloxetine aus der Praxis

Dr. Dietmar Brunschütz

In der neurologisch-psychiatrischen Gerontologie der LNK-Linz liegen die Schwerpunkte in der Behandlung von Demenzen, Depressionen und Bewegungsstörungen. In dieser Abteilung erhielten am 10.9.09 77% der Patienten Antidepressiva. Von diesen bekamen 33% Escitalopram (SSRI), 27% Trazodon (SARI), 25% Duloxetine (SSNRI) und 15,8% Mirtazapin (NaSSA). Weniger häufig wurden Setralin, Citalopram und Paroxetin (SSRI) sowie Venlafaxin und Milnacipran (SARI) verabreicht.

Während die noradrenerge Wirkkomponente bei anderen dualen Antidepressiva erst im höheren Dosisbereich zur Gänze ausgeschöpft wird, bewirkt Duloxetine über den gesamten Dosisbereich eine gleichmäßige Beeinflussung sowohl des noradrenergen als auch des serotonergen Transmittersystems. Die (für den therapeutischen Benefit z.B. gegenüber rein serotonergen Antidepressiva verantwortliche) noradrenerge Komponente von Duloxetine unterliegt also keiner Dosisabhängigkeit und kommt damit schon ab 30mg bis zur empfohlenen Tagesdosis von 60mg einmal am Tag zum Tragen. Es zeigt sich keine signifikante Affinität zu histaminergen, dopaminergen, anticholinergen und adrenergen Rezeptoren.

Der antidepressive Effekt, die Wirksamkeit bei generalisierten Angststörungen sowie bei der schmerzhaften diabetischen Neuropathie wurden in randomisierten, doppelblinden, plazebokontrollierten Studien bestätigt.

Zu den Nebenwirkungen, die während der klinischen Studien unter der Behandlung mit Duloxetine am häufigsten beobachtet wurden, zählen Übelkeit, Mundtrockenheit und Obstipation. Nur vereinzelt kam es zum Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH) und zur Erhöhung der Leberfunktionsparameter.

Seit 1. September 2006 ist Duloxetine in der Yellow Box und seit 1. April 2009 in der grünen Box für die Indikationen Depression, generalisierte Angststörung und schmerzhaft diabetische Polyneuropathie.

In zwei Kasustiken (einmal mit schwerer depressiver Episode mit Angststörung, einmal Depression mit Somatisierung) konnte gezeigt werden, dass es durch die Umstellung auf Duloxetine sowie zusätzliche Therapieangebote wie Physio- und Lichttherapie zu einer deutlichen Verbesserung der initial bestehenden Symptomatik bezüglich depressiver Stimmungslage, Ängstlichkeit sowie Schmerzen kam.

Für den niedergelassenen Bereich ist es besonders wichtig, dass sich hinter einer Schmerzsymptomatik oft auch eine Depression verbergen kann. Es konnte nämlich im ambulanten Bereich in einer Studie mit depressiven Patienten gezeigt werden, dass 69% den Hausarzt ausschließlich aufgrund von körperlichen Beschwerden aufsuchen.

Schwindel, Sturz und Osteoporose

Schwindel

Prim. Dr. Andreas Winkler, MSC

Schwindel ist keine ätiologische Krankheitseinheit, sondern umfasst fächerübergreifende multisensorische und sensomotorische Syndrome unterschiedlicher

Ursache. Schwindel gehört neben Kopfschmerz zu den häufigsten Beschwerden, über die Patienten beim Arzt klagen. Während schätzungsweise insgesamt etwa 10% der Menschen in Deutschland von Schwindel betroffen sind, steigt der Anteil bei den über 60-Jährigen auf 25% und bei den über 75-Jährigen auf mehr als 50% an.

Mit dem Begriff „Schwindel“ (Vertigo) werden von vielen Menschen auch Zustände wie Schwarzwerden vor den Augen, Benommenheit, Kopfleere, Taumel oder Ähnliches bezeichnet. Nicht selten wird Schwindel von Übelkeit, Erbrechen, Gleichgewichtsstörung und Fallneigung begleitet. Der Schwindel kann anfallsweise oder kontinuierlich auftreten, in Ruhe oder besonders bei Kopf- und Körperbewegungen, als Drehschwindel, Lagerungs- oder Schwankschwindel. Wer unter Schwindel leidet, für den sind oftmals selbst einfache Alltagstätigkeiten gar nicht mehr oder nur noch mit Angst und Unsicherheit zu bewältigen. Die Folgen sind Einschränkung sozialer Aktivitäten, Verlust von Lebensfreude und nicht zuletzt Stürze mit Knochenbrüchen. Aus diesem Grund sollte das Symptom „Schwindel“ ernst genommen werden.

Entgegen der weitverbreiteten Ansicht, dass es sich in vielen Fällen um wenig spezifische Symptome handelt, lassen sich die meisten Schwindelformen durch eine gezielte Anamnese und einfache klinische Untersuchungen sicher diagnostizieren und in der Regel auch erfolgreich therapieren. Ähnlich wie bei Kopfschmerzen liegt der Schlüssel zur richtigen Diagnose nicht in den Ergebnissen der apparativen Zusatzuntersuchungen, sondern in den aus der Befragung und klinischen Untersuchung des Patienten gewonnenen Erkenntnissen.

Wichtige Unterscheidungskriterien, die sich aus Anamnese und klinischer Untersuchung der verschiedenen Schwindelsyndrome ergeben, bilden auch die Grundlage der klinischen Klassifikation:

- Die Art des Schwindels: Drehschwindel wie Karussellfahren (z.B. Neuritis vestibularis) oder Schwankschwindel wie Bootfahren (z.B. phobischer Schwankschwindel) oder Benommenheitsschwindel (z.B. Medikamentenintoxikation).
- Die Dauer des Schwindels: Schwindelattacke über Sekunden bis Minuten (z.B. vestibuläre Paroxysmie), über Stunden (z.B. Morbus Menière, vestibuläre Migräne), Schwankschwindelattacke von Minuten bis Stunden (z.B. Hirnstamm-TIA), Dauerschwindel über Tage bis wenige Wochen (z.B. Neuritis vestibularis), Dauerschwindel über Monate und Jahre (z.B. bilaterale Vestibulopathie, psychogener Schwindel).
- Die Auslösbarkeit/Verstärkung des Schwindels: Ruhe (z.B. Neuritis vestibularis), Gehen (z.B. bilaterale Vestibulopathie), Kopfdrehung (z.B. Vestibularisparoxysmie), Kopflagerung (z.B. benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel), Husten, Pressen oder – als Tullio-Phänomen – laute Töne bestimmter Frequenz (z.B. Perilymphfistel) oder in bestimmten sozialen oder Umgebungssituationen (z.B. phobischer Schwankschwindel).
- Die auftretenden Begleitsymptome: Hörstörung und Ohrgeräusch (z.B. Morbus Menière, Vestibularisparoxysmie), Scheinbewegungen der Umwelt (Oszillopsien; z.B. bilaterale Vestibulopathie), Kopfschmerzen (z.B. vestibuläre Migräne), Hirnstamm-/Kleinhirnzeichen (z.B. Hirnstamminfarkt), Gangstörung und Fallneigung (z.B. ipsiversiv bei Neuritis vestibularis).

Mit zunehmendem Alter verschieben sich die Häufigkeiten der spezifischen Diagnosen, und multifaktorielle Ursachen gewinnen an Bedeutung. Eine differenzierte Erhebung der Defizite aus Anamnese und klinischem Befund gestattet auch bei älteren Patienten die fundierte Aufklärung und Planung einer erfolgversprechenden Therapie. Unter den vestibulären Ursachen für Schwindel nimmt im Alter die Inzidenz für den gutartigen Lagerungsschwindel (Canalolithiasis des posterioren Bogengangs) zu. Auch die bilaterale Vestibulopathie (beidseitiger peripher-vestibulärer Funktionsverlust) wird bei betagten Personen relativ häufiger. Da Schwindel ein multisensorisches Syndrom ist, tragen die zunehmende Häufigkeit affenter somatosensorischer Störungen (Polyneuropathie) und von Sehstörungen (z.B. Katarakt, Maculadegeneration) zum diagnostischen Spektrum von Schwindelsyndromen im Alter bei.

Literatur beim Verfasser

Sturz

Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller

Frakturen unterliegen vielen begünstigenden Faktoren. Eine der wesentlichen Ursachen dafür ist naturgemäß der Sturz. Als eine der häufigsten Gründe für stationäre Aufnahmen von geriatrischen Patienten sind der Sturz bzw. im Vorfeld das Sturzrisiko ein oftmals unterschätztes Problem. Als Sturz bezeichnet man jede plötzliche, unbeabsichtigte und unkontrollierte Positionsänderung aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen, bei der die Patienten auf einem niedrigeren Niveau landen.

Die Inzidenz von Stürzen steigt mit dem Alter. In der Gruppe der >65-Jährigen liegt diese bei ca. 30% pro Jahr, in der Gruppe der >80-Jährigen bereits bei ca. 40% jährlich. In Pflegeheimen oder akutgeriatrischen Krankenhausabteilungen liegt die Sturzrate unvergleichlich höher. (ca. 1.500 Stürze/1.000 Bewohner und Jahr!). Als größte Risikofaktoren gelten Demenz, Delir oder Parkinson-Syndrom. 10% der Stürze führen zu Verletzungen, die eine ärztliche Behandlung erfordern. In der Hälfte der Fälle sind dies eben Knochenbrüche. Dabei sind hüftnahe Frakturen am

häufigsten. Physiologische Veränderungen im Alter wie Sarkopenie und Osteoporose begünstigen natürlich diese Folgen. Die Sturzprävention ist somit als „golden goal“ zu betrachten. Zusätzliche körperliche Inaktivität und Immobilität sind diesbezüglich ungünstig. Ein Sturzereignis in den letzten Monaten steigert das Risiko für weitere um das Vierfache. Meist sind die Stürze bei betagten Patienten aber jedoch multifaktoriell bedingt. Die begünstigenden Cofaktoren für Stürze sind ebenso zahlreich: Gang- und Standinstabilität, neurologische Erkrankungen (v.a. Parkinson-Syndrom, St. p. Apoplex), Depression, Demenz, (chronische) Schmerzen, entzündliche oder degenerative Gelenkerkrankungen, Sehstörungen, Polynuropathien, hypertone oder hypotone Kreislaufregulationsstörungen, Vorhofflimmern, Multimedikation (insbesondere Antidepressiva) u.v.m. Auch Stolperfallen im täglichen Umfeld sind zu beachten.

Letztlich ist die Evaluierung des Sturzrisikos bei allen betagten Patienten unerlässlich. Neben Anamnese und körperlicher Untersuchung stehen dazu verschiedene validierte Testverfahren zur Verfügung (z.B. Timed-up-and-go-Tests, Mobilitätstest nach Tinetti, Balancetest), die im geriatrischen Assessment heute zum Standard gehören.

Eine umfassende Sturzprävention beinhaltet Schulungen, physikalische Therapie und körperliches Training, Umgebungsanpassung, adäquate Gehhilfen und entsprechendes Schuhwerk, Sehhilfen, Anpassung der Pharmakotherapie. Darüber hinaus hat Vitamin D nicht nur eine positive Wirkung auf den Knochen und das Frakturrisiko, es wurde auch eine Reduktion der Sturzhäufigkeit durch Vitamin D nachgewiesen, weshalb letztlich bei keinem der Risikopatienten eine entsprechende Substitution fehlen sollte.

Osteoporose

Univ.-Prof. Dr. Peter Pietschmann, Präsident der ÖGGG

Die Osteoporose ist eine Skeletterkrankung, die dadurch charakterisiert ist, dass sie durch eine Störung der Knochenfestigkeit mit einem erhöhten Frakturrisiko einhergeht; die Knochenfestigkeit wird durch die Knochendichte und die Knochenqualität determiniert (JAMA 2001). Die Osteoporose zählt zu den klassischen altersabhängigen Erkrankungen; insbesondere bei älteren Menschen gehen osteoporotische Frakturen mit einer hohen Morbidität und Mortalität einher.

Obwohl die Behandlung der Osteoporose (zumindest bei der postmenopausalen Frau) nach den Kriterien der „Evidence-based Medicine“ gut abgesichert ist, wird die Erkrankung bei vielen älteren Menschen nicht oder inadäquat behandelt. In meinem Vortrag werden einige Problemfelder der Behandlung der Osteoporose bei älteren Menschen besprochen:

- Soll bei geriatrischen Patienten ein Osteoporose-Screening erfolgen?
- Sind die Ergebnisse der Therapiestudien zur Osteoporose auch für hochbetagte Menschen relevant?
- Welche Präparate stehen bei der Behandlung der Osteoporose bei älteren Menschen mit Nierenfunktionseinschränkung zur Verfügung?
- Welchen Stellenwert hat die Osteoporosebehandlung bei multimorbiden geriatrischen Patienten, die bereits eine große Zahl von Medikamenten („Polypharmazie“) erhalten?

Literatur

1. Pietschmann P. (2005) Editorial: Osteoporose – eine vernachlässigte Erkrankung? *Wien Klin Wochenschr* 117/1-2: 5-6
2. Rauner M, Sipos W, Pietschmann P (2007) Osteoimmunology. *Int Arch Allergy Immunol* 143: 31-48
3. Patsch J, Muschitz C, Resch H, Pietschmann P. (2007) Of mice and men: pathophysiology of male osteoporosis. *JMHG* 4(1): 87-93
4. Sipos W, Pietschmann P, Rauner M (2008) Strategies for novel therapeutic approaches targeting cytokines and signaling pathways of osteoclasto- and osteoblastogenesis in the fight against immune-mediated bone and joint diseases. *Curr Med Chem* 15(2); 127-136
5. Müller M, Pietschmann P. (2008) Parathyroid hormone analogues in the therapy of osteoporosis. *Wien Klin Wochenschr* 120 (11-12):321-324
6. Pietschmann P, Rauner M, Sipos W, Kersch-Schindl K. (2009) Osteoporosis: an age-related and gender-specific disease. *Gerontology* 55: 3-12
7. Dimai HP, Pietschmann P, Resch H, Preisinger E, Fahrleitner-Pammer A, Dobnig H, Klaushofer K, AuSBMR (2009) Österreichischer Leitfaden zur medikamentösen Therapie der postmenopausalen Osteoporose – Update 2009. *Wien Med Wochenschr* 159/Suppl 122: 1-34

Somatische Begleiterkrankungen der Demenz

Metabolisches Syndrom und Demenz

Prim. Univ.-Prof. Dr. Monika Lechleitner

Das metabolische Syndrom mit den Hauptsymptomen abdominelle Adipositas, Insulinresistenz mit Beeinträchtigung des Glucosemetabolismus, Hypertonie, Hypertriglyceridämie, reduziertes HDL-Cholesterin und Hypertonie betrifft rund 30% der Bevölkerung. Neben der starken Korrelation des metabolischen Syndroms zum kardiovaskulären Risiko wird auch eine Beziehung zur Entwicklung eines demenziellen Syndroms diskutiert.

Vonseiten der Pathophysiologie tragen die Teilsymptome des metabolischen Syndroms vor allem zu einer Zunahme der vaskulären Demenz bei, aber auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Demenz vom Alzheimer-Typ wird diskutiert. In experimentellen Untersuchungen konnte bei eingeschränkter Insulinwirkung eine verstärkte intrazerebrale Akkumulation von Beta-Amyloid beobachtet werden. Patienten mit Alzheimer-Demenz weisen häufiger die Symptome eines metabolischen Syndroms auf als die Vergleichspopulation.

Die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen unterstützen die Annahme einer Korrelation zwischen Insulinresistenz und kognitiver Beeinträchtigung. In der INCHIANTI-Studie mit 597 Teilnehmern im Lebensalter über 73 Jahren fand sich eine Assoziation zwischen Insulinresistenz und Indikatoren für eine kognitive Beeinträchtigung.

Auch in der prospektiven Hoorn Study zeigten Patienten mit einem metabolischen Syndrom und Typ-2-Diabetiker eine gegenüber der Vergleichspopulation ausgeprägtere Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit. In der Leiden-85-Plus Studie fand sich eine Zunahme des Risikos eines demenziellen Syndroms bei Vorliegen eines metabolischen Syndroms für die Altersgruppe bis zu 75 Jahren, nicht jedoch für Hochbetagte.

Das metabolische Syndrom könnte somit auch als Indikator für ein erhöhtes Demenzrisiko gelten. Hinsichtlich der therapeutischen Interventionen zeigen sowohl Lebensstilmaßnahmen wie auch die antihypertensive, lipidsenkende und antityglykämische Therapie günstige Effekte auf die kognitive Leistungsfähigkeit.

