Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1998-1999)

Heft: 62

Artikel: Blick über die Grenzen : Highlights vom IV. Kongress Europäischer Geriatrie : Helsinki 14.-17. Juni 1998

Autor: Wettstein, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790068

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Highlights vom IV. Kongress Europäischer Geriatrie

Helsinki 14. - 17. Juni 1998

von A. Wettstein

1. Evidenz-begründete Medizin (evidence based medicine) in der Geriatrie

EBM nimmt einen wichtigen Platz auch in der Altersmedizin ein; sie darf jedoch nicht als Kochbuch-Medizin missbraucht werden. Da es viele Bereiche in der Geriatrie gibt, in denen nicht aufgrund von an Betagten erprobten Studienresultaten entschieden werden kann, wäre es völlig falsch, wenn in der ärztlichen Betreuung Betagter nur Vorgehen, Medikamente oder Entscheidungswege finanziert würden, deren Wirksamkeit mittels kontrollierter Studien belegt werden könnten.

Die fünf Schritte der EBM sind jedoch auch für die Geriatrie empfehlenswert:

1. Definiere die klinische Fragestellung = Problem
2. Suche Informationen, die das Problem betreffen
3. Evaluiere die Information kritisch
4. Wende die Evidenz im Einzelfall an
   a. unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten und persönlichen Präferenzen der kranken Person
5. Evaluiere das eigene Handeln

Nach Prof. Grimly Evans, Oxford, soll das Vorgehen "individualisierte, evidenzbasierte Medizin" genannt werden, Geriater sollen dabei nicht kollektivistisch vorgehen, sondern für jede kranke Person versuchen, bessere als durchschnittliche Resultate zu erreichen.

2. Hirnschlag

Leider gilt nach wie vor: "Hirnschlag zerstört".

Wichtig ist die Primärprävention. Gesünder durch

a. Blutdruckkontrolle (auch bei systolischer Hypertonie > 150 mm Hg behandeln).

   Nach wie vor gelten als Medikamente erster Wahl, niedrig dosierte Thiaziddiuretika und β-Blocker, bei gleichzeitiger Herzinsuffizienz AC-Hemmer. Ca-Antagonisten mit langer Halbwertzeit sind nicht obsolet (Amlopiridin, z.B. Norvask®, gefährlich sind nur Ca-Antagonisten mit kurzer Halbwertzeit (Nifedipin, z.B. Adalat ®)

   Neu und gleichwertig mit Blutdruckkontrolle ist

b. Cholesterinsenkung durch Statine
(Noch wichtiger zur Prävention von ischämischen Herzkrankheiten.)
Screening Gesunder ist jedoch nur bis zum 70. Altersjahr sinnvoll, da Cholesterinsenkung bei über 80Jährigen nicht indiziert ist. Je höher der Cholesterinwert, desto wirkungsvoller die Statintherapie (25 - 30% weniger koronare Ereignisse).

Sekundärprävention:
Eine TIA = 13x höheres Hirnschlagrisiko = Indikation für Aspirin. 30 mg/d genügen meist; sofern ungenügend, dazu Dipyramidol (Persantin® -Depot 2 x 200 mg) verordnen. (Gibt 37% weniger Hirnschlag, je einzeln 18%, resp. 16% Risikoreduktion),
aber bei Carotisstenose >70% ist Carotisendarterektomie indiziert und bei chronischem Vorhofflimmern Antikoagulation (→ 4 statt 12 Hirnschläge pro 1.000 Pat./Jahr).

⇒ Hirnschlag-Präventions-ABC

A = Aspirin
B = Blutdruckkontrolle
C = Cholesterin-senkung
D = Dipyramidol
E = Erziehung (Nichtrauchen, Fisch essen, Bewegen, Übergewicht vermeiden)

Achtung: bei frischem Hirnschlag (erste Tage) schützt erhöhter Blutdruck bis systolisch 220 mm Hg/diastolisch 120 mm Hg.
Ja nicht medikamentös senken!

Hirnschlagbehandlung

A. Akutbehandlung:
Thrombolyse ist indiziert und hilfreich
- innert 3 Stunden nach Beginn der Symptome
- wenn mit CT Blutung ausgeschlossen ist

⇒ d.h. nur möglich, wenn spezielle Organisation inkl. grosse PR-Aktion zur Information der Bevölkerung

- Bei korrekter Information würde die Sanität direkt von der Bevölkerung alarmiert, fährt den Patienten mit Blaulicht direkt in ein nahgelegenes Spital mit Hirnschlagsabteilung, wo ein ganzes Team 24 Stunden/Tag bereitsteht, das genau nach Plan arbeitet. Dies sollte auch in Zürich initiiert werden!

B. Hirnschlag-Rehabilitation
Hirnschlag-Rehabilitation in spezialisierten Abteilungen bringt 25 - 30% Reduktion von Tod und Abhängigkeit ($p = < 0.0001$).
100 Patienten auf solchen Abteilungen rehabilitiert bringt:

- statt 24 nur 20 Todesfälle, dh. 4 Tote weniger
- statt 22 nur 20 Pflegeheimeinweisungen, dh. 2 Heimplazierungen weniger
- 36 statt 41 selbständig zu Hause Lebende, d.h. 5 Selbständige mehr.

Um diese positive Wirkung mit 11% besseren Ergebnissen zu erreichen, ist es wichtig (gemäss Metaanalyse von 18 kontrollierten Versuchen, die nur selten signifikante Unterschiede zeigten), ein spezifisches Vorgehen nach folgendem Schema zu wählen:

① Teamapproach (Arzt + Pflege + PT + Ergo + SozD) mit initialer und wöchentlich wiederkehrender Rehab-Konferenz
② Die Teammitglieder sind speziell an Hirnschlag und Neurorehabilitation interessiert
③ Aktiver Einbezug der Angehörigen als potentielle Betreuer
④ Spezielles Fortbildungsprogramm für alle Teammitglieder .

Nicht entscheidend ist, ob die Aufnahme in die Pflegeeinheit akut oder 2 - 3 Wochen nach dem Insult erfolgt, d.h. ob die Einheit auch die Akutphase der Hirnschlagpatienten managt oder ob es sich um eine reine Rehabilitationseinheit handelt.

Nicht entscheidend ist das Alter (gleich gute Resultate 60 - 80- und über 80Jährige) und der initiale Schweregrad (aber Patienten mit schwerem Hirnschlag benötigen viel länger, wohingegen sich Patienten mit leichtem Hirnschlag oft spontan erholen).

♦ Neu ist eine Antikoagulation mit sc. niedermolekularem Heparin während der ersten sechs Wochen nach dem Insult empfehlenswert, sofern Blutung mit CT ausgeschlossen.

3. Hormonersatztherapie der Frauen

Dafür gibt es drei Gründe:

1. Osteoporoseprävention
2. Herz-Kreislaufkrankheiten-Prävention
3. Demenzprävention

Dabei ist zu berücksichtigen, dass nur für die Osteoporoseprävention randomisierte Studien die Wirksamkeit beweisen, und dafür gibt es andere Therapien mit noch günstigerer Wirkung, wie Ca/Vit D-Therapien, Biphosphonate und Lebensstil-Modifikation. Die 2. und 3. Indikation sind nur epidemiologisch untermauert, wobei - ganz speziell bei der Demenzprävention wichtig - starke Bedenken wegen dem schicht- und bildungsspezifischen Bias (zugunsten Hormonbehandlung bei geringerem Demenzrisiko) bestehen. Erst gegen Ende 1998 sind Resultate einer gros-

sen Interventionsstudie zur Reduktion von Kreislaufrisiken durch Hormonbehandlung zu erwarten.

Dagegen sprechen zwei Gründe:

a. Für die meisten Frauen ist eine Kombination mit Gestagenen nötig (zu Vermeidung von Uteruskarzinomen) und es gibt keinen Beweis dafür, dass die Kombinationstherapie ebenso wirksam ist wie Östrogenmonotherapie (die den meisten Studien zugrunde liegt).

b. Östrogene erhöhen das Brustkrebsrisiko

Die Vorteil/Nachteilbilanz ergibt pro 1.000 Patientinnenjahre (z.B. 100 Pat. während 10 Jahren behandelt) bei Hormonbehandlung (Östrogen und Gestagen) geschätzt:

4 Todesfälle weniger nach Schenkelhalsfraktur

18 Todesfälle weniger wegen Herz-Kreislaufkrankheiten

aber 6 Todesfälle mehr wegen Brustkrebs.

Dabei sind sich wahrscheinlich die wenigsten Frauen bewusst, dass sie die 2.2% Risikominderung des vorzeitigen Todes nach Fraktur oder Herzinfarkt mit einem um 0.6 % erhöhten Risiko, an Brustkrebs zu sterben, bezahlen. - Natürlich sind die individuellen Risikofaktoren (familiäre Belastung in welchem Bereich?) entscheidender als das durchschnittliche Risiko. Wichtig ist, dass bald selektive Östrogenrezeptor-Modulatoren auf den Markt kommen werden, die eine protektive Östrogenwirkung auf Knochen und Herz-Kreislauf, aber keine schädigende Wirkung auf Brust und Uterus haben sollen.

4 Ineffizienz von Hausbetreuungsprogrammen

Bericht über eine finnische Studie: 350, zu 80% alleinlebenden, für eine Pflegeheimplazierung angemeldeter Akutspitalpatienten wurden zu üblicher Betreuung oder intensivierter Betreuung randomisiert. Dies beinhaltete Verlegung auf eine Spezialabteilung und später nach Hause (mit durchschnittlich einem Spitexeinsatz pro Tag), 30% Tagesheimbesuchen und geriatrischer Nachbetreuung.

Nach zwei Jahren waren in der Interventionsgruppe 33% zu Hause, aus der Kontrollgruppe 21% und im Pflegeheim lebten 31% resp. 64%. Die Kosten für die institutionelle Betreuung waren gleich hoch (die Kontrollpatienten konnten meist bald nach Hause entlassen werden, mussten jedoch viel häufiger rehospitalisiert und später heimplaziert werden), jedoch waren die Kosten für die Spitexdienste in der Interventionsgruppe viel höher, so dass in der Interventionsgruppe durchschnittlich 400.000 Finnmark Kosten pro Patienten entstanden, während es in der Kontrollgruppe nur 343.000 Finnmark waren (die Differenz entspricht den Mehrkosten von viereinhalb Monaten

Pflegeheimaufenthalt für die Gruppe mit intensiver Spitexbetreuung zu Hause)

5. Depressionsbehandlung im hohen Alter

In fünf Studien fand sich kein Unterschied im Ansprechen auf antidepressive Therapie zwischen Jüngeren und Älteren, aber in zwei Studien sprachen die hohen Altersgruppen besser an. Je stärker die Depression, desto grösser die Wirkung der Antidepressiva, wobei sich die modernen Serotoninaufnahmehemmer gleich wirkungsvoll erwiesen wie die heute wegen der Nebenwirkungen in der Geriatrie obsoleten Trizyklika.

Wichtig ist als Begleittherapie die Substitutionsbehandlung bei zu niedriger Folsäure oder zu niedrigem B12-Spiegel. Empfehlenswert ist die Behandlung von unspezifischen, nicht-kognitiven Demenzsymptomen wie Unruhe, Aggressivität und nächtliche Aktivität bei Demenzkranken mit Serotonin-Aufnahmehemmer-Antidepressiva (statt Neuroleptika!), da sie oft Ausdruck einer sonst nicht ersichtlichen depressiven Verstimmung sind.