

Geriatrie

Geriatric Praxis Österreich

expertise

Der schwierige Patient im Pflegeheim

I. Aus der Sicht des praktischen Arztes

Einer Aufnahme in ein Pflegeheim liegt schwerste Pflegebedürftigkeit zugrunde. Damit verliert ein Patient in vielen Belangen seine Selbstständigkeit und gerät in ein anders geartetes Abhängigkeitsverhältnis zu seiner Betreuung im Vergleich zu Patienten, die ambulant oder zu Hause betreut werden können.

Die Problematik eines Pflegeheimpatienten liegt oft in der Natur der Erkrankung, wie z.B. einer Demenz oder Depression. Wenn der Pflegebedarf über ein gewisses Maß an Routine hinausgeht, hat man es mit einem „schwierigen“ Patienten zu tun. Die Gründe dafür können vielfach sein, wie zum Beispiel:

- Multimorbidität
- Demenz
- Verhaltensstörungen (auch im Rahmen einer Demenz)
- Probleme mit Angehörigen (ähnlich wie bei Kindern)
- Probleme bei der Interaktion mit Spitälern

1.1 Multimorbidität

Oft findet man bei Pflegeheimpatienten eine Medikamenten-Polypragmasie aufgrund der vielfach internen und

häufig dazukommenden psychiatrischen Erkrankungen, die zusätzlich auch noch mit Schmerzen überlagert sein können. Akute somatische Krisen werden schwer einschätzbar, wenn die Symptome eines Patienten aus seiner Anamnese nicht ableitbar sind. Der Anteil kognitiver Störungen bzw. möglicher Verhaltensstörungen ist oft nicht leicht von einer somatischen Erkrankung abzugrenzen. Einem kognitiven Abfall oder akuten Verwirrheitszuständen kann zum Beispiel auch eine Exsikkose zugrunde liegen. Eine simple subkutane Infusion über Nacht könnte in so einer Situation Wunder wirken.

Bei Alzheimer-Patienten kann es aufgrund der Erkrankung zu unterschiedlichen Problemen kommen, Beispiele dafür sind in Tabelle 1 auf Seite 2 dargestellt.

1.2 Verhaltensstörungen

Eine große Herausforderung stellen die unterschiedlichen Verhaltensstörungen von dementen Patienten für ihre Betreuer dar: Aggressivität, Schreien oder auffällige Distanzlosigkeit mit „Übergriffen“ können zu einer Weigerung des Pflegepersonals, sich um den Patienten zu kümmern, führen und eine kontinuierliche Betreuung in Frage stellen.

Neben Orientierungsverlust und der Gefahr des „Davonlaufens“ stellt vor allem die Tag-Nacht-Umkehr ein besonderes Problem dar, da in der Nacht die personelle Pflegeheimbesetzung meist sehr knapp ist. (z.B. eine Pflegeperson für zwei Stockwerke und insgesamt 30–50 Patienten – bei einem Altersschnitt von über 80 Jahren und häufiger Sturzgefahr).

Ein Patient, der unter diesen Umständen nicht auf Schlaf eingestellt wird, ist gefährdet.



OA Dr.
Christian Jagsch
Abteilung für
Psychiatrie,
Psychiatrische
Klinik Wels, Wels



OA Dr.
Georg Psota
Gerontopsychia-
trisches Zentrum,
Psychoziale
Dienste, Wien



Dr. Peter Vitecek
Konsiliarpsychia-
ter Kuratorium
Wiener Pensio-
nistenwohn-
häuser



Dr. Manfred
Weindl
Allgemeinmedizi-
ner, Präsident des
Wr. Hausärztever-
bandes, Wien

Tabelle 1

Mögliche Probleme bei Patienten mit Alzheimer-Demenz

Alzheimer bedingte Dysphagie	→	<ul style="list-style-type: none"> • Nahrungsverweigerung • Tabletteneinnahme gestört • Aspirationsgefahr
Paranoia/Verhaltensstörungen	→	<ul style="list-style-type: none"> • Abmagerung, Exsikkose • Medikamentenverweigerung • Apparative Diagnostik unmöglich • Aggressives Verhalten
Koordinationsmangel	→	<ul style="list-style-type: none"> • Probleme bei inhalativen Medikamenten • Lungenfunktionsmessung unmöglich
Motorische Störungen, Immobilität	→	<ul style="list-style-type: none"> • Diverse Untersuchungen stark erschwert
Inkontinenz	→	<ul style="list-style-type: none"> • Harnbeurteilung eingeschränkt
Schwere Demenz	→	<ul style="list-style-type: none"> • Generelle Abwehrhaltung • Klinische Beurteilung deutlich erschwert (z.B. Schmerz)

Unterschiedliche Pflegekonzepte begegnen verschiedenen Symptomen auf unterschiedliche Art. Im günstigen Fall werden etwa Patienten in Wohngruppen tagsüber gezielt „professionell“ beschäftigt, womit Probleme in der Nacht weit aus seltener auftreten. Weiters wäre auch auf die optimale Integration von so genannten Pool-Schwestern (machen „leihweise“ in verschiedenen Heimen vereinzelt Dienst und sind oft mit den örtlichen Gegebenheiten wenig vertraut) besser zu achten.

Auch für die Beschäftigung der Patienten sollte nicht nur das – bereits zeitlich mehr als strapazierte – Pflegepersonal allein herangezogen werden. Für die Animation sollte es eigens aus- und fortgebildetes Personal geben. Auch Zivildienner eignen sich für diese Aufgaben sehr gut („Aktivierende Pflege“).

1.3 Probleme mit Angehörigen

Entscheidungen, die die Patienten nicht mehr für sich selbst treffen können, liegen häufig bei den Angehörigen. Überfürsorgliches Verhalten naher Verwandter kann oft zeitraubend sein, fehlende oder unzuverlässige Angehörige lassen wiederum den Patienten, aber auch das Pflegeteam allein. Wichtig ist vor allem die Miteinbeziehung und Information der Angehörigen, um eine funktionierende Kooperation mit dem Arzt und dem Pflegeteam zu gewährleisten.

Hilfreich wäre in diesem Fall die Institution z.B. eines Liaison-Psychiaters, der Gespräche mit den Angehörigen zur Konfliktlösung führen kann. Auch die Einführung so genannter „Angehörigen-Abende“ hat sich oft als nützliche Bereicherung für alle Beteiligten erwiesen. Generell wichtig ist vor allem der gelungene Erstkontakt mit den Angehörigen! Die Kontaktperson muss einen ausgesprochen kompetenten und menschlich verbindlichen Eindruck hinterlassen.

Dazu bedarf es einer ehrlichen, offenen Atmosphäre und vor allem ausreichend Zeit. Der Angehörigenkontakt muss strukturiert ablaufen, und es muss definiert sein, wer aus dem Team für den Erstkontakt zuständig ist.

1.4 Probleme mit Spitälern

Alzheimer-Patienten werden häufig mit einer Pseudodiagnose entlassen bzw. rücktransferiert („Drehtürmechanismus“). Es empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit mit einem Versorgungskrankenhaus im Sinne einer Kontingenzierung.

Nach wie vor gibt es zu wenige Akutgeriatriebetten in Spitälern mit dementsprechend ausgebildetem, kompetentem ärztlichem und pflegerischem Personal.

2. Erkrankungen und Symptome des „schwierigen Patienten“ im Pflegeheim

2.1 Depressive Symptome im Alter

Depressive Symptome im Alter können bei psychosozialen Belastungen, bei klassischen Depressionen oder bipolaren Erkrankungen sowie bei depressiven Persönlichkeiten auftreten.

Sie können anderen Erkrankungen vorausgehen (z.B. bei Alzheimer-Demenz, M. Parkinson), mit somatischen Erkrankungen vergesellschaftet sein (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, neurologischen Erkrankungen, endokrinen Störungen sowie Mangelsyndromen) oder bei bestimmten Medikamenten beobachtet werden.

Unter psychosozialen Belastungen versteht man z.B. keine Aufgaben und keine Verantwortung mehr zu haben, eine zunehmende Vereinsamung, eine schlechtere Wohnsituation, das Wiederauftauchen alter Konflikte, psychische und körperliche Inaktivität, körperliche Einschränkungen und Behinderungen.

Häufig liegt im Alter jedoch eine klassische Depression vor, wobei unipolare Depressionen im Mittel mit 45 Jahren beginnen. Die Prognose der Behandlung ist nicht ungünstiger als die bei jüngeren Patienten.

2.1.1 Besonderheiten beim älteren und hochbetagten Menschen:

Die Symptome sind oft nicht so stark ausgeprägt, man sieht eher einen chronischen Verlauf. Vor allem die kognitiven Fähigkeiten, wie z.B. Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Entschlussfähigkeit, verschlechtern sich. Im Vordergrund stehen die somatischen Symptome oder oft unspezifische Symptome wie Klagsamkeit, hypochondrische Befürchtungen, Reizbarkeit, Verlangsamung, Apathie und Rückzug. Häufig sind diese Patienten misstrauisch und leiden unter Wahnideen (z.B. Verarmungs-, Versündigungswahn).

Unterschiedliche Voraussetzungen wie Vulnerabilität, belastende Lebensereignisse und fehlender sozialer Rückhalt können zu einer schweren Depression führen.

Depressive Symptome treten auch häufig im Rahmen einer Demenz auf.

Auch unter bestimmten Medikamenten kommt es zu einem gehäuftem Auftreten von depressiven Symptomen (z.B. Analgetika, Antihypertensiva, Antikonvulsiva, Antiparkinsonmittel, Benzodiazepine, Kortikosteroide, Cimetidin, Ranitidin, Tuberkulostatika und Chemotherapeutika).

2.2 Psychotische Symptome im Alter

Psychotische Symptome im Alter treten bei wahnhaften Störungen und wahnhaften Persönlichkeiten, bei Schizophrenien und Manien sowie bei schweren Depressionen und organischen Psychosyndromen auf. Häufig werden psychotische Symptome jedoch bei Demenzen, Verhaltensstörungen (BPSD), deliranten Zuständen und durch Medikamente ausgelöst beobachtet.

2.2.1 Schizophrenie im Alter

Im Vordergrund stehen Wahn, akustische Halluzinationen, Verstimmungen, Körpermissempfindungen und Schlafstörungen. Ein chronischer Verlauf führt zu Residualsymptomen, deren Abgrenzung zu Demenz schwierig sein kann.

2.2.2 Manie im Alter

Eine Erstmanifestation einer Manie nach dem 60. Lebensjahr ist selten, die Manien im Alter werden in Desinhibition syndroms (Enthemmungssyndrome), primär bipolare Störungen, sekundäre Manien oder frontotemporale Demenzen eingeteilt (Shulmann, AmJPsy 1992).

2.2.3 Verhaltensstörungen im Rahmen einer Demenz (BPSD – Behavioural and Psychological Symptoms of dementia)

Bei ca. 80–90% aller Demenzkranken treten einzelne oder mehrere Verhaltensstörungen auf, die recht unterschiedlich sein können.

Arten von Verhaltensstörungen:

Agitation, Hyperaktivität, physische und verbale Aggression, Schreien, Enthemmungsphänomene, Störung der Impulskontrolle machen ca. 50% der Verhaltensstörungen aus.

Weitere Symptome sind:

Wandern, Schlafstörungen, gestörtes Essverhalten, gestörtes sexuelles Verhalten

Apathie, Rückzug, Depression

Angst, Panik, Katastrophenreaktionen

Weglaufen, Umherirren, ständiges Suchen

Horten und Verstecken

Wiederholtes Fragen, Rufen, Schreien

„Sundowning-Syndrom“ (Tag-Nacht-Umkehr)

Misstrauen, Wahnideen, Halluzinationen, Depression, Angst, Fehlidentifikationen von Situationen und Personen

Differenzialdiagnose Depression versus Demenz

Tabelle 2

Klinische Eigenschaften	Depression mit kognitiven Störungen	Demenz
Eintritt	Rasch	Schleichend
Dauer	Relativ kurz (Wochen)	Relativ lang (Monate bis Jahre)
Stimmung	Tagesschwankungen, meistens gedrückte Stimmung	Wechsel von apathisch bis normal reizbar
Intellektuelle Funktion	Jammern „Ich weiß die Antwort nicht“	Verharmlosen oder Rationalisieren der Fehler
Gedächtnisverlust	Kurz und länger Zurückgelegenes	Am häufigsten bei kurz zurückliegenden Ereignissen
Selbstbild	Schwach	Normal
Vergesellschaftete Symptome	Angst, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit	Selten; manchmal Schlafstörungen oder unkooperatives Verhalten
Veranlassung für den Arztbesuch	Eigeninitiative	Familie und Freunde
Vorgeschichte	Psychiatrische Anamnese und/oder Familienanamnese; persönliche Probleme	Vererbbar

Bei ca. 30% der Patienten treten diese nicht kognitiven Symptome schon vor Eintritt der kognitiven Symptome auf.

2.2.4 Delir, Verwirrheitszustände

Unter einem Delir versteht man das akute Versagen höherer zentralnervöser Funktionen mit einer Beeinträchtigung von vor allem kognitiven Leistungen. Letztendlich bildet ein Delir eine gemeinsame Endstrecke, der viele unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen können. Charakteristisch bei chronischen Erkrankungen oder chronischem Alkoholkonsum ist ein fluktuierender Verlauf, der oft schwer durch die abwechselnd im Vordergrund stehende Hyper- bzw. Hypoaktivität des Patienten diagnostizierbar ist.

Ein Delir kann in jedem Alter auftreten, ist jedoch am häufigsten jenseits des 60. Lebensjahres und kann vorübergehend und von wechselnder Intensität sein.

Prädisponierende und auslösende Faktoren eines Delirs

Tabelle 3

Prädisponierende Faktoren	Auslösende Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Demenz (40% im Krankenhaus werden delirant) • Schwere Allgemeinerkrankungen • Komorbidität • Substanzmissbrauch (Alkohol, Tranquilizer) • Behinderungen (Sehbehinderung, niedrige Intelligenz) • Schmerzen • Mangelernährung • Flüssigkeitsmangel • Männliches Geschlecht 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu hoher oder zu niedriger Blutzucker • Anticholinerge Medikamente • Hypoxie • Blutverlust • Schwere Verletzungen (z.B. Schenkelhalsbruch) • Schwere Infektionen • Operationen

Tabelle 4

Medikamente und deren Wirkung

Medikamente, die ein Delir auslösen können		
Arzneimittelgruppe	Stoffklasse	Beispiele
Kardiovaskulär wirkende Mittel	<ul style="list-style-type: none"> Betablocker Herzglykoside Diuretika 	<ul style="list-style-type: none"> Propranolol (Inderal®) Metoprolol (Beloc®, „Meto-“) Digoxin Furosemid (Lasix®, Furon®) Hydrochlorothiazid (Moduretic®)
Neuro-Psychopharmaka	<ul style="list-style-type: none"> Neuroleptika Parkinson-Mittel Alkoholerkrankungen Trizykl. Antidepressiva Hypnotika/Anxiolytika Spasmolytika (Atropinderivate) Antikonvulsiva 	<ul style="list-style-type: none"> Phenothiazine (Dapotum®, Decentan®, Melleril®) Levodopa Bromocriptin (Umprel®) Biperidin (Akineton®) Amantadin (PK Merz, Hofcomant®) Disulfiram (Antabus®) Amitriptylin (Saroten®) Benzodiazepine, -entzug Tropium (Inkontan®, Spasmolyt®) Oxybutynin (Detrusidol®, Ditropan®) Phenytoin (Epilan®) Valproinsäure (Depakine®)
Mittel gegen Infektionserkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> Antibiotika Tuberkulosemittel Malariamittel 	<ul style="list-style-type: none"> Penicilline, Sulfonamide (Cotrimoxazol) Isoniazid, Rifampicin, Mefloquin
Medikamente, die paranoide Symptome auslösen können		
Kardiovaskulär wirkende Mittel	<ul style="list-style-type: none"> Antihypertensiva (zentral wirksam) Betablocker Herzglykoside 	<ul style="list-style-type: none"> Clonidin (Catapresan®) Moxonidin (Normoxin®) Propranolol (Beloc®, „Meto-“) Metoprolol (Inderal®) Digoxin
Neuro-Psychopharmaka	<ul style="list-style-type: none"> Parkinson-Mittel Stimulantien 	<ul style="list-style-type: none"> Levodopa Bromocriptin (Umprel®) Biperidin (Akineton®) Amphetamine
Mittel gegen Infektionserkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> Malariamittel Gyrasehemmer 	<ul style="list-style-type: none"> Mefloquin Ciprofloxacin (Ciproxin®)
Immunmodulatoren	<ul style="list-style-type: none"> Coricosteroide 	<ul style="list-style-type: none"> Prednisolon
Medikamente, die halluzinatorische Zustände auslösen können		
Analgetika, Antirheumatika	<ul style="list-style-type: none"> NSAR 	<ul style="list-style-type: none"> Indometacin („Indo-“)
Kardiovaskulär wirkende Mittel	<ul style="list-style-type: none"> Betablocker Herzglykoside 	<ul style="list-style-type: none"> Propranolol (Inderal®) Metoprolol (Beloc®, „Meto-“) Digoxin
Neuro-Psychopharmaka	<ul style="list-style-type: none"> Parkinson-Mittel Trizyklische Antidepressiva Benzodiazepine Antidementiva 	<ul style="list-style-type: none"> Levodopa Bromocriptin (Umprel®) Biperidin (Akineton®) Amitriptylin (Saroten®) Diazepam (Valium®) Donepezil (Aricept®) Rivastigmin (Exelon®) Galantamin (Reminyl®)
Mittel gegen Infektionserkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> Gyrasehemmer 	<ul style="list-style-type: none"> Ciprofloxacin (Ciproxin®)
Magen-Darm-Mittel	<ul style="list-style-type: none"> Protonenpumpenhemmer 	<ul style="list-style-type: none"> Esomeprazol (Nexium®)

In einer Untersuchung der Psychiatrischen Klinik Wels wurden 37 Patienten über 65 Jahre mit der Diagnose eines Delirs in Bezug auf die möglichen Ursachen näher analysiert. Zehn Patienten hatten überhaupt zu viele Medikamente, eine Zuordnung war nicht möglich, bei fünf Patienten konnten potenzielle Auslöser identifiziert werden (Ziproxin®, Tramal®, 2x Cisordinol®, trizyklische Antidepressiva).

Neun Patienten litten unter Infektionen (6x HWI, 2x Pneumonie, 1x Erysipel), bei sieben Patienten wurden andere Ursachen zugeordnet (Hypo-/Hyperglykämie, Alkoholentzug, TQ-Entzug, unzureichende Schmerztherapie, postoperativer Zustand, Umzug ins Altersheim).

2.3 Ängstliche Symptome im Alter

Ängstliche Symptome im Alter finden wir bei Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen sowie bei ängstlichen Persönlichkeiten und organischen Psychosyndromen. Häufig treten Ängste bei Depressionen und demenziellen Erkrankungen auf.

2.4 Schlafstörungen im Alter

Schlafstörungen sind altersbedingt sehr häufig, oft aber auch durch ein Schlafapnoesyndrom, ein Restless-Legs-Syndrom oder auch medikamentös bedingt. Differenzialdiagnostisch bedeutsam ist es, eine Depression, eine Demenz oder ein Delir auszuschließen.

2.5 Suizidalität im Alter

Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide sind vor allem bei Männern über 70 Jahre wieder häufiger (180 Suizide auf 100.000 Einwohner bei 85-jährigen Männern, im Vergleich zu 16 bis 17 auf 100.000 über alle Altersgruppen verteilt), bei Frauen hingegen ist der Anteil der Suizidgedanken und -versuche nicht auffällig höher.

Oft spielt die Vereinsamung mit Hoffnungslosigkeit eine bedeutende Rolle. Männer werden im Alter immer stummer und haben kaum gelernt, über Beziehungen und Einsamkeit zu reden.

Suizidgedanken finden sich bei schweren Depressionen, starken psychosozialen Belastungen, schweren

somatischen Erkrankungen und Schmerzen sowie bei Substanzmissbrauch und Abhängigkeit.

3. Empfehlungen für Behandlungsmöglichkeiten/Medikamentöse Therapie:

Grundsätzlich erhalten geriatrische Patienten zu selten Antidementiva (nur etwa 15% der indizierten Behandlungen), noch immer zu selten und zu kurz Antidepressiva, hingegen zu häufig und oft nicht die richtigen Benzodiazepine sowie nicht die passenden Antipsychotika.

Antikonvulsiva (Oxcarbamazepin, Valproat, Lamotrigin) und Lithium (z.B. beim alt gewordenen bipolaren Patienten) gehören in fachärztliche Hände.

Tabelle 5

Verhaltensstörungs-Cluster (BPSD) und therapeutische Maßnahmen beim dementen Patienten

Apathie	
Rückzug, Interessenverlust, Demotivation	Antidepressiva, AChE-Hemmer
Aggression	
Aggressiver Widerstand, physische Aggression, verbale Aggression	Antipsychotika, Antikonvulsiva, Antidepressiva, Memantine
Psychomotorische Agitation	
Zielloses Umherwandern, Trippeln, schleifender Gang, Rastlosigkeit, repetitive Handlungen, Ankleiden/Auskleiden, Schlafstörungen	Antipsychotika, Antikonvulsiva, Benzodiazepine, Memantine, Antidepressiva
Depression	
Bösartigkeit, Weinerlichkeit, Verzweiflung, geringe Selbstachtung, Angst, Schuldgefühle	Antidepressiva, Benzodiazepine, Antipsychotika, Antikonvulsiva
Psychose	
Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Verkennungen	Antipsychotika, AChE-Hemmer

Adaptiert nach McShane R. Int Psychogeriatr 2000

Antidementiva haben nicht nur prokognitive und ADL (Activities of daily living) verbessernde, sondern in verschiedenen Bereichen von Verhaltensstörungen des Demenzpatienten günstige Wirkungen (siehe Tabelle 5).

Zur mittelfristigen Behandlung von BPSD bringen Antidementiva – sowohl die Acetylcholinesteraseinhibitoren Donepezil, Rivastigmin und Galantamin, als auch Memantine – und Antidepressiva merkbare Verbesserungen im Verlauf. Kurzfristig kommt man bei ausgeprägtem BPSD ohne Antipsychotika und/oder Benzodiazepine nicht aus.

Nicht pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten von BPSD: Ursachen identifizieren, dem Patienten nach Möglichkeit das Gefühl von Sicherheit vermitteln und Konfrontationen vermeiden. Deeskalierender Umgang ist sehr wichtig für „Caregiver“, sowohl für professionelle als auch für Angehörige.

3.1 Empfehlenswerte Antidepressiva

Empfehlenswerte Antidepressiva für ältere Patienten dürfen nicht anticholinerg (=delirogen) sein, wie z.B. die Trizyklika (z.B. Amitryptilin). Sie müssen kardial gut verträglich und sowohl nebenwirkungs- als auch interaktionsarm sein. Von der Gruppe der SSRI erfüllen dies: Citalopram, Escitalopram und Sertralin. Studien bei Schlaganfallpatienten erbrachten unter Sertralin reduzierte Rezidivraten. Auch die modernen dualen Antidepressiva sind in der Regel für geriatrische Patienten gut verträglich. Bei Venlafaxin sollte unbedingt die retardierte Form (Venlafaxin ER) gegeben und eine mögliche RR-Hebung vor allem zu Beginn bedacht werden.

Milnacipran ist ebenfalls ein duales Antidepressivum, das über die Niere ausgeschieden wird. Es wird bei diabetischer Polyneuropathie empfohlen und sollte beim geriatrischen Patienten nieder dosiert eingeschlichen werden. Das neue dual wirksame Duloxetine könnte eine auch für den geriatrischen Patienten interessante Medikation sein.

Trazodon und das modernere Mirtazapin sind für den älteren Menschen hervorragend geeignete sedierende Antidepressiva, wobei die antidepressive Potenz von Mirtazapin höher ist. Bei beiden kann es zu Beginn der Therapie zu hypotonen Reaktionen kommen.

Generell gilt beim älteren Patienten für Antidepressiva die Maxime: start low, go slow – but go!

3.2 Empfehlenswerte Benzodiazepine

Beim älteren Patienten ist es sehr wichtig, nur solche Benzodiazepine zu verwenden, die keine aktiven Metaboliten haben. Zur Vermeidung von Kumulation sollten sie eher kurze Wirkzeiten und wegen einer möglichen Sturzgefahr nur geringe muskelrelaxierende Eigenschaften haben. Antirespiratorische Eigenschaften haben alle Benzodiazepine (cave bei Bronchitis/Pneumonie).

Lorazepam, Oxazepam und Alprazolam sind nach den genannten Kriterien am besten geeignet, dennoch kann es infolge reduzierter Stoffwechselprozesse zu Kumulation kommen.

Leider ist die beim mobilen alten Patienten besonders ungeeignete Medikation mit Diazepam (Psychopax) in der Geriatrie besonders häufig. Diazepam hat die längste Halbwertszeit und damit das größte Risiko für Kumulation, wirkt am meisten delirogen, besonders muskelrelaxierend und damit sturzgefährdend.

3.3 Empfehlenswerte Hypnotika

Schlafstörungen im Alter sind häufig, Trazodon und Mirtazapin s.o. sind gut geeignete Substanzen, in schwierigen Fällen ist auch ein Ausweichen auf Prothipendyl eine Möglichkeit.

Zolpidem ist ein wirksames und gut verträgliches Schlafmittel, mit etwa fünf Stunden Wirkzeit ein echtes Einschlafmittel und ermöglicht ein Erwachen ohne Hangover.

Bei Triazolam gilt es, die Halluzinoserate zu bedenken.

Es ist nicht sinnvoll, zehn und mehr Jahre eingenommene, gut verträgliche und wirksame Medikationen (z.B. Flunitrazepam) abzusetzen oder umzustellen.

Für Benzodiazepine inklusive der angeführten Hypnotika werden auch bei kurzer bis mittlerer Einnahmedauer regelmäßige Ausschleichversuche empfohlen. Absetzen ist jedenfalls kontraproduktiv (Entzug); Ausschleichen statt Absetzen ist die Maxime.

3.4 Empfehlenswerte Antipsychotika

Die Auswahl eines Antipsychotikums hängt vor allem vom Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum des jeweiligen Präparates ab.

Tabelle 6

Anticholinergeres = delirogenes Potenzial von Antipsychotika			
Typische Neuroleptika		Atypische Antipsychotika	
Haloperidol (Haldol®)	0	Clozapin (Leponex®)	++++
Melperon (Buronil®)	0	Olanzapin (Zyprexa®)	+++
Thioridazin (Melleril®) (in Ö aus dem Handel 8/06)	++++	Risperidon (Risperdal®)	0
Prothipendyl (Dominal®)	++	Amisulpirid (Solian®)	0
		Ziprasidon (Zeldox®)	0
		Quetiapin (Seroquel®)	0
		Aripiprazol (Abilify®)	0

Stark anticholinerge Antipsychotika sind für den alten Patienten, insbesondere Demente mit cholinergen Defiziten, nachteilig.

Haloperidol hat ein hohes EPS-Risiko (Extrapyramidale Symptome) und wird mit Ausnahme für den kurzfristigen Einsatz beim Delir als obsolet angesehen.

Melperon hat ein starkes Orthostase-(und damit Sturz-)Risiko und ist deshalb nicht zu empfehlen.

Sowohl FDA als auch EMEA haben bei Olanzapin und Risperidon auf die Schlaganfallproblematik hingewiesen. An dieser Stelle muss betont werden, dass sowohl unter den typischen Neuroleptika (z.B. Haloperidol) als auch unter Benzodiazepinen das Schlaganfallrisiko etwa doppelt so hoch wie beim Einsatz moderner Antipsychotika ist.

3.4.1 QTc-Zeit-Verlängerung

Die normale QTc-Zeit liegt im Bereich von unter 440msec. Von einer QTc-Zeit-Verlängerung spricht man, wenn dieser Bereich überschritten wird. Den stärksten Effekt auf die QTc-Zeit-Verlängerung hat Thioridazin (bereits vom Markt), gefolgt von Clozapin, Ziprasidon, Haloperidol, Quetiapin, Risperidon und Olanzapin (FDA Psychopharmacological Drug Advisory Committee, 2000).

Ältere Menschen haben ein Risiko für QTc-Zeit-Verlängerung. Hier gibt es auch das Problem des additiven Effekts: kombiniert man mehrere Präparate, wie es beim geriatrischen Patienten oft der Fall ist, kann es zu Interaktionen und zu einer QTc-Zeit-Verlängerung kommen (z.B. Klazid).

Prothipendyl wird routinemäßig als Schlafmittel verabreicht, ohne dass man sich seiner Qtc-Zeit-verlängernden Eigenschaft bewusst ist, die etwa zwischen der von Clozapin und Ziprasidon liegt.

Für die Praxis bedeutet das, dass EKG-Kontrollen beim Patienten im Pflegeheim routinemäßig gemacht werden sollen, wenn möglich sowohl vor als auch im Verlauf der Behandlung.

Dosierungsempfehlungen für atypische Antipsychotika beim Dementen:

- Risperidon: 0,5–1,5 (2)mg
 - Olanzapin: 2,5–10mg
 - Quetiapin: 12,5–100mg
 - Ziprasidon: 20 (-40mg)
 - Clozapin: 6,25–12,5mg
- (Aronson, 2002; Caligiuri 2000)

Die atypischen Antipsychotika – und nicht nur Risperidon allein – haben eine Berechtigung, zur Behandlung bei geriatrischen Patienten eingesetzt zu werden. Bei Risperidon besteht eine gewisse Tendenz zu extrapyramidalen Nebenwirkungen (EPS), daher gilt es, so niedrig wie möglich zu dosieren. Allerdings hat von den modernen atypischen Antipsychotika ausschließlich Risperidon die Indikation BPSD (nach Ausschöpfung anderer deeskalierender Maßnahmen), und jede andere neuroleptische Gabe bedarf einer entsprechenden besonderen Argumentation und Dokumentation.

4. Medizin und Geriatrie

4.1 Das medizinische Paradigma

Die klassische, rein somatisch ausgerichtete Hochleistungsmedizin war in den letzten Jahrzehnten enorm erfolgreich. Wir wissen heute so viel über die Mechanismen und Abläufe im Körper, den Organen und Zellen wie nie zuvor.

Dadurch kann die Medizin heute für viele Erkrankungen gute und nebenwirkungsarme Therapien anbieten und viele Krankheiten schon im Keim verhindern. Möglich wurde dieser Fortschritt durch die Orientierung am wissenschaftlichen „medizinischen Paradigma“, das jedwede Erkrankung als Störung der Funktionen und Abläufe in den Organen des Körpers erklärt und betrachtet.

Dieses heute dominierende medizinische Paradigma ist ein rein naturwissenschaftliches und knüpft an der materialistischen Vorstellung an, die den Körper als eine Maschine sieht und die Krankheiten als Fehlfunktionen der „Maschine Mensch“. Das Handeln des Arztes ist ein Vorgehen gegen die Krankheit.

Im rein somatischen Denken sieht sich der Arzt als Behandler, der gegen die diagnostizierten Krankheiten vorgeht, bis sein

Ziel – die Freiheit von der Krankheit – erreicht ist. Eine gute Beziehung zwischen Patienten und Behandler ist in diesem Modell nicht unbedingt nötig, damit der Arzt erfolgreich die Krankheit behandeln kann.

4.2 Die Grenzen des medizinischen Paradigmas

Dieses medizinisch-somatische Paradigma stößt dann an seine Grenzen, sobald es in der Medizin oder in medizinischen Bereichen um Gestaltung und Aufrechterhalten von Beziehung geht, wenn der Erfolg der Behandlung ausbleibt oder wenn die Erkrankung unmittelbar mit der Person des erkrankten Menschen zusammenhängt, wie z.B. bei den psychosomatischen Erkrankungen.

Erfolge der klassischen Medizin bleiben aus, wenn wir es mit Menschen zu tun haben, die nicht gesund werden können, weil ihre Erkrankung chronisch oder bösartig ist, weil die zu behandelnde Person an mehreren Erkrankungen leidet oder weil es sich um alte betagte Menschen handelt.

Bei der Behandlung von unheilbar Kranken oder multimorbiden alten und betagten Menschen geraten Ärzte und Helfer oft in emotionale Bedrängnis, da ihnen der Erfolg ihrer Anstrengungen und Bemühungen verwehrt bleibt. Diese Erfolglosigkeit vor dem Hintergrund von oft überzogenen Ansprüchen an das eigene Können führt geradewegs in ein Burnout.

Das bedeutet, dass Ärzte für jene Bereiche, die sich nicht für das Paradigma der somatischen Medizin eignen, andere Konzepte und Ideen brauchen, die den heilenden Aspekt zugunsten des pflegenden, begleitenden und prophylaktischen Aspekts mehr in den Hintergrund stellen.

4.3 Die geriatrischen Einrichtungen

Für Einrichtungen, die sich der Betreuung und Behandlung von Menschen widmen, die nicht restlos geheilt werden können, bedeutet das ebenfalls, dass andere Konzepte benötigt werden. Diese umfassen sowohl den baulichen, architektonischen Bereich als auch Pläne für Personalorganisation und die Integration von bestimmten primär nicht ärztlichen Modellen, die es ermöglichen, jenen Menschen, die in diesen Einrichtungen betreut werden, jene umfassende Betreuung zu bieten, die sie benötigen.

Das Personal sollte für diese Aufgaben auch geschult sein und so eingesetzt werden, dass für den Bewohner/Patienten dieser Station eine Kontinuität in der Betreuung gegeben und erkennbar ist, was sich z.B. nur dann umsetzen lässt, wenn die betreuenden Personen nicht zu häufig wechseln.

Aufgaben für geriatrische Einrichtungen:

- Behandlung
- Beziehungsgestaltung
- Begleitung
- Pflege
- Prophylaxe

In diesen Einrichtungen benötigt die Zuwendung und Begleitung mehr Zeit. Das multiprofessionelle Team hat hier einen besonders wichtigen Stellenwert aufgrund der großen Belastung, die eine kontinuierliche Begleitung von Men-

schon auch in den letzten Wochen ihres Lebens darstellt. Die Entwicklung einer Kultur für den Umgang mit diesen Menschen sowie auch das Klima auf der Station sind wesentliche Faktoren, damit ältere Menschen sich wohlfühlen, möglicherweise auch wieder in den Alltag zurückfinden können.

Da die Pflege von geriatrischen Patienten sehr aufwändig und Altenfachbetreuung noch nicht allorts vorhanden ist, der Bedarf nach Ansprechpartnern (Ärzten wie Pflegepersonal) groß ist, liegt hier ein gewisses Konfliktpotenzial für die mit dieser Situation konfrontierten (be)handelnden Personen vor: Konflikte zwischen allen Beteiligten: ärztliches gegen Pflegepersonal, Diplompflege- gegen Altenpflegepersonal, bedürftige, fordernde oder ängstliche Patienten und/oder Angehörige gegen die Institution.

4.4 Der psychiatrische Liaisondienst

Das multiprofessionelle Team solcher Einrichtungen sollte auf alle Fälle durch einen psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst unterstützt werden. Es gibt einige wichtige Unterschiede zwischen einem Konsiliar- und einem Liaisondienst, die im Folgenden kurz erläutert werden sollen:

Tabelle 7

	Konsiliarpsychiatrie	Liaisonpsychiatrie
Kontaktaufnahme	nach Anforderung	regelmäßig, ohne Anforderung
Zuweiser	Arzt	alle Mitarbeiter
Fragestellung	medizinisch-somatisch	psycho-bio-sozial
Problem	Diagnose, Therapie	Schwierigkeit
Ziel	Krankheit	Erkrankter in seiner Umwelt
Ergebnis	Befundbericht	psychosoziale Intervention

Der Konsiliardienst hat in seiner ursprünglichen Bedeutung die Aufgabe, die behandelnden Ärzte in seinem Fachbereich zu beraten (lat.: consilium „Rat“) und zu unterstützen, indem er nach Zuweisung eben seine fachliche Expertise abgibt. Er wird meist vom behandlungsführenden Arzt angefordert und kommt entweder an die Station oder der Patient wird zu ihm gebracht. Er schreibt einen Befundbericht mit Diagnose und Therapievorschlag, macht zusätzlich oft Vorschläge bezüglich weiterführender Untersuchungen, ist aber nicht weiter in die Betreuung eingebunden. Die Umsetzung des Vorschlags, auch die Entscheidung, ob die vorgeschlagenen Maßnahmen umgesetzt werden, obliegt dem verantwortlichen, die Abteilung führenden Arzt.

Liaisonpsychiatrie bietet nun eine mehrere Facetten umfassende psychiatrische Diagnostik, Behandlung und Beratung. Wobei nicht nur der Erkrankte selbst behandelt und beraten wird, sondern auch das Team der Abteilung oder Einrichtung, in der der Erkrankte im Augenblick betreut wird. Das ist natürlich weitaus effektiver als eine reine Konsiliarversorgung. Allerdings benötigt dieses Modell auch zu seinem Gelingen ein größeres personales und zeitliches Budget, ist also insgesamt aufwändiger.



ungsverlauf aufgetreten sind. Es geht also weniger um die diagnostische und therapeutische Vorgehensweise, sondern um eine umfassende psychosoziale Intervention, die er gemeinsam mit den in der Einrichtung Tätigen und mit dem primären Lebensumfeld des Erkrankten plant und umsetzt.

Da die diagnostischen und therapeutischen Interventionen des Liaisonpsychiaters ein relativ hohes Ausmaß an Komplexität erreichen, ist es oft auch nur schwer möglich, diese in Form eines Berichts oder Befundes abzubilden.

Aufgaben der Liaisonpsychiatrie:

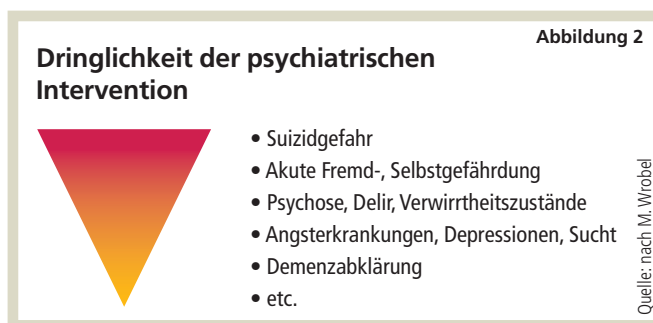
- Fachliche medizinische Vorschläge (somatische Diagnostik und Therapie)
- Psychodynamische Diagnose und Therapie (Krisenintervention, Psychotherapie)
- Reflexion mit den Betroffenen (Suche nach Ursachen und Auslösern)
- Information und Erklärung für Mitarbeiter und Angehörige (Edukation)
- Psychosoziale Interventionen

Der Liaisonpsychiater kommt auch ohne Auf- und Anforderung regelmäßig in die Institution. Seine Ansprechpartner sind alle Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams, die mit der Betreuung des Patienten befasst sind. Er spricht mit Angehörigen, Betreuern und Hausärzten und versucht, sich so ein möglichst umfassendes Bild vom Patienten in dessen Welt zu machen. Seine Vorschläge bezüglich des weiteren Vorgehens stimmt er auch mit allen betroffenen Stellen ab. Er wird auch nicht allein wegen einer Erkrankung mit einem Patienten befasst, sondern zumeist wegen Schwierigkeiten, die im Betreu-

5. Zusammenfassung

Der „schwierige Patient im Pflegeheim“ ist sehr häufig ein dementer oder depressiver, nicht selten auch ein deliranter Patient. Gelegentlich kann es sich auch um einen alt gewordenen Menschen mit schwerer Persönlichkeitsstörung, einer schizophrenen oder schizoaffektiven Erkrankung handeln. Generell wird die psychiatrische Komorbidität oft multimorbider älterer Patienten als der eigentlich schwierige Betreuungsbereich erlebt.

So stellen besonders die Verhaltensstörungen im Rahmen von Demenzerkrankungen, depressive oder psychotische Symptome, sowie Verwirrheitszustände im Verlauf eines Delirs eine Herausforderung an Ärzte und Betreuer dar. Die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten sind vielfach und umfassen nicht nur den rechtzeitigen Einsatz einer geeigneten Medikation sondern viel häufiger als in der Praxis durchgeführt auch das Absetzen bzw. Ausschleichen ungeeigneter bzw. nicht mehr notwendiger Medikamente. Eine regelmäßige Kontrolle der Medikamentenliste eines Patienten auf Notwendigkeit, Interaktionen, Nebenwirkungen u.ä. sollte Routine sein. Die individuellen Bedürfnisse, sowie die jeweilige Situation eines so genannten schwierigen Patienten verlangen große Aufmerksamkeit und Sensibilität, um mögliche zusätzliche Konflikte von vornherein zu vermeiden. An Stelle seiner Symptome sollte es wieder der Mensch sein, der in den Mittelpunkt der Behandlung und Betreuung, sowie auch für die Planung von Konzepten und Einrichtungen rückt.



Impressum Verleger: Medizin Medien Austria GmbH DVR Nr.: 0753211 Verlags- und Redaktionsadresse: Wiedner Hauptstraße 120-124, 1050 Wien, Tel.: 01/546 00-0, Fax: DW 730, E-Mail: medizin@medizin-medien.at Geschäftsführung: Thomas Zembacher DW 110 Für den Inhalt verantwortlich: OA Dr. Christian Jagsch, OA Dr. Georg Psota, Dr. Peter Vitecek, Dr. Manfred Weindl Lektorat: Karl Heinz Javorsky Art Direction: Karl J. Kuba Layout und DTP: Johannes Spandl Litho: Bernhard Computertext Druck: Friedrich VDV, 4020 Linz Auflage: 11.000 Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung von Medizin Medien Austria GmbH. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden.