



Hausärztliche Fortbildung Hamburg

- HFH - Handout

Geriatrische Patienten
in der Hausarztpraxis

16. Februar 2010

Claudia Mews

Geriatrie in der Hausarztpraxis

HFH
16.02.2010

Dr. med. C.-K. Münter

Fortbildungen

interessant relevant	interessant nicht relevant
nicht interessant relevant	nicht interessant nicht relevant

Patienten der Praxis

- Alter unter 65 J. 60 %
- Alter über 65 J. 40 %

Anteil an den Patienten einer Woche
im November 2009

- Alter unter 65 J. 40 %
- Alter über 65 J. 60 %

Patienten am Donnerstag

- Alter unter 65 J. 40 %
- Alter über 65 J. 60 %

Kontakte mit der Praxis im Quartal

- Alter unter 65 J. 3.6
- Alter über 65 J. 9.2

Anzahl der Verordnungen pro Patient

- Alter unter 65 J. 0,7
- Alter über 65 J 3.8

Medikamente

- Alter unter 65 J.

Antibiotika

Magen / Darm Therapeutika

Medikamente

- Alter über 65 J.

Herz- Kreislauf

Stoffwechsel

Antibiotika

Analgetika

Psyche

Magen – Darm

Schilddrüse

Anzahl der Überweisungen pro Patient

- Alter unter 65 J. 0,9
(Patienten ohne Üw 40%)
- Alter über 65 J. 1,5
(Patienten ohne Üw 40 %)

Überweisungsziele

- Alter unter 65 J. Gastroenterologe
 Orthopäde

Überweisungsziele

- Alter über 65 J.

Kardiologe
Orthopäde
Gynäkologe
HNO
Neurologe
Augenheilkunde
Gastroenterologe
Diabetologe
Proktologe
Schmerztherapie
Urologe

Zusammenfassung

Alter unter 65 J.

- Anteil Gesamtzahl 60%
- Anteil / Woche 40%
- Anteil / Tag 40%
- Kontakte / Quartal 3.6
- Verordnung / Pat. 0.7
- Med.Gruppen 2
- Üw / Pat. 0.9
- Üw. Adressaten 2

Alter über 65 J.

- Anteil Gesamtzahl 40%
- Anteil / Woche 60%
- Anteil / Tag 60%
- Kontakte / Quartal 9.2
- Verordnung / Pat. 3.8
- Med.Gruppen 7
- Üw / Pat. 1,5
- Üw. Adressaten 11

Leitlinien

HFH

16.02.2010

K.-C. Münter

Leitlinien AWMF

- S1 = Empfehlung von Experten
- S2 = evidence - oder konsensusbasierte Leitlinie
- S3 = evidence - und konsensusbasierte Leitlinie

Leitlinien AWMF

- Geriatrie (2 LL , S 2)
- Neurologie (104 LL – davon 97 S1
2 S2
5 S 3)
- Allgemeinmedizin (12 LL, S 3)

Für das Thema relevant

- Geriatrie
 - Enterale Ernährung bei Patienten mit Schlaganfall
- Neurologie
 - Demenz S3
 - Enterale Ernährung bei Patienten mit Schlaganfall S3
 - Gedächtnisstörung S1
 - Rehabilitation 4 LL, S1
 - Zerebrale Ischämie S1
 - Zerebrovaskuläre Erkrankungen S1

Für das Thema relevant

- Allgemeinmedizin
 - Pflegende Angehörige
 - Schlaganfall
 - Demenz

Pflegende Angehörige

- Kurzfassung
 - Ursache von Belastung bzw. Überlastung
 - Abwendbar gefährliche Verläufe
 - Anamnese – gezielte Fragen
 - Untersuchung – symptombezogen
 - Behandlungsoptionen
 - Gespräche und Beratungen auf verschiedenen Betreuungsebenen

Schlaganfall

- **Kurzfassung**
 - Akutphase – Maßnahmen bei Verdacht auf einen akuten Schlaganfall
 - Postakutphase – nach stattgehabtem Schlaganfall
 - Postakutphase nach stattgehabter Ischämie

Demenz

- **Kurzversion**
 - Definition
 - Abwendbar gefährliche Verläufe
 - Hausärztliche Diagnostik
 - Anamnese und körperliche Untersuchung
 - Psychometrische Tests und erweiterte Untersuchung
 - Schweregradeinteilung
 - Therapie