Mangelernährung

Univ.-Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger

Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die metabolisch hochaktive fettfreie Körpermasse ab. Zusätzlich sind ältere Menschen häufig bewegungsmäßig eingeschränkt. Dies bedingt insgesamt eine Abnahme des Energiegrundumsatzes und der Muskelmasse (= Sarkopenie). Aus diesem Grund ist es wichtig, dass alte Menschen ihr Essen genießen und körperlich aktiv bleiben sollen, um die benötigte Energieaufnahme und die Mobilität zu sichern und der zunehmenden Adipositas vorzubeugen.

Nationale und internationale Datenerhebungen haben ergeben, dass viele ältere Menschen, vor allem aber jene, die aufgrund funktioneller Defizite in Langzeitpflegeeinrichtungen versorgt werden, niedrige Aufnahmeraten von Energieträgern, Vitaminen und Spurenelementen aufweisen. In weiterer Folge entstehen ernährungsbedingte Defizite, die von den Betroffenen nur schwer auf physiologischem Wege kompensiert werden können. Sekundär führen diese Mangelzustände zu Störungen im Stoffwechsel und in verschiedenen Organfunktionen, die mit einer erhöhten Komplikationsrate, Multimorbidität und Mortalität verbunden sind.

Die Auswirkungen der Mangelernährung sind multidimensional, wobei konstatiert werden kann, dass sich der Ernährungs- und der Gesundheitszustand wechselseitig beeinflusst. In der Regel ziehen die entsprechenden Folgen auch aufwendige medizinische Behandlungen und eine langwierige pflegerische Versorgung nach sich.

Aus Sicht der behandelnden Ärzte sollte danach getrachtet werden, die Kontrolle des Ernährungszustands und entsprechende ernährungsmedizinische Interventionen als fixen Bestandteil in das Behandlungs- und Betreuungskonzept bei ihren geriatrischen Patienten aufzunehmen. Die Basis des Erkennungs- und Screeningprogramms sowie der zu setzenden Interventionen sind enge Kooperationen unterschiedlicher medizinischer Berufsgruppen auf Grundlage nationaler und internationaler Empfehlungen.

In Österreich befinden sich entsprechende Leitlinien zur Ernährung alter Menschen in der Langzeitpflege kurz vor der Publikation. Das vorliegende Referat wird eine kurze Darstellung der aktuellen Empfehlungen wiedergeben, um den medizinischen Verantwortlichen die praktische Umsetzung wichtiger Interventionsstrategien zu erleichtern.

Schmerz und Demenz

Univ.-Doz. Dr. Regina Katzenschlagler

Mit zunehmendem Alter nehmen chronische und mit Schmerzen verbundene Erkrankungen laufend zu. Die Angaben zur Häufigkeit von chronischen Schmerzzuständen bei Personen über 65 Jahren liegen zwischen 50 und 86%. Als häufigste Ursachen finden sich degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparats, Osteoporose, Tumorschmerz, rheumatische Erkrankungen, die Folgen vaskulärer Prozesse – wie peripherer Durchblutungsstörungen und Schlaganfällen – sowie Neuropathien. Es bestehen Hinweise darauf, dass Schmerzen bei älteren Patienten zu wenig berichtet, erkannt und behandelt werden.

Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass die am häufigsten mit chronischen Schmerzen assoziierten Erkrankungen bei dementen Patienten wesentlich seltener auftreten als bei nicht dementen. Trotzdem werden Schmerzerkennung und Schmerzbehandlung bei Vorliegen einer demenziellen Erkrankung oft nicht als Therapieziel wahrgenommen. Daraus ergeben sich unter Umständen sowohl klinische als auch ethische Probleme.

Wesentliche Faktoren, die dazu beitragen, dass Schmerzen bei Demenzpatienten zu selten diagnostiziert und behandelt werden, sind die Schwierigkeit, Schmerz bei unzureichender Verbalisierungsmöglichkeit zu erfassen und zu messen, und die unterschiedliche klinische Manifestation von Schmerz bei kognitiv eingeschränkten Personen, wo Unruhe, Agitiertheit und Verhaltensstörungen im Vordergrund stehen können. Aus diesen Gründen wurden in den letzten Jahren Schmerzskaleten speziell für die Anwendung bei dementen Patienten entwickelt.

Ein altersspezifisches Problem, das die Schmerztherapie dementer Patienten betrifft, liegt in der sehr häufigen Polypharmazie in dieser Altersgruppe. Daraus ergibt sich das Risiko, durch Hinzufügen weiterer Präparate Morbidität auszulösen oder zu verstärken. Aus diesem Grund ist es bei älteren Personen von wesentlicher klinischer Bedeutung, die gesamte Vormedikation zu erfassen und mögliche Medikamenteninteraktionen zu beachten.

Satellitenvortrag Austroplant

Medikamentöse Therapie der frühen Alzheimer-Demenz

Prim. Univ.-Doz. Dr. Christian Bancher

Dieses Referat gibt einen Überblick über evidenzbasierte, in erster Linie pharmakologische Therapiemaßnahmen bei Demenzen im frühen Stadium. Während mehrere Substanzen für eine symptomatische Therapie bei den Demenzen vom Alzheimer- und vom Lewy-Körper-Typ zur Verfügung stehen und bei Respondern den Krankheitsfortschritt für die Dauer von ca. einem Jahr verzögern können, bleiben alle untersuchten Substanzen bei anderen Formen der Demenz und im Stadium der milden kognitiven Störung wirkungslos. Auch eine pharmakologische Prävention der Demenz gelingt bislang nicht.

Kausale, sogenannte „disease modifying therapies“ sind in Entwicklung. Eine Zulassung ist in den nächsten Jahren allerdings nicht zu erwarten.

Satellitenvortrag Germania

Früherkennung und Betreuung von MDDM

(Major Depression & Diabetes Mellitus)-Patienten in der Praxis

Prim. Dr. Andreas Walter

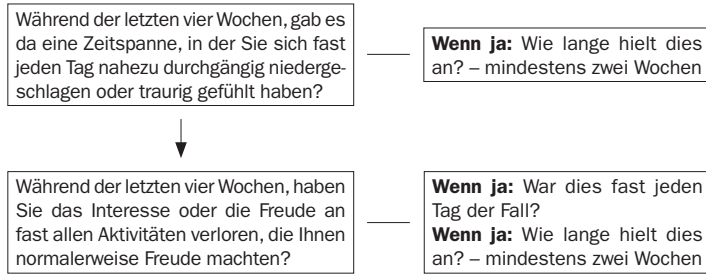
Depressionen werden häufig nicht als solche erkannt, da nur wenige Patienten ihre psychischen bzw. depressionstypischen Beschwerden offen zugeben. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten klagt über somatoforme Symptome wie Schmerzen, Schlafstörungen, Abgeschlagenheit und Müdigkeit, wie eine große Untersuchung von Simon et al. (1999) ergeben hat.

Demnach suchen 69% der Patienten ausschließlich aufgrund von körperlichen Beschwerden einen Arzt für Allgemeinmedizin auf, bei näherem Nachfragen zeigt sich jedoch, dass die körperlichen Symptome eine Depression maskieren¹. Die Hälfte der depressiven Patienten gab mehrere somatische Symptome an, 11% verneinten eine direkte Frage nach depressiven Symptomen.

In den letzten 15 Jahren wurde eine Reihe von Fragebögen entwickelt, mit deren Hilfe depressive Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis identifiziert werden können, allerdings sind diese meist sehr zeitaufwendig. Daher wurde 1997 ein strukturiertes klinisches Interview (SKID) entwickelt, das der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen dient, wie sie im DSM-IV definiert werden^{2,3} (siehe Abbildung auf der nächsten Seite).

SKID besteht aus nur zwei Fragen, basierend auf den wesentlichen Kriterien einer depressiven Episode. Werden von einem Patienten beide Fragen mit Ja beantwortet, sollte nach weiteren Symptomen gefragt werden.

SKID – Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV³



Liegen psychosomatische Komorbiditäten vor, bedeutet dies, dass somatische Erkrankungen das Risiko, an einer Depression zu erkranken, erhöhen können und umgekehrt. Darüber hinaus verschlechtern depressive Erkrankungen den Verlauf somatischer Erkrankungen. So haben Diabetiker mit komorbider Depression häufig eine unzureichende Stoffwechseleinstellung. Daher ist es wichtig, beide Krankheiten gleichzeitig zu behandeln. Idealerweise verbessert sich dadurch die depressive Symptomatik ebenso wie die metabolischen Parameter.

In Studien mit den Antidepressiva Sertralin, Escitalopram, Paroxetin sowie Fluoxetin konnte zwar die depressiven Symptomatik signifikant verbessert werden, jedoch war der Einfluss der antidepressiven Therapie auf die metabolische Kontrolle nur moderat^{4,5,6,7}. Lediglich die Behandlung mit Bupropion ging auch mit signifikanten Verbesserungen des HbA1c und des BMI einher, wobei die Reduktion der depressiven Symptome mit niedrigeren HbA1c-Werten korrelierte⁸.

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass es für Diabetiker bestimmte Medikamente gibt, die sich für die antidepressive Behandlung besser eignen als andere, da sie in Bezug auf die Stoffwechselsituation neutraler sind. Bei diabetischen Patienten ist es besonders wichtig, dass das verordnete Antidepressivum gewichtsneutral ist, kein Interaktionspotenzial mit den meist zahlreichen anderen Medikamenten, die der Patient bereits einnimmt, aufweist und zudem auch Leber, Herz und Blutdruck nicht negativ beeinflusst.

In dieser Hinsicht hat sich zum Beispiel Milnacipran, ein Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), in der österreichischen MDDM-Studie⁹ als besonders vorteilhaft erwiesen, da es im Gegensatz zu anderen gängigen Antidepressiva keine Interaktion mit dem Cytochromsystem P450 besitzt, keine Wirkung auf den Lebermetabolismus zeigt und kein kardiovaskuläres Risiko darstellt sowie keine Gewichtszunahme zur Folge hat.

Bei Patienten mit Diabetes mellitus und einer komorbiden Depression sollte die antidepressive Behandlung mit einem wirksamen und gut verträglichen Antidepressivum wie Milnacipran parallel zur Diabetesbehandlung erfolgen.

Literatur

1. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341(18):1329-35
2. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12(7):439-4
3. Wittchen HU, Zaudig M und Fydrich T. SKID-I und SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen / Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe Testsystem, Freiburg/Schweiz, 1997
4. Lustmann PJ, Clouse RE, Nix BD, et al. Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:521-529
5. Gülsersen L, Gülsersen S, Hekimsoy Z, et al. Comparison of fluoxetine and paroxetine in type 2 diabetes mellitus patients. *Arch Med Res* 2005; 36:159-165
6. Lustmann PJ, Griffitti LS, Freedland KE, et al. Fluoxetine for depression in diabetes. *Diabetes Care*. 2000;23:618-623
7. Amsterdam JD, Shults J, Rutherford N, et al. Safety and efficacy of s-citalopram in patients with comorbid major depression and diabetes mellitus. *Neuropsychobiology* 2007;54:208-214
8. Lustmann PJ, Williams MW, Sayur GS, et al. Factors influencing glycemic control in type 2 diabetes during acute- and maintenance-phase treatment of major depressive disorder with bupropion. *Diabetes Care* 2007;30:459-466
9. Abrahamian H et al. Diabetes mellitus and co-morbid depression: treatment with milnacipran results in significant improvement of both diseases. *Neuropsychiat. Dis. Treat.* 2009; 5 261-266

Geriatric in der Hausarztpraxis

Das heimärztliche Modell in der Geriatrie

DDr. Randolph Messer

In Seniorenpflegeheimen nimmt der Anteil an medizinisch aufwendigen Patienten kontinuierlich zu. Daneben besteht vielerorts der Wunsch nach einer geriatric fachkompetenten, kooperativ orientierten und mit genügend Zeitressourcen versehenen ärztlichen Betreuung der Patienten im Heim. Diese soll nicht nur qualitativ

hochwertig, sondern auch kosteneffizient sein. Darüber hinaus fallen im Betreuungsalltag zunehmend administrative Aufgaben an, die von Ärzten zu leisten sind. Damit stellt sich die Frage, welche ärztliche Versorgungsform am besten geeignet wäre, diesen vielfältigen Anforderungen in Seniorenpflegeheimen zu genügen. Im Vortrag wird ein heimärztliches Modell vor- und der sonst gängigen kassenvertragsärztlichen Versorgung gegenübergestellt.

An Besonderheiten eines heimärztlichen Dienstes werden auszugswise hier genannt:

- Der Hausarzt steht entweder in einem Angestelltenverhältnis zum Rechtsträger oder ist als Kassenvertragsarzt an die Einrichtung vertraglich gebunden.
- Solcherart im Heim tätige Ärzte haben ein bestimmtes Anforderungsprofil zu erfüllen und entschließen sich ganz bewusst zur Tätigkeit im Heim.
- Das Prinzip der freien Arztwahl darf durch ein heimärztliches System nicht untergraben werden.
- Dennoch haben es Pflegepersonal und Therapeuten nicht mit einer Vielzahl von Ärzten zu tun, was die transprofessionelle Kommunikation, Koordination und Organisation erleichtert.
- Der Hausarzt sieht den Patienten nicht nur, wenn er gerufen wird, sondern entscheidet selbst, wenn er zum Patienten kommt, z.B. zur Verlaufskontrolle oder Verhaltensbeobachtung.
- Im Rahmen seiner täglichen Anwesenheit steht er kurzfristig für Anliegen der Bewohner, Angehörigen und des Betreuungsteams zur Verfügung, womit intensive Kommunikation möglich wird. So ist der behandelnde Arzt besser – schon im Vorfeld – in die oft schwierigen ethischen Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden.
- Schließlich dokumentiert der Hausarzt im System der Einrichtung, was den Vorgaben des GuK-Gesetz am besten gerecht wird.
- Durch ein eigenes Hausärzte-Rufbereitschaftssystem können belastende Krankenhauseinweisungen deutlich reduziert werden.

Das Resümee dieser Betrachtung legt, im Sinne einer die Besonderheiten des multimorbiden alten Menschen fokussierenden Perspektive – ohne Berücksichtigung bisheriger ärztlicher standespolitischer Interessen –, den Schluss nahe, dem heimärztlichen Modell den Vorzug zu geben.

Grundsätzlich ist in Österreich eine breitere Diskussion zur ärztlichen (auch fachärztlichen) Versorgung im Seniorenpflegeheim zu fordern.

Die Flamme weitergeben: Geriatriischer Turnus in der allgemeinmedizinischen Praxis

Dr. Michael Wendler

Mehrere Aspekte betreffend der Ausbildung und des Kompetenztransfers gelebter Geriatrie in der Basisversorgung sind heute noch immer ein Problem und ein Hindernis in der flächendeckenden medizinischen Versorgung älterer Menschen. Da ist zum einen der ungemaine Verlust an Expertise und Wissen, jedesmal wenn in Österreich ein niedergelassener Kollege in Pension geht. Da ist zum anderen die Ahnungslosigkeit der jungen Promoventen, schon einmal in Hinblick auf die speziellen Zugänge und Vorgangsweisen des Fachs Allgemeinmedizin und erst recht auf die überbordenden Probleme gesellschaftlich noch immer nicht bewältigter gerontologischer Fragen. Schließlich wird noch immer Lehre und Weiterbildung für den niedergelassenen Bereich kliniklastig, kammerdominiert und oft auch praxisfern schulisch oder frontal abgeführt.

Als langjähriger Leiter einer Modell-Lehrpraxis für Allgemeinmedizin möchte ich anhand der Beispiele aus dem gelebten Mentoring für junge Studenten und Studentinnen sowie Turnusärzten und -Ärztinnen in meiner Ordination beweisen, dass 1:1-Tutoring vor Ort direkt am Patienten und eingeflochten in das Versorgungsnetz mit anderen Medizin- und Pflegeberufen obengenannte Defizite hervorragend ausgleichen kann, Freude und Motivation für das Fach Geriatrie erzeugt und außerdem auf späteren Karrierewegen dieser jungen Kollegen Verständnis für unsere Aufgabe weckt. Auch im Sinne einer wesentlich besseren Kommunikation zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen, besonders im Nahtstellenmanagement zwischen intra- und extramural.

Meine Aufgabenstellungen an die jungen Kollegen sind vielfältig, von der Übernahme spezieller geriatric Arbeitsbereiche bis zu kleineren Aufträgen der Versorgungsforschung. Aber ganz besonders ist es der lebendige Kontakt mit dem biopsychosozialen Umfeld unserer älteren Patienten und Patientinnen, der, in einem vertrauensvollem motivierenden Setting partnerschaftlicher Lehre, nachhaltige Wirkung hinterlässt und beste Werbung für das Fach Geriatrie darstellt.



Liebe Leserin, lieber Leser! Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf das Binnen-I und auf die gesonderte weibliche und männliche Form.

Mit freundlicher Unterstützung von:

