

Kasuistische Anmerkungen zur AMTS in der Gerontopsychiatrie



H. Gutzmann



- Ältere Menschen
 - haben die größte Krankheitsbelastung,
 - verbrauchen die meisten Medikamente,
 - sind anfälliger für Nebenwirkungen
- Die interindividuelle Variabilität steigt mit dem Alter, auch hinsichtlich der Reaktion auf Pharmaka.
- Es entsteht so häufig ein Konflikt zwischen Multimorbidität und individueller Vulnerabilität
- Zunahme der Häufigkeit unerwünschter Wechselwirkungen
 - mit dem Alter,
 - der Zahl der Erkrankungen
 - und der Zahl der an der Behandlung beteiligten Ärzte



20-25% der Älteren sind psychisch krank

- 7% Demenzen
- 6% diagnostizierbare Depressionen
- 10% leichtere depressive Störungen
- 0,6% Schizophrenie
- 1-3 % Alkoholismus

Ältere in der Somatik

- Bei mindestens 20% der älteren Patienten im Allgemeinkrankenhaus tritt während des stationären Aufenthaltes ein Delir auf

Ältere in Heimen

- 50- >90% psychisch krank (> 2/3 dement)

Ältere in Rettungsstellen

- > 30% depressiv
- 25-40% Demenz oder Delir

Prozentanteil unter den ≥ 70 jährigen, die mindestens 1 Medikament aus der jeweiligen Gruppe einnehmen



Arzneimittel	%	max.
Psychopharmaka i.e.S. (70)	24,6	4
Psychotrope Pharmaka (inkl. Sedativa, Analgetika u.a.)	67,4	6
Alle Medikamente	96,4	24
Verordnete Medikamente	93,0	23
Selbstmedikation	57,4	9

70% waren indiziert; 36% vermutlich unterdosiert

- 2010 wurde die erste deutsche Liste potentiell inadäquater Medikationen (=PIM) erstellt (benannt nach dem Verbundprojekt PRISCUS)
- Sie enthält 83 Wirkstoffe
- Sie ist keine „Verbotsliste“, sondern enthält Informationen zu Risiken für Ältere (GKV Missverständnis PIM=„ungeeignet“)
- Sie ersetzt nicht die auf den einzelnen Patienten bezogene Nutzen-Risiko Abwägung
- Auf Basis der Daten von > 800.000 GKV Versicherten über 65 Jahren wurden die PIM-verordnungen pro Person erfasst
- 28,3% erhielten PIM, Frauen häufiger als Männer
- Die höchste Verordnungsprävalenz hatten - neben Digitalisglykosiden - Benzodiazepine, Neuroleptika und Antidepressiva:
- Unter den 10 „PIM-Spitzenreitern“ waren 9 Psychopharmaka
- Unter den 5 häufigsten Diagnosen war keine psychiatrische

- Amann, Ute; Schmedt, Niklas; Garbe, Edeltraut
- **Ärztliche Verordnungen von potenziell inadäquater Medikation bei Älteren: Eine Analyse basierend auf der PRISCUS-Liste**
- Dtsch Arztebl Int 2012; 109(5): 69-75; DOI: 10.3238/arztebl.2012.0069



Frau A



Ehemann ruft nachts in der Klinik an, seine Frau sei schwer erweckbar

Aufnahmebefund:

85 jähr. Pat. In reduz AZ, gutem EZ, somnolent, nicht grob desorientiert, fluktuierende Aufmerksamkeit, Neurostatus bis auf Hypakusis oB, trockene Zunge, intern. Status sonst oB, kein Fieber

2 Tage später:

- Wach, aber müde, Aufnahmesituation nicht erinnert
- Zeitweise zeitl. nicht orientiert
- Kann Uhr nicht korrekt zeichnen
- Zappelt mit den Beinen, wenn sie im Bett liegt



Bis vor einigen Tagen rege Teilnahme am Tagesgeschehen, liest viel und gerne

AA: chron. Schmerzsyndrom (Perineum) seit 20 J.
umfangreiche Komorbidität inkl. Art. Hypertonie

FA: unauffällig

Soz.: lebt mit 88 jähr. Ehemann zusammen,
sozial aktiv, intellektuell vielfältig interessiert

Lab: Eisenmangel-Anämie, sonst oB

CCT: unauffällig



Schmerz-Medikation:

- Celecoxib 2x200 mg
- MST 2x30 mgs
- Amitriptylin 3x25mg



Seit > 6 Monaten

Weitere Medikamente:

- Furosemid 2 x wö 1/2 Tabl.
- Propanolol 100 mg
- ASS 100 mg



Seit 1 Monat

Seit > 6 Monaten

- OTC: Antihistaminikum wg „Schnupfen“ **Seit 2 Tagen**



Diagnosen:

1. (stilles) Delir bei Polypharmazie und AZ↓
2. Restless-Legs-Syndrom bei Fe-Mangel
3. Ulcus Duodemi (Aspirin!)
⇒ Schmerzlos bei analgetischer Medikation



- globalen Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit
- Bewusstseinsstörung:
 - verminderte Klarheit der Umgebungswahrnehmung
 - gestörte Fähigkeit, die **Aufmerksamkeit** zu fokussieren, aufrecht zu erhalten und umzustellen
 - gestörte Fähigkeit zur adäquaten Reaktion auf Umweltreize
 - Beeinträchtigung des **Immediatgedächtnisses**;
- Störungen der Psychomotorik:
 - vermehrte oder verminderte Aktivität
 - vermehrter oder verminderter Redefluss
 - verlängerte **Reaktionszeit** oder verstärkte Schreckreaktion
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus mit nächtlicher Verschlimmerung der Symptome oder Alpträumen, die nach dem Erwachen als illusionäre Verkennungen weiterbestehen können;
- rascher Beginn und **fluktuierender** Verlauf

- Das Vollbild eines hyperaktiven deliranten Syndroms bei einem unruhigen, fahrigem, ängstlichen, schreckhaften desorientierten Patienten ist einfach zu erkennen.
- Das gilt allerdings nicht für beginnende oder nicht voll ausgeprägte delirante Syndrome,
- und es gilt vor allem nicht für das sog. hypoaktive Delir, bei dem die Patienten voller Angst aber still im Bett liegen, ihr halluzinatorisches Erleben nicht mitteilen und so den Krankenhausbetrieb nicht stören.
- **Ca. 50 % der Delire bei älteren Patienten bleiben unerkannt.** (Inouye 2006)

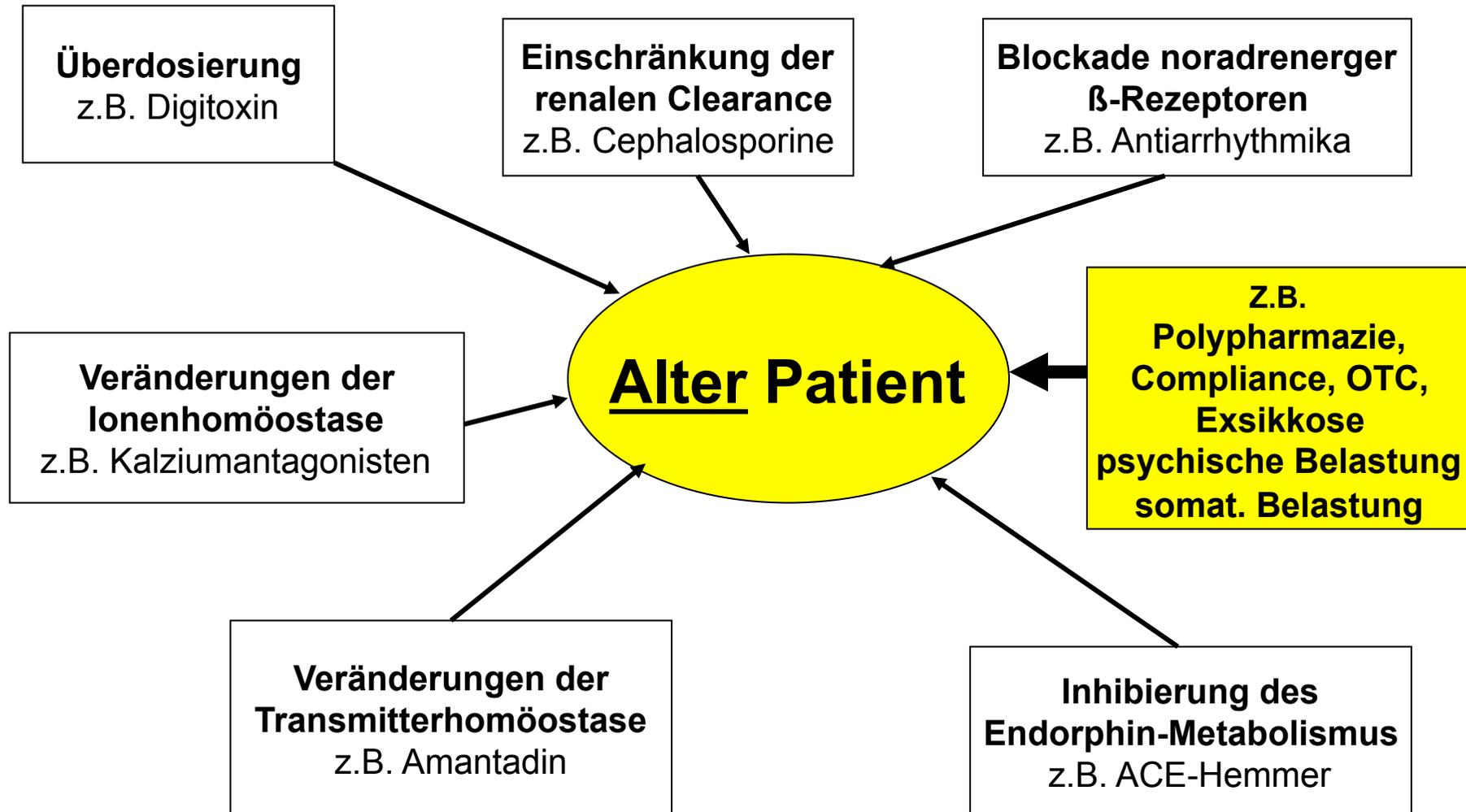


Herkunft:	Wohnung	Anderes Heim	Somat. KH	Psychiatrie	Reha
N	4569	1092	4472	568	1044
1 Delirsymptom %	28,1	31,1	27,8	37,5	29,5
2 Delirsymptome %	9,9	9,4	11,9	13,2	10,1
Delirkriterien erfüllt %	6,4	5,9	6,6	7,7	6,3

Delir im Alter: Auswahl potentieller Pathomechanismen

modifiziert nach: Kasper u. Jung 1995

ST. HEDWIG KLINIKEN
BERLIN
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER CHARITÉ





Frau Z

Frau Z. (1)



- Frau Z. ist 69 Jahre, verheiratet (Ehemann (+ 18) herzkrank)
- Vor **8 Wo.** Erstmals deutlich **depressiv**
- Vor **4 Wo.** ambulant **Clomipramin 75 mg** angesetzt
- Ca **14 Tage** vor Aufnahme vermehrt aktiv, Schlaf vermindert, Wohnung ungewohnt unsortiert, Alltag „aus dem Takt“
- Seit **5 Tagen** konfrontativ-gereiztes Verhalten
- Vor **1 Tag** musste Ehemann in die Klinik
- Frau Z. absolvierte bargeldlos eine „Taxirundfahrt“ durch Berlin
- Sie lernte den Notarzt kennen und kam schwer sediert in die Klinik



- Bei **Aufnahme**
 - sehr müde, spricht nur undeutlich und kann sich nur schwer auf den Beinen halten.
 - Kein Hinweis (auch anamnestisch) auf Halluzinationen oder Wahnsymptomatik,
 - Orientierung – soweit prüfbar – ungestört,
 - Mnestik unscharf. Neurolog. o.p.B.
- **Nach Detox.:** Vollbild eines gereizt-manischen Syndroms, keine Vigilanzschwankungen
- Persistierende mnestiche Einbußen i. S. einer **MCI**
- **MRT:** lakunärer Ponsdefekt re, zahlreiche mikroangiopathische Veränderungen, temporobasal betonte Atrophie

Frau Z. (3)



- Unter Valproat (1000 mg) zunehmend weniger antriebsgesteigert, dafür deutlicher affektlabil und distanzgemindert (Intermittierend Risperidon 1 mg zusätzlich)
- Bei 2 Gelegenheiten wieder deutlich manischer:
 - Erneute stationäre Aufnahme des Ehemanns
 - Virusinfekt
- Nach dem Infekt Manie geschwunden, dafür depressiv getönte Antriebsreduktion. Weitere Diagnostik ergab erhöhte Schilddrüsenautoantikörper (zusätzliche VD Hashimoto-Encephalopathie)
 - Cortison-Therapie (absteigend-ausschleichend)
 - Versuch, das Valproat ebenfalls auszuschleichen
- Bei 300 mg/d erneutes Aufflammen der manischen Symptome
 - Erneut durch Valproat-Erhöhung gut remittiert



- Diagnosen b. Entlassung:
 - Organische Manie bei
 - MCI bei Hashimoto- und
 - Hypertensiver Encephalopathie
 - Autoimmunthyreoiditis
 - Hypertonie
 - Typ-2 Diabetes

Manische Syndrome im Alter – Frau Z

Ätiopathologische Bedingungskonstellationen



Störungskategorie	Vorhandene Faktoren
Systemische Erkrankungen	Schilddrüsenerkrankung, Hypertonus Typ 2-Diabetes [Viraler Infekt]
Neurologische Erkrankungen	Vaskuläre zerebrale Läsionen (Hypertensive Enzephalopathie)
Medikamente	Antidepressivum (Clomipramin), ⇒∅ Antihypertensivum (Lorsatan) Insulin [Corticosteroid]

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

