

Herbstkongress SGAIM 2018

Médecin durable – nachhaltig, zukunftsfähig, verlässlich

Der diesjährige Herbstkongress der SGAIM ist dem Thema nachhaltiger, zukunftsfähiger und verlässlicher Arzt gewidmet. Das wohlausgewogene Programm lockte trotz der wunderschönen Umgebung und dem herrlichen Wetter in die Hörsäle, angemessene Pausen erlaubten neben dem obligaten Besuch der Kongressstände die Atmosphäre am See zu geniessen.

Update Geriatrie 2018

In diesem Workshop präsentierte **Prof. Dr. med. Christophe Büla**, Lausanne aktuelle Daten aus den Themen Stürze und Frakturen, Demenz, Aspirin, Antikoagulation und Statine in der realen Welt sowie Ernährung und Fragilität. In der Allgemeinbevölkerung kommt es bei 20-35% der über 65-Jährigen alle Jahre zu einem Sturz, bei über 80-Jährigen gar in rund 50%. In Institutionen ist mit 1.7 Stürzen pro Jahr und Patient zu rechnen. Ein Sturz ist besonders nach 80 Jahren niemals banal, in 1-2% führt er zu Hüft-, in 3-5% zu anderen Frakturen und in 30-55% zu geringeren Läsionen. In den Niederlanden konnte bei den über 80-Jährigen eine Zunahme der sturzbedingten Mortalität 2016 im Vergleich zu 2000 festgestellt werden, als Ursache für dieses Phänomen werden besseres Reporting, höhere Aktivität im Alter, Multimorbidität und Antikoagulation diskutiert, die Konsequenz muss in jedem Fall eine verbesserte Prävention sein.



Prof. Ch. Büla

Welche Personengruppen sind besonders Sturzgefährdet?

In einer Cluster-Analyse, bei der die Cluster «In gutem Gesundheitszustand», «Guter Gesundheitszustand, multimorbide», «Guter Gesundheitszustand, multimorbide, Medikamente mit hohem Sturzrisiko», «Physische und kognitive Einschränkung» und «Abhängigkeit» analysiert wurden, stieg das Sturzrisiko bis zum Cluster 5 über 10 Jahre treppenartig auf bis auf einen Faktor 6.85 in Bezug auf Cluster 1 an. Hingegen wies Cluster 3 mit 21% den grössten Anteil an Stürzen aufgrund von Cluster-assoziierten Risikofaktoren auf. Aus dieser Beobachtung zieht der Referent den Schluss, bei Personen, die dem Cluster 3 zugerechnet werden können, die Medikation mit Sturz-gefährdenden Medikamenten zu überdenken. Die klassischen Empfehlungen zur Sturzprophylaxe der US Preventive Services Task Force (USPSTF) erleben derzeit eine Überarbeitung. In einer Studie dieser Organisation (Grossmann, JAMA 2018) wurde die Evidenz für Vitamin-D-Supplementation, körperliches Training und multimodale Prävention bei Personen über 65 Jahre ohne Vitamin-D-Mangel oder Osteopo-

rose untersucht. Training, 3 Mal/Woche führte zu einer signifikanten Reduktion von Personen mit Stürzen und wird als Massnahme empfohlen. Hingegen führt Vitamin D nicht zu einer Reduktion des Sturzrisikos und wird nicht mehr empfohlen. Die multimodale Prävention zeigte einen bescheidenen Benefit und wird als Massnahme empfohlen, die selektiv bei Patienten in geeigneter Situation eingesetzt werden kann. In praktischer Hinsicht ist eine Beratung über Schuhwerk, Alarm, bauliche Massnahmen, Visus, Ernährung, körperliche Übungen, toxische Substanzen/Medikamente und Hilfsmittel immer sinnvoll, in Französisch mit eleganter Eselsleiter «CABYNET M». Auch bezüglich Frakturprophylaxe wurde die Evidenz der gängigen Empfehlung zu Vitamin D und Calcium von der USPSTF (Grossmann, JAMA, 2018) überprüft mit dem enttäuschenden Befund, dass weder Vitamin D noch Calcium noch deren Kombination in der Lage war, bei Personen ohne Sturzgefährdung, ohne Vitamin-D-Mangel und ohne Osteoporose das Frakturrisiko zu senken. Um zu zeigen, wie schwierig die Interpretation von Studien sein kann, präsentierte Prof. Büla eine Metaanalyse zum Thema Sturzprävention nach Hospitalisation (Naseri, Age Aging, 2018). Dabei stürzten 20% mehr Personen unter Trainingstherapie, aber ohne vermehrte Sturzfolgen, wohl, da sie dank Therapie allgemein aktiver geworden sind. In der gleichen Studie führte eine Optimierung der Umgebung zu einer Reduktion von Stürzenden und Stürzen um 25, resp. 37%. Bei Malnutritierten erwies sich die Ernährungstherapie mit einer Risikoreduktion von 59% als hochwirksam.

Sollen betagte Personen in Pflegeheimen mit Demenz nach Hüftfraktur operiert werden? Laut einer Beobachtungsstudie klar ja, reduziert die Operation doch die Mortalität um über 40% wie auch Schmerzen und Dekubitus. Ebenfalls ist gut belegt, dass die Operation innert der ersten 24 Stunden nach dem Unfall stattfinden soll. Der Referent betont aber, dass diese Studienresultate kein Argument sind, auf eine Intervention zu verzichten bei hochfragilen Personen und wenn dies dem expliziten Patientenwunsch entspricht.

Demenz

Zu diesem Thema stellte sich der Referent die Frage, ob körperliche Übungen, kognitives Training oder medikamentöse Behandlung wirksam seien. Lamb (BMJ, 2018) wies in einer randomisierten Studie nach, dass ein aerobes Training auf mässigem bis hohem Niveau und Krafttraining die kognitive Abnahme bei leicht bis mässig Dementen nicht verlangsamt. Hingegen vermochte ein kognitives Training bei Patienten mit milder kognitiver Einschränkung (MCI) in einer randomisierten Studie (Belleville, J Am Geriatr Soc, 2018) das Gedächtnis und die Anwendung von erlernten Strategien im

Alltag zu verbessern, eine Massnahme, die in der Schweiz in verschiedenen Memorykliniken in allen grösseren Städten angeboten wird. Aussichtsreiche neue pharmakologische Substanzen wurden 2018 nicht vorgestellt, insbesondere im Bereich von Inhibitoren der β -Sekretase, die notwendig ist zur Produktion von β -Amyloid. Anticholinergica (Antidepressiva: Amitriptylin, Paroxetin, Inkontinenz: Oxybutynin, Tolterodin, Gastroenterologisch: Ranitidin, Metoclopramid) sind mit einer NNH von 50 mit einem Demenzrisiko assoziiert.

Aspirin

Dieses hat seine Bedeutung in der Primärprävention bei Betagten verloren, seit gezeigt werden konnte, dass die Substanz weder auf die krankheitsfreie Lebenserwartung noch auf die Gesamt mortalität noch auf kardiovaskuläre Ereignisse einen Einfluss hat, wohl aber auf das Blutungsrisiko; schwere Blutungen sind unter Therapie 38% häufiger als bei Kontrollen (McNeil, NEJM, 2018).

Antikoagulantien und Statine

In der realen Welt ist in der klinischen Praxis der Einsatz von Vitamin-K-Antagonisten zu Gunsten der neuen, direkten Antikoagulantien (DOACs) substanziell zurückgegangen. Ob diese Entwicklung sinnvoll sei, wurde in einem systematischen Review von 23 RCT an über 93'000 Personen untersucht (Lopez-Lopez, BMJ, 2017), insbesondere die Fragen nach Risiko für Schlaganfall, systemische Embolie, Mortalität, schwere Blutung und intrakranielle Blutung. In Bezug auf Schlaganfall und Embolie wies Apixaban 2 mal 5 mg/d im Vergleich mit Warfarin ein Risiko von 0.79 auf, Dabigatran 2 mal 150 mg/d von 0.65. Edoxaban 30 mg/d und Rivaroxaban waren nicht signifikant unterschiedlich. Bezüglich Mortalität lagen die Zahlen bei 0.71, resp. 0.8 resp. 0.46. Schwere Blutungen traten unter Dabigatran um 33% häufiger auf als unter Apixaban. Das Risiko für intrakranielle Blutungen war bei allen DOACs tiefer als unter Warfarin. Das Profil Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten war unter Apixaban am besten. In einer offenen prospektiven Studie in der realen Welt an 67744 Patienten unter Dabigatran, 37863 unter Rivaroxaban und 18223 unter Apixaban (Vinogradova, BMJ, 2018) war Dabigatran mit einer Reduktion von intrakranieller Blutung verbunden und Apixaban von schwerer Blutung, intrakranieller Blutung und gastrointestinalen Blutungen. Hingegen und überraschend waren Rivaroxaban und Apixaban mit einer um 19% resp. 27% erhöhten Gesamt mortalität assoziiert. Bei Patienten mit Vorhofflimmern erwies sich Rivaroxaban gegenüber Apixaban mit einer HR von 1.94 als unterlegen in Bezug auf intrakranielle Blutungen.

Statine haben sich in einer offenen prospektiven Studie in der realen Welt bei Patienten über 75 Jahre (Ramos, BMJ, 2018) nur bei Diabetikern in der kardiovaskulären Prävention als wirksam erwiesen, mit einer Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen um 24% und von Gesamt mortalität um 16%.

Ernährung und Fragilität

Laut einer Metaanalyse von 4 prospektiven Studien zur Wirksamkeit einer mediterranen Diät zur Senkung der Inzidenz von Fragilität bei betagten Personen (Kojima, J Am Geriatr Soc, 2018) wird diese bei entsprechender Adhärenz um 48 bis 56% gesenkt.

Die Zahl von hundertjährigen Patienten nimmt zu, z. B. in der Schweiz von 136 im Jahr 1980 auf 1283 im Jahr 2016. Jedoch steht die Frage im Raum, ob die Lebenserwartung für ein Leben ohne

Behinderung zunehme. Eine Studie hat in Holland die Kohorte von 1895 geborenen Hundertjährigen mit derjenigen von 1915 verglichen (Rasmussen, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2018) und dabei eine mehr als doppelt so hohe Rate an nicht behinderten Frauen gefunden mit entsprechender Reduktion der Rate an mittel und schwer behinderten. Abgesehen von Hilfe bei der Toilette und beim Anziehen für Frauen ist die Mehrheit der Hundertjährigen der Kohorte 1915 in ihrer Aktivität des Alltagslebens unabhängig. Dies als Argument für Hoffnung auf ein Leben ohne Behinderung.

Critical Incident Reporting System (CIRS)

Die **Dres. Markus Gnädinger, Steinach, und Nicolas Perone, Genf**, präsentierten in diesem Workshop die Ergebnisse der Studie «**Medication incidents in primary care medicine: a prospective study in the Swiss Sentinel Surveillance Network**» (BMJ Open 2017). Sie basiert auf der Definition des kritischen Ereignisses als eines, das zu unnötigem Schaden eines Patienten geführt hat oder geführt haben könnte. Nicht zur Definition gehören Medikamentennebenwirkungen, ungünstiger Krankheitsverlauf trotz üblicher Behandlung und Vorsorge, zeitlicher Verlust bei Diagnose von seltenen Krankheiten oder alles, was besser hätte laufen können, ohne explizite irrtümliche Vorkommnisse. Ziel des Systems ist, von Fehlern zu lernen und gefährliche Prozesse entsprechend anzupassen. Der Erstreferent hat in seiner prospektiven Überwachungsstudie untersucht, welche Typen von Ereignissen in Zusammenhang mit Medikamentierung in der Grundversorgung in der Schweiz auftreten, wie oft, in welchen saisonalen und regionalen Verteilungen und wollte die Frage klären, ob sich Risikofaktoren für solche Ereignisse finden lassen. An der Studie hatten 180 Grundversorger und Pädiater teilgenommen, die sich am schweizerischen Sentinella-Meldesystem beteiligen, 197 Fälle wurden ausgewertet. Pro Jahr wurden im Schnitt 2.07 Ereignisse pro Grundversorger gemeldet, was 46.5 pro 100000 Patientenkontakte entspricht, und 0.15 pro Pädiater oder 2.8 pro 100000 Kontakten. Die meisten Fälle standen in Zusammenhang mit fehlerhafter Medikamentendosierung, fast doppelt so häufig in Form von Überdosierung (20.9%) als von Unterdosierung (10.7%). In 28.6% wurden falsche Medikamente verabreicht und in 6.1% notwendige Medikamente nicht verordnet. Als Risikofaktoren wurden hohes Alter, Betreuung durch Pflegekräfte der Gemeinde, Pflege in einer Institution, Anzahl der Medikamente und höhere Morbidität gemessen mit dem Thurgau Morbiditäts-Index eruiert. Die Referenten halten fest, dass Menschen in hohem Alter und mit Multimorbidität ein besonders hohes Risiko haben, ein kritisches Medikamentenergebnis zu erleben, und dass die Ursache oft in Zusammenhang mit Kommunikationsproblemen steht.

Chronische Schmerzen – State of the Art 2018

In diesem Workshop betonte Frau **Prof. Anne-Françoise Allaz**, unter dem Motto «von einem Leben der Machtlosigkeit zu einer zentralen Rolle», dass im Umgang mit chronischen Schmerzpatienten im Zentrum die Gewissheit steht, dass etwas getan werden kann. Dabei hat die Verbesserung der Lebensqualität und der Funktionalität eine höhere Priorität als die eigentliche Schmerzsymptomatik. Das persistierende somatoforme Schmerzsyndrom ist unter ICD-10 immer noch im Kapitel Psychiatrie den soma-



Prof. A. F. Allaz

toformen Störungen zugeordnet. Für den ICD-11 wird vorgeschlagen, der Definition chronischer Schmerzen eine Dauer von mindestens 3 Monaten resp. eine Dauer, die über die zu erwartende Heilungsdauer hinausgeht, sowie eine signifikante Hilflosigkeit oder funktionelle Beeinträchtigung zugrunde zu legen. In der Definition wird zunehmend der Aspekt der Integration von Geist und Körper sowie der Komplexität mitberücksichtigt.

Zentrale Schmerzen, Somatisation, Alexithymie und Katastrophismus

Fortschritte in der Neurowissenschaft betreffen die Erkenntnis, dass Schmerzen eine somato-affektive Basis haben. Oft besteht eine zentrale Sensibilisierung, bei der die Schmerzschwelle abgesenkt respektive die zentrale Schmerzhemmung gestört ist und der Zusammenhang von Schmerzintensität mit der peripheren Läsion verloren geht. Dabei spielt das Schmerzgedächtnis eine wesentliche Rolle. Der Ausdruck eines Leidens durch körperliche Symptome wird als Somatisation bezeichnet, die beschränkte Möglichkeit, körperliche Symptome als Ausdruck von Emotionen zu erkennen, als Alexithymie. Als Katastrophismus wird die Fixation auf das Schmerzerlebnis mit erworbener Hilflosigkeit bezeichnet. Eine Vermeidungshaltung verbindet sich dabei mit pessimistischen Ängsten vor Kontrollverlust und vor Unmöglichkeit einer Heilung. Schmerzen werden als Bedrohung und Ungerechtigkeit empfunden. Nicht mehr sosehr die Intensität der Schmerzen wird zum Problem, sondern die problematische Anpassung an den Schmerz.

Die fünf Pfeiler der Behandlung

Die Behandlung beruht auf 5 Pfeilern: der Medikation, der Physiotherapie, der Psychotherapie, der Stärkung von Ressourcen und der Pflege der therapeutischen Beziehung mit Definition der Position des Hausarztes. Wenn Hinweise auf eine zentrale Sensibilisierung besteht und eine Medikation als notwendig erachtet wird, kommen Antidepressiva oder Antiepileptika unter intensiver ärztlicher Erklärung und Begleitung zum Einsatz. Bei jeder Therapie muss zusammen mit dem Patienten ein vernünftiges Ziel definiert werden. Im Falle von Opioiden gilt es, die kleinste wirksame Dosis zu finden unter Vermeidung von Nebeneffekten. Bei der Physiotherapie ist wichtig zu wissen – sie wirkt. Für die Wirksamkeit von

Übungen zur Verbesserung der Koordination, Stabilisation, Kraft und Widerstand besteht ebenso Evidenz wie für Tai-Chi, Yoga, Akupunktur oder TENS, nicht aber für die transkranielle Stimulation. Ein multimodaler Ansatz ist empfohlen mit dem Ziel der funktionellen Rehabilitation viel mehr als dem völligen Verschwinden von Schmerzen. Insbesondere bei Patienten mit Anzeichen einer Depression oder von einem Trauerfall lohnt sich eine Psychotherapie unbedingt. Für kognitive Verhaltenstherapie besteht eine Evidenz, wie auch für Hypnose und Aufmerksamkeitstraining, letzteres insbesondere bei Fibromyalgie. Die Stärkung der Ressourcen des Patienten gehört zu den wichtigsten Möglichkeiten des Grundversorgers, dem Patienten zu helfen. Dabei ist Fantasie und individuelles Eingehen notwendig. Es gilt, den Patienten von seinem exklusiven Fokus auf den Schmerz zu befreien, alles zu unterstützen, was ihn in der Selbsteffizienz steigert und was hilft, trotz der Schmerzen zu funktionieren. Dabei hat sich die Autohypnose als Mittel zur Verbesserung der Lebensqualität über die reine Analgesie hinaus als wirksam erwiesen. Die verschiedenen Massnahmen sollen in Form von klaren, zeitlich definierten Verordnungen und nicht als wage Ratschläge eingeleitet werden. Die therapeutische Beziehung ist von ausschlaggebender Bedeutung für Aussicht auf Erfolg. Im Rahmen der therapeutischen Allianz nimmt der Therapeut die Klagen ernst, glaubt an den Schmerz und plant regelmässige Konsultationen unabhängig von den Symptomen. Er bleibt trotz aller allfälliger Schwierigkeiten empathisch und zeigt dem Patienten, dass er nicht allein ist. Hilfreich können Modelle der Zusammenarbeit z.B. mit Liaisonspsychiatern sein.

Zusammenfassend ist das erste Ziel der ärztlichen Betreuung, das chronische Schmerzsyndrom als neuro-psychologisches, psychosoziales und relationales Phänomen zu identifizieren. Zweitens sollen Begleitfaktoren, wie eine Depression, Angstkrankheit, Somatisation und Katastrophismus erkannt werden. Bei der Behandlung soll von allen 5 Pfeilern Gebrauch gemacht werden. Prioritär gilt es, die Klagen ernst zu nehmen und in ihrer Komplexität zu erfassen, die Symptomatik mit dem Patienten zu erarbeiten und ihn auf die Dauer zu unterstützen. In einem interpersonellen Engagement versuchen, die sozialen und iatrogenen Folgen und Risiken des chronischen Schmerzes zu verringern.

▼ Dr. med. Hans Kaspar Schulthess

Quelle: SGAIM Herbsttagung, Montreux 20.-21.9.2018