Fallvorstellung 1

Hausärztliche Fortbildung Hamburg

16.02.2010

Dr. med. K.-C. Münter

Fallvorstellung 1

- 74 jähriger Patient, 1.84 cm groß, 79 kg schwer
- Medikation bislang: Metoprolol 50 mg wegen erhöhten Blutdruckes
- Amateurradrennfahrer nahezu lebenslang
- Beruf: Unternehmer (ca. 120 Angestellte), jetzt im Ruhestand
- Hobbies: Gartenarbeit, Reisen

Fallvorstellung 1

- Der Familie und dem Patienten fallen auf:
 - Straßennamen nicht mehr alle geläufig
 - im Gespräch fallen nicht alle Namen von Bekannten ein
 - gerade eben gelesene Nachrichten werden vergessen

Fallvorstellung 1

- Reaktion des Patienten:
 - leidet sehr unter Merkfähigkeitsdefizit
 - depressive Neigung verstärkt sich
 - versucht zu funktionieren (schreibt sich z.B. die Namen von Leuten auf, die er auf einer Party treffen wird)
 - kämpft um die Erlaubnis, weiter Auto fahren zu dürfen

Diagnostisches Vorgehen bei Demenzverdacht

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wolfgang Meins

Privatpraxis und
Institut für Neuropsychiatrische Gutachten
Neuer Wall 32 - 20354 Hamburg

Demenz – ICD-10 diagn. Leitlinien

- Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens, der Urteilsfähigkeit und des Ideenflusses
- Oft Störung von emotionaler Kontrolle, Antrieb und Sozialverhalten
- Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Symptome seit mindestens 6 Monaten

- *Fazit:* Demenz ist ein Gedächtnis-Plus Syndrom
- *Und:* Von den heute 55jährigen wird jeder 4. erkranken!

Demenz-Schweregrade – in Anlehnung an ICD-10

- Leicht: Grad an Gedächtnisverlust, der zu Problemen bei IADLs führt, Unabhängigkeit möglich (MMST 19-26)
- Mittelgradig: Nur gut gelerntes oder sehr vertrautes Material wird behalten, Probleme bei ADLs, Unterstützung im Alltag erforderlich (MMST 10-18)
- Schwer: Schwerer Gedächtnisverlust, keine nachvollziehbaren Gedankengänge, Unterstützung bei allen ADLs (MMST <10)

Demenz - Erkrankungen

- | | |
|------------------------------|---------|
| ● Alzheimer Demenz | 60 % |
| ● Vaskuläre Demenzen | 10-15 % |
| ● Gemischte Demenzen | 10-15 % |
| ● Demenz mit Lewy-Körperchen | 5-10 % |
| ● Sonstige | ca.10 % |

Der typische Alzheimer-Patient

- ... kommt nicht aus eigenem Antrieb zum Arzt.
- ... klagt nicht über Vergesslichkeit.
- ... ist unauffällig, abschweifend, ausweichend.
- ... wirkt „normal“.
- ... ist gesund ohne schwere Risikofaktoren.
- ... ist ohne „Nachhaken“ nicht zu fassen.

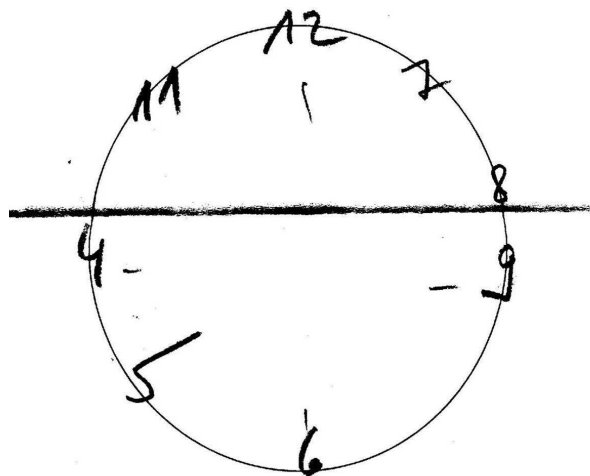
Kriterien für wahrscheinliche AD

- Es liegt ein Demenzsyndrom vor
- Es hat schleichend begonnen
- Es verläuft progredient
- Weder Anamnese noch klinischer Befund oder Bildgebung u. Labor bieten plausible Erklärung für die Demenz
- Cave: Vaskuläre Risikofaktoren alleine rechtfertigen keine vaskuläre Demenz!

Alzheimer-Demenz: Kasuistik - Anamnese

- Herr Dr. NN, 60 J., Arzt in großer Gemeinschaftspraxis
- Kommt alleine und berichtet sehr eloquent
- Kollegen falle langsames und ineffektives Arbeiten auf.
- Er habe nichts bemerkt, außer einer Erschöpfung („burn out“).
- Nach Auszeit von 2 Monaten Besserung, aber Kollegen bestehen jetzt auf ärztlicher Untersuchung.

Kasuistik Dr. NN – Uhrentest



Uhrentest – Einfache Auswertung

- 12 oben?
- Exakt 12 Zahlen?
- Uhrzeit (11:10) korrekt?
- CAVE: Kreis wird vorgegeben; Testdurchführung nicht delegieren.

3. Mini-Mental Status CERAD

"Nun möchte ich Ihnen einige Fragen stellen, um Ihr Gedächtnis und Ihre Konzentration zu prüfen. Einige Fragen mögen einfach, andere schwieriger sein."

- 1) "Welches Jahr haben wir?" _____
- 2) "Welche Jahreszeit?" _____
- 3) "Den wievielten des Monats?" _____
- 4) "Welcher Wochentag ist heute?" _____
- 5) "Welcher Monat?" _____
- 6) "In welchem Land sind wir?" _____
- 7) "In welchem Kanton?" _____
- 8) "In welcher Ortschaft?" _____
- 9) "Auf welchem Stockwerk?" _____
- 10) "An welchem Ort (Name oder Adresse) befinden wir uns hier?" _____

11) "Ich werde Ihnen nun drei Wörter nennen. Nachdem ich Ihnen diese gesagt habe, möchte ich Sie bitten, sie zu wiederholen. Versuchen Sie sich diese Wörter zu merken, in einigen Minuten werde ich Sie bitten, sich wieder an diese Wörter zu erinnern."

"Zitrone" Bitte wiederholen Sie die Wörter!
 "Schlüssel" (Die erste Wiederholung ergibt die Punktzahl) (1 Punkt pro genanntes Wort). Wiederholen Sie die drei Wörter im ersten Versuch nachgesprochen, wiederholen Sie die drei Begriffe bis zu 3 Mal, bis alle Wörter gelernt sind.)
 "Ball"

12) "Nun werde ich Ihnen ein Wort nennen und bitte Sie dieses vorwärts und rückwärts zu buchstabieren. Das Wort ist "PREIS". Können Sie es vorwärts buchstabieren? Bitte buchstabieren Sie es jetzt rückwärts!"

(Wiederholen Sie das Wort wenn nötig und helfen Sie, wenn nötig, beim Vorwärtsbuchstabieren.)

Bewertung: Anzahl richtige Buchstaben in der korrekten Reihenfolge:

S I E R P

(0 bis 5; 9 = nicht durchführbar).

"Welches sind die drei Wörter, die Sie sich merken sollten?"

- 13) "Zitrone" _____
- 14) "Schlüssel" _____
- 15) "Ball" _____

16) (Zeigen Sie der TP ihre Armbanduhr)
 "Was ist das?" _____

17) (Zeigen Sie der TP einen Bleistift)
 "Was ist das?" _____

18) "Sprechen Sie mir nach:
 (Der Satz lautet): "BITTE KEINE WENN UND ABER."
 Es ist nur ein Versuch erlaubt!

19) "Lesen Sie bitte was auf diesem Blatt steht und führen Sie es aus!"
 (Auf dem Blatt steht): "SCHLIESSEN SIE IHRE AUGEN"
 Richtig ist, wenn die TP die Augen schliesst!

20) "Ich werde Ihnen ein Blatt Papier geben. Wenn ich es Ihnen gebe, nehmen Sie es bitte mit der rechten Hand
 Rechte Hand falten Sie es mit beiden Händen un
 Falten legen es dann auf Ihren Schoß!"

Auf Schoß Lesen Sie zuerst die vollständige Instruktion und rechen Sie erst dann der TP das Blatt mit beiden Händen. Wiederholen Sie weder die Instruktion, noch leiten Sie die TP an.

21) "Schreiben Sie bitte irgendeinen vollständigen Satz auf dieses Blatt Papier!"

22) "Hier ist eine Figur. Bitte zeichnen Sie diese Figur auf dem gleichen Blatt Papier ab!"

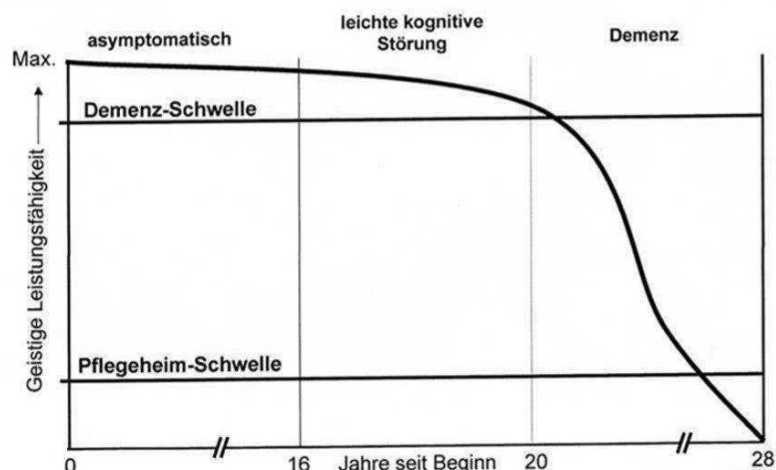
Richtig ist, wenn die zwei sich überschneidenden Fünfecke ein Vierecken und alle Ecken der Fünfecke vorhanden sind.

(Summe aller Punkte der 22 Fragen, ausgeschlossen sind Scores von 9)

Mini-Mental-Status Test – Vor- u. Nachteile

- Weltweit angewandtes Verfahren für Screening und Schweregrad
- Ökonomisch
- Cut-off 26/27: Korrekte Klassifizierung bei 81%;
plus Uhrentest: 84 %
- CAVE: Wenig sensitiv für leichtere (beginnende) Störungen mit
Gefahr von falsch negativer Klassifikation

Alzheimer-Demenz im Zeitverlauf



Leichte kognitive Störung (LKS)

- Die meisten Demenzen durchlaufen ein Übergangsstadium zwischen gesund und krank.
- Dieses Stadium gilt es abzugrenzen von rein altersbedingten Veränderungen und einer leichten Demenz

- LKS: Vorliegen einer objektivierten Störung von kognitiven Funktionen (meist Gedächtnis)
- Demenzkriterien werden aber nicht erfüllt

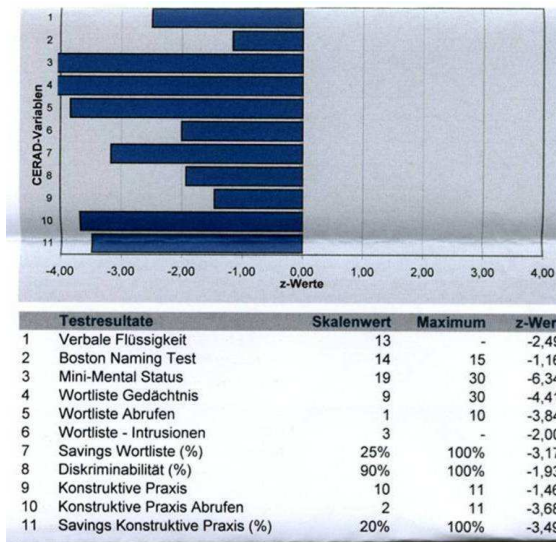
Neuropsychologische Tests zur Demenzdiagnostik

- Screeningverfahren: Uhren-Test, MMST

- Standardisierte Testbatterien: CERAD-NP

- Funktionsspezifische Einzeltests für Lernen u. Gedächtnis, Sprache, Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Raumverarbeitung, Denkvermögen

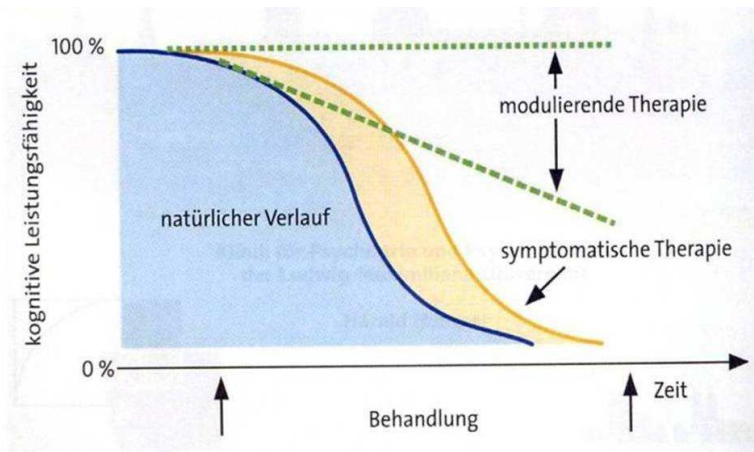
Kasuistik Dr. NN– CERAD-Befunde



Wann Überweisung zum Facharzt oder in Gedächtnissprechstunde?

- Bei unauffälligem Screening, aber eindeutigen (fremd)anamnestischen Hinweisen
- Bei früher atypischer Symptomatik, z. B. Apraxie, Persönlichkeitsveränderungen, visueller Agnosie
- Bei zusätzlichen neurologischen Symptomen, z. B. Bewegungsstörung, Rigor, Seitenzeichen

Anforderungen an ein krankheitsmodifizierendes Medikament



Therapie nach aktuellen Leitlinien (DGPPN 2009)

- Bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz Cholinesterasehemmer mit Weiterbehandlung beim Übertritt in ein schweres Stadium.
- Bei schwerer Demenz Memantine.
- Die DEGAM-Leitlinien weichen davon z. T. ab, eine medikamentöse Therapie ist jeweils zu *erwägen*.

Diagnostisches Vorgehen bei Demenzverdacht - Fazit

- Beschwerden von Patient oder Angehörigen ernst nehmen.
- Fremdanamnese: seit wann, welche Alltagsrelevanz, Autofahren?
- Diagnose und Schweregrad
- sichern
- Medikamentöse Therapie erwägen
- Beratung und Begleitung im Verlauf
 - Verhaltensprobleme
 - Angehörigenberatung, z.B. bei Alzheimer Gesellschaft Hamburg
 - Wohnperspektive
 - Tagespflege
 - Pflegestufe
 - Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, gesetzl. Betreuung, Testament

Fallvorstellung 2

- 80 jähriger Patient
- lebt im Pflegeheim
- Grunderkrankung M. Parkinson
- zusätzliche Demenz leichteren Grades
- Kürzlich nach einem Sturz im Krankenhaus gewesen

Medikamente

• Atosil 25 mg	1-0-0-1
• Clindamycin 300 mg	1-1-1-0
• Ramipril 5 mg	1-0-0-1
• Madopar 125 mg	1-1-1-0
• Novaminsulfon 500 mg	1-0-0-1
• ACC 200 mg BTA	1-1-1-0
• Ospur Brausetbl.	0-1-1-0
• Exelon 4.5mg/24h Pflaster	1-0-0-0
• Foradil P Kps	1-0-0-1
• Fraxiparin 0.3	0-0-1-0
• Morphin 60mg	1-0-0-1

Häufige Fragen zur Medikation geriatrischer Patienten

P.Flesch

Niereninsuffizienz- Quantifizierung

- **Kreatininwert nicht ausreichend** zur Abschätzung
- GFR- Berechnung erforderlich
- Cockcroftformel hat Unsicherheit im Niedergewichtsbereich
- MDRD Formel nach oben offen, nach unten sicher -gewichtsbezogen
- **GFR nach MDRD Berechnung**

Beispielschema mit VORBEHALT

Dosisanpassung an Nierenfunktion			
Kreatinin-clearance ml/min	Gesamtdosis		Dosis aufteilung
	Anfangsdosis	theoretische Höchstdosis	
≥60	1/8	100%	=2-3x 1/16-1/24
≥30-<60		50%	
≥15-<30		25%	Kontra indikation?
<15		0% - 10%	Kontra indikation!

Vorab - Überlegungen

- Körpervolumen/Gewicht (45kg – 110kg) ?
- z. Z. massive Ödeme/ Ascites/ Pleuraergüsse?
- Albuminmangel?
- Überwässerung/ Exsiccose?
- Niereninsuffizienz?
- Leberfunktion?
- Resorptionsminderungen
(Darmresektion? Gastrektomie?)

UAW Faustregel

- Anzahl Medikamente x 10%
- Beispiel:
- 5 Medikamente bedeutet
50% Wahrscheinlichkeit UAW
- 10 und mehr Medikamente
garantiert UAWs

Interaktionsmöglichkeiten Berechnung

$$I_n = n^2 - n / 2$$

Elektrolyte

- Ausgangslage vor Medikation
- Elektrolyt-beeinflussende Medikation (Carbamazepin, Lithium, SSRI, ACE-Hemmer, Diuretika)
- Elektrolyt-beeinflussende Nahrungszusätze (Lakritz)
Salzarme Diät, Salzreiche Diät
- Renale Elektrolytverluste
- Fisteln

Elektrolytkontrolle

- Bei jeder Wesensveränderung (Hypo/ Hypernatriämie)
- Nach jeder Diuretikum - Dosiserhöhung
- Nach jeder Diuretikum – Umstellung
- Bei Exsiccose/Austrocknung

Vorschlag für Laborkontrollen

Medikament	wann	Intervall	was
Furosemid, Torasemid,	Einstellung Verlauf	1 x wö 1 x mo	Na, K, Cl
HCT			Na
Triamteren			K
Spirolacton			K,GFR

Häufigste Arzneimittel somatisch

- Diuretika
 - Betablocker
 - TAH
 - CA-Blocker
 - Lipidsenker
 - Gichtmittel
 - Orale Antidiabetika
 - Antikoagulantien
 - Analgetika
 - Laxantien
 - Antibiotika
- Exsiccose**
Stürze?
Primärprävention?
Verapamil-Typ meiden
Therapieziel klar?
meist entbehrlich
Therapieziel?
Indikation prüfen! Absoluta?
UAW?
Selbstmedikation?
wie lange noch

Häufigste Arzneimittel psychiatrisch

- Neuroleptika
 - Anxiolytika/Tranquilizer
 - Antidepressiva
 - Parkinsonmittel
 - Antiepileptika
 - Antidementiva
- Absetzversuch?**
Dosis,Dauer?
Alternativen?
Halluzination?
UAW
Evidenz, Ziel?

Sedierung unruhiger Patienten

- Somatische Ursache der Unruhe ausschließen
- Delir ausschließen
- Delirogene Wirkung von Medikamenten ausschließen
- Entzug eines Medikamentes ausschließen
- Mit der niedrigstmöglichen Dosierung z.B. Melperon beginnen
- Verletzungsmöglichkeiten (Bett)stürze vorbeugen

Tag-Nachtrhythmus-/Schlafstörung

Fragen:

- Benzoediazepin-Gewöhnung ?
- Somatische Ursache (Linksherzinsuffizienz?)
- O₂-Mangelsituation (O₂Sättigung oft deutlich erniedrigt bei Partialinsuffizienz)
- Hypoaktives Delir?

Tag-Nachtrhythmus-/Schlafstörung

Tipps:

Tagesschlaf verhindern

Zentral wirksame Medikamente zur Nacht
weglassen

RR-Einstellung nachts?

BZ- Werte nachts?

Entleerungen Blase/Darm?

Nykturie

Tag-Nachtrhythmus-/Schlafstörung

Medikamentöse Möglichkeiten:

Ausreichend hoch dosiert : Baldrian

Melperon 3-5 ml

Zopiclon/Zolpidem (stört Schlafarchitektur)

Mirtazapin 7,5 mg

L-Tryptophan

Melatonin (keine eigene Erfahrung)
(Agomelatin/Valdoxan)

Keine SSRI abends

Blutdruckeinstellung

- Ziel definieren: i.d.R. 140/90 (Idealwert)
- (Kein Schmerz, keine Angst ,keine Entleerungsstörungen?)
- ACE- Hemmer, Ca- Antagonisten ,
- Betablocker nur wenn keine Orthostase - Problematik , Bradycardie etc.
- Sartane
- Nur bei schwieriger Einstellung:
 Monoxidin, Nepresol
- Möglichst keine Diuretika zur ausschließlichen RR-Senkung
- Bei mehr als 3 Medikamenten Compliance prüfen....

RR-Einstellung bei Sturzrisiko

- Betablocker vermeiden
- Keine zu stramme RR-Einstellung
- LZ- RR-Kontrolle
- Tägliche Trinkmenge gewährleistet?
- Kompressionsstrümpfe tags

Absolute Arrhythmie - Antikoagulation

- Ziel gemeinsam definieren !
- Nur wenn zu erhaltende (Teil)Selbständigkeit auf dem Spiel steht
- Kunstklappen?
- Ausschließlich biologisches Alter zählt
- Sturzanamnese der letzten 6 Monate?
- Tinetti größer 20?
- Alleinlebend?
- Interferenz mit anderen Medikamenten:
Priorität klären
- Alte profitieren statistisch am besten !

Schmerz

Schmerzanalyse vor Schmerztherapie!

Causale Behandlung

Nicht medikamentöse Behandlungsoptionen
ausschöpfen

Begleitmedikation: wg. UAW

zur Wirkungsunterstützung

(Antidepressiva, Glukokortikoide, Antikonvulsiva,
Antiarrhythmika, Bisphosphonate)

Schmerzbehandlung

- Nicht medikamentöse Therapiemöglichkeiten voll ausschöpfen
- Antidepressive Medikation mit einbeziehen – an somatisierte Depression denken (Amitryptilin, Pregabalin, