ögam NEWS

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin – Mitglied der WONCA

Editorial
Hausarzt 2029

Dr. Wilfried Tschiggerl
Arzt für Allgemeinmedizin
Leiter des Österreichischen Institutes
für Allgemeinmedizin
Klagenfurt

Erstmals in meinem Berufsleben hörte ich heuer in Salzburg beim SAGAM-Kongress „Medizin ohne Ende?" öffentlich, wonach ich seit vielen Jahren zu handeln versuche: „Aufgabe des Allgemeinmediziners ist es auch, die Menschen vor der Medizin zu beschützen." Dies gilt im Besonderen in der Geriatrie. Ein Beispiel: Man unterlässt eine Untersuchung, wenn deren Ergebnis keine therapeutische Konsequenz nach sich ziehen würde oder könnte.
Drei Viertel aller hausärztlichen Patientenkontakte entfallen auf Menschen im Alter von 65 plus. Bei den Hausbesuchen liegt der Anteil geriatrischer Patienten mit bis zu 85% noch höher.

Thema in Salzburg war auch die Polypharmazie, die hauptsächlich diese Patientengruppe trifft. Oft resultiert sie aus der Summe verschiedener fachärztlicher Verordnungen, oder man meint, vielerlei Beschwerden oder auch Symptomen, die man nicht als Nebenwirkung deutet, mit weiteren Medikamenten beikommen zu können. Es gibt dazu wenig Forschungsergebnisse, jedenfalls aber keine Evidenz für die Kombination vieler Medikamente, auch wenn für deren einzelne Verschreibung Evidenz vorliegt. Im Alter kann nicht jede Krankheit gleichwertig (medikamentös) behandelt werden. Viel häufiger sollten daher die Medikamentenlisten durchforstet werden. Das ist Aufgabe der Hausärztinnen und Hausärzte: Sie müssen Prioritäten setzen.

Der Allgemeinmediziner kennt seine Patienten in vielen Lebenssituationen, kennt deren soziales Umfeld, ihre Geschichte, ihre Befindlichkeiten und Wertvorstellungen.
Er hat sich nach einem spitalslastigen und fächerorientierten Turnus mit überbordender Bürokratie mühsam selbst seinen hausärztlichen Zugang zu seinen Patienten erarbeitet. Er hat die Grenzen der Medizin kennen und akzeptieren gelernt. Er weiß die Wünsche seiner Patientinnen und Patienten zu respektieren und die Würde der Menschen zu achten. Er hat sich psychosoziale und psychosomatische Kompetenz angeeignet, sich in Geriatrie fortgebildet und, und, und. Das ist heute.

Um aber in Zukunft diese in der Primärversorgung unabdingbaren Kompetenzen gewährleistet zu wissen, sind einige Voraussetzungen zu schaffen:

- *Die AllgemeinmedizinerInnen benötigen eine hervorragende, praxisnahe und umfassende Ausbildung, einschließlich fundierter Kenntnisse in der Interpretation klinischer Studien, Beurteilung und Anwendung medizinischer Leitlinien und im Qualitätsmanagement.*
- *(Additiv-)Fächer wie Psychosomatik und Geriatrie müssen auch niedergelassenen Allgemeinmedizinern offen stehen.*
- *Das ärztliche Gespräch wird adäquat zu honorieren sein. Und:*
- *Von der Industrie unabhängige Forschung brauchen wir nicht nur in der Geriatrie.*

Ja, die Entscheidungsträger von heute bestimmen die Qualität ihrer Hausärzte von morgen.

Thromboseprophylaxe im Alter

Univ. Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger
Universitätsklinik für Innere Medizin, Graz
regina.roller-wirnsberger@medunigraz.at

Inzidenz der altersassoziierten Thrombose

Prinzipiell haben alte Menschen ein höheres Risiko für eine Thromboembolie als jüngere. Eine national angelegte Feldstudie in Frankreich ermittelte für die zuhause lebenden älteren Bevölkerungsschichten eine jährliche Inzidenz von 1,83 auf 1000 Bewohner für das Auftreten einer Thromboembolie (1,24 auf 1000 für eine tiefe Beinvenenthrombose bzw. 0,6 auf 1000 für eine Pulmonalarterienembolie). Unabhängig vom Geschlecht stieg die Gesamtinzidenz bei den über 75-Jährigen auf über 10, bei den hospitalisierten, über 69-jährigen Patienten sogar auf 265 von 1000 Untersuchten. Im Bereich der chronischen Langzeitpflege stehen deutlich weniger Daten zur Verfügung. Aus dem Minimum Data Set des US-Staates Kansas konnte die jährliche Inzidenz einer symptomatischen Thromboembolie von 0,77 % bei 20.750 untersuchten Pflegeheimbewohner ermittelt werden. Aus diesen Daten kann konstatiert werden, dass das Auftreten einer Thromboembolie im Alter mit der steigenden Lebenserwartung zu einem gravierenden gesundheitspolitischen Problem werden kann.

Pathophysiologie der Thromboembolie im Alter

Um das individuelle Risiko eines alten Menschen abzuschätzen zu können, ist die Erhebung bestehender Grunderkrankungen essenziell (Tabelle 1). Dies bedeutet, dass neben bestimmten internistischen und neurologischen Grunderkrankungen auch Immobilisationen im Rahmen von Traumen oder chirurgischen Interventionen nicht zu unterschätzende prädisponierende Faktoren darstellen.

Auch der Alterungsprozess per se bedingt physiologische oder pathophysiologische Veränderung, dazu gehört u.a. eine reduzierte allgemeine Mobilität verbunden mit einem verminderten Muskeltonus, aber auch der physiologische Alterungsprozess der Gefäßwand und der Venenklappen. Letztendlich scheint das altersassoziierte, erhöhte Thromboserisiko ein Ergebnis aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren zu sein. Angeborene Thrombophilien stellen für den alten Menschen eine additive, aber nicht die primäre Ursache der Thromboembolie dar.

Bei Mangel an Protein C und Protein S scheint das Risiko einer Thromboembolie über dem 45. Lebensjahr nur unwesentlich anzusteigen. Ein solcher Effekt konnte für den Antithrombin-III-Mangel nicht nachgewiesen werden. Bei Kaukasiern häufig zu finden sind Polymorphismen des Faktor V (Leiden) und des Faktor II. Beide Varianten erhöhen das Thromboembolierisiko um das 3–8-Fache, wobei ein hoher Prozentsatz der Patienten in Studien, welche Träger der Mutation waren und eine Thromboembolie erlitten, älter als 50 Jahre war. Insgesamt steigen die Plasmaspiegel vieler Gerinnungsfaktoren – auch der des Homozysteins – mit zunehmendem Alter an. Hervorzuheben ist die klar definierte Korrelation hoher D- Dimer- und Fibrinogen-Serumspiegel beim alten Menschen. Diese Erhöhungen konnte auch in Einklang mit einem erhöhten Thromboembolierisiko gebracht werden. Neben vererbten Risikofaktoren stellen vor allem Veränderungen des Körperstatus im Sinne einer Adipositas, aber auch das Vorliegen von Varizen einen wesentlichen Risikofaktor für die Entstehung einer tiefen Venenthrombose (TVT) dar.

Strategien zur Thromboseprophylaxe

Die hohe Inzidenz einer TVT bei geriatrischen Patienten, aber auch die hohe Rate asymptomatischer Thromboembolien bei alten kranken Menschen bildet die Grundlage für die Thromboseprophylaxe.

Nicht pharmakologische Strategien wie das Tragen von Kompressionstrümpfen, das Hochlagern der Beine sowie eine frühe Mobilisation zählen heute zu Standardverfahren in Österreich. Diese Methoden stellen allenfalls eine Alternative zur medikamentösen Thromboseprophylaxe dar; ihre Wirksamkeit ist vor allem im perioperativen Management geriatrischer Patienten bewiesen. Für die Vermeidung von tödlichen Lungenembolien liegen für geriatrische Patienten bis dato keine repräsentativen Daten vor. Unnötige Ängste vor einem erhöhten Blutungsrisiko bei alten Patienten verhindern leider nur zu oft eine medikamentöse Thromboseprophylaxe, wie sie in den 2008 ACCP-Richtlinien festgelegt wurde.

In erster Linie werden heute in Österreich von Allgemeinmedizinern niedermolekulare Heparine in subkutaner Form verwendet. Die Dosierung erfolgt dabei nach den von den unterschiedlichen Herstellern vorgegebenen Schemata. Tatsächlich belegt die klinische Erfahrung, aber auch rezente Studiendaten die Annahme, dass beim Vorliegen von Risikokonstellationen das sekundäre Blutungsrisiko geriatrischer Patienten unter diesen Therapieregimen erhöht sein kann. Einer der wichtigsten Faktoren in diesem Zusammenhang ist die chronische Niereninsuffizienz, deren Prävalenz mit dem Alter deutlich zunimmt. Die unbemerkte Akkumulation niedermolekularer Heparine bedingt durch einen verzögerten Abbau wird auf Grund fehlender laborchemischer Kontrollen der Blutgerinnung erst sehr spät erkannt. Tatsächlich empfehlen die ACCP-Richtlinien beim Vorliegen einer Niereninsuffizienz nicht primär eine Dosisanpassung. Vielmehr ist diese erst bei einer Einschränkung der glomerulären Filtrationsrate von weniger als 30 ml/min angeraten. Das daraus resultierende Problem bei der Betreuung geriatrischen Patienten in der täglichen Praxis ist die frühzeitige Erkennung einer Nierenfunktionsstörung. Vielfach wird als Routinemarker die Bestimmung des Serumkreatinins herangezogen. Mit zunehmenden Alter verschiebt sich aber der Normalbereich für das Serumkreatinin nach unten, speziell beim zusätzlichen Vorliegen einer Sarkopenie z.B. im Rahmen des Frailty-Syndroms. Bestimmt man parallel die glomeruläre Filtrationsrate, so deckt diese das Vorliegen einer

Einschränkung der Nierenfunktion auf. In Fall einer deutlichen Funktionseinschränkung unter 30 ml/min sollen laut den ACCP-Richtlinien eine Bestimmung des Anti-Xa-Spiegels im Plasma 4 Stunden nach s.c. Injektion des niedermolekularen Heparins erfolgen. Die definierten Zielwerte liegen bei einem Anti-Xa-Serumspiegel von weniger als 0,4 IU/ml.

Ein weiteres Problem in der Applikation von niedermolekularen Heparinen liegt in der Dosierung entsprechend dem Körpergewicht (vor allem in der Hochrisikoprophylaxe). Es konnte in klinischen Studien gezeigt werden, daß die Anti-Xa-Aktivität im Plasma unmittelbar mit fallendem Body-Mass-Index zunimmt. Dies bringt klinisch bei alten abgemagerten Patienten auch eine erhöhte Blutungsneigung mit sich. Hauptlokalisationen von Blutungen bei alten Patienten sind neben kutanen und subkutanen Hämatomen, der obere Gastrointestinaltrakt sowie zerebrale und subdurale Blutungen. Einen wesentlichen Beitrag zur Entstehung derselben leisten Interaktionen mit anderen Medikamenten (Tabelle 1). Insgesamt ist aber festzustellen, dass unabhängig von der Art der gewählten Co-Medikationen das Risiko für medikamenteninduzierte unerwünschte Wirkungen mit der Anzahl der verabreichten Präparate ansteigt. So liegt bei einer Anzahl von 9 verschiedenen Medikationen die Wahrscheinlichkeit einer unerwünschten Nebenwirkung de facto bei 100 Prozent.

Eine ebenso gefürchtete Ursache für Blutungskomplikationen bei alten Patienten ist die Sturzneigung im Rahmen neuromotorischer Erkrankungen oder bei einer Demenz. Tatsache ist, dass in Österreich ca. 30% der über 65-Jährigen Menschen zumindest ein Mal im Jahr stürzen. Wesentliche Risiken sind, neben Visuseinschränkungen und mangelhaft angepassten Umgebungsbedingungen, häufig motorische Störungen im Rahmen internistischer und neurologischer Grunderkrankungen. Aber auch der Morbus Alzheimer, der sich vielfach mit einer Einschränkung posturaler Reflexe präsentiert oder autonome Störungen im Rahmen einer Levy-Body-Demenz tragen häufig zu einer mangelnden Balance im dreidimensionalen Raum bei. Vor einer Antikoagulation von geriatrischen Patienten sollte man das Sturzrisiko individuell abklären. Wesentliche geriatrische Assessmentverfahren, die sich zur Abklärung der Mobilität eigenen, sind der „Chair Rising"-Test, der Einbeinstand, der „Timed-up and Go"-Test oder der „Tinetti"-Test. Vorlagen für die einzelnen Assessmentverfahren lassen sich über die Homepage der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) via Internet anfordern (http://www.medizin-medien.at). Um die individuelle Funktionalität zu überprüfen, kann der einfach durchzuführende „Geldzähltest nach Nikolaus" angewendet werden. Er eignet sich auch gut zur Feststellung der individuellen, funktionellen Compliance alter Patienten für jegliche medikamentöse Therapie. Bestehen deutliche Defizite in den Assessments empfiehlt sich eine Überprüfung der aktuellen Medikation.

Tatsache bleibt, daß 10 bis 15% der Patienten mit internistischen Erkrankungen ohne Thromboseprophylaxe eine akute Thromboembolie erleiden. Diese Dunkelziffer scheint mit steigendem Lebensalter noch deutlich zuzunehmen, wobei 60% der Betroffenen eine Thromboembolie im Spital erleiden. In rezenten Studie, in der alte Patienten in der postakuten Hospitalisierungsphase mit venösem Kompressionsultraschall nachuntersucht wurden, konnte gezeigt werden, dass eine richtliniengestützte Thromboseprophylaxe zur Vermeidung einer Thromboembolie effektiv ist.

Literatur: bei der Verfasserin

Abb. 1: SCHEMATISCHE DARSTELLUNG VON RISIKOKONSTELLATIONEN FÜR EINE THROMBOEMBOLIE BEI GERIATRISCHEN PATIENTEN.

Welche geriatrischen Patienten benötigen eine pharmakologische Thromboseprophylaxe?

Alter und Immobilität sind Risikofaktoren für eine Thromboembolie, rechtfertigen aber eine Thromboseprophylaxe per se nicht. Eine Evaluierung des Patienten sollte Fallbezogen durchgeführt werden.

Intrinsische Faktoren

Alter
Immobilität
Thrombophilie
Anamnese/ Familienanamnese
Chronisch venöse Insuffizienz
Varikositas
Adipositas

Extrinsische Faktoren

Risikofaktoren
Karzinomerkrankung
Akuter ischämischer Insult
Hüft-Knie OP < 35 Tage
Exsikkose
Thrombozytose
Hormonbehandlung
SM - Implantation
Venenkatheter

akute intern. Erkrankungen
akuter Myokardinfarkt
Herzinsuffizienz III-IV
Respirat. Insuffuzienz
Rheumatische Erkrankung
Infektion / Sepsis
Entzündl. Darmerkrankung
Nephrot. Syndrom

Thromboseprophylaxe = MUSS bei Präsenz von Faktoren aus allen 3 Kategorien

Bei Kontraindikationen zur pharmakologischen Thromboseprophylaxe

NEIN

NMH sc
(unter Beachtung des Körpergewichts und der aktuellen Nierenfunktion bei Dosierung)

Frühe Mobilisation
Beine hochschlagen
Kompressionstherapie
(Cave PAVK !)

JA

RRW 2009

Tab. 1: MÖGLICHE WECHSELWIRKUNGEN NIEDERMOLEKULARER HEPARINE MIT ANDEREN MEDIKAMENTEN.

Antibiotika	↑ **Wirkung**
Antihistaminika	↓ **Wirkung**
Ascorbinsäure	↓ **Wirkung**
Dextrane	↑ **Wirkung**
Digitalis	↓ **Wirkung**
Fibrinolytika	↑ **Wirkung**
Kumarinderivate	↑ **Wirkung**
Thrombozyten-aggregationshemmer	↑ **Wirkung**

ÖGAM-Wintertagung 2010

© XXX – iStockphoto.com

Unsere Wintertagung hat nun schon Tradition. Wir laden Sie von 16. bis 23. Jänner 2010 zum neunten Mal nach Lech am Arlberg in das Hotel Rote Wand zu unserer Wintertagung herzlich ein!

Das Programm für die ÖGAM-Wintertagung 2010 steht kurz vor der Fertigstellung. Interessante Vorträge und Workshops erwarten uns auch im kommenden Jahr wieder. Der Bogen spannt sich von der Sexualmedizin über Divertikulitis, Nierenerkrankungen bei Diabetes und Hypertonie, Autoimmunerkrankungen, Bewegung für den kranken Rücken bis hin zu Notfällen im Säuglings- und Kindesalter und anderem.

Natürlich werden wir auch wieder einen internationalen Gast begrüßen können, der über das Gesundheitswesen in seinem Land sowie die Lehre und Forschung berichtet. Die interaktiven Vorträge werden wie jedes Jahr ergänzt durch Workshops und Qualitätszirkel in Kleingruppen. Für Praxismitarbeiterinnen wird es wie gewohnt ebenfalls ein ansprechendes Fortbildungsprogramm geben.

Die breite interdisziplinäre Diskussion medizinischer Problemstellungen im Praxisalltag, die Umsetzung evidenzbasierter Medizin im Praxisalltag und der interkollegiale Erfahrungsaustausch in entspannter Atmosphäre werden sicher wieder dazu beitragen, dass die Wintertagung 2010 eine interessante und ergiebige Fortbildungswoche wird.

Wir freuen uns, Sie im Jänner wieder in Lech begrüßen zu können!

Dr. Erwin Rebhandl

Wintertagung 2010
9. Österreichische Wintertagung für Allgemeinmedizin
16.-23. Jänner 2010, Hotel Rote Wand,
Lech am Arlberg, Ortsteil Zug

Vorprogramm und Anmeldeformular
können im ÖGAM-Sekretariat angefordert werden:
Christian Linzbauer, Alser Straße 4, A-1090 Wien,
Tel.: +43/1/405 13 83-17, e-mail: office@oegam.at

Veranstaltung

Mittwoch, 16. Sept. 2009
bis Samstag, 19. Sept. 2009

WONCA EUROPE 2009 BASEL – 15TH WONCA EUROPE CONFERENCE – THE FASCINATION OF COMPLEXITY

Ort:
4001 Basel, Schweiz

Veranstalter:
WONCA

Infos:
www.woncaeurope2009.org

Veranstaltung

Dienstag, 22. September 2009

MODERNE WUNDBEHANDLUNG IN DER ALLGEMEINMEDIZINISCHEN PRAXIS

Ort:
Gasthof Tafelspitz,
Stadtplatz 15, 5280 Braunau

Veranstalter:
OBGAM

Anmeldung per E-Mail an:
kommunikation2@oegam.at

ögam NEWS
Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin – Mitglied der WONCA

Das Redaktionsteam: Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Barbara Degn, Dr. Bernhard Fürthauer, Dr. Reinhold Glehr, Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, Dr. Peter Pichler, Dr. Susanne Rabady, Dr. Wolfgang Zillig

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!
Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Für Gesundheitsbewusste: www.mein-arzt.org

Korrespondenzadresse:
ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel. 01/405 13 83-17
Fax 01/405 13 83-23
office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.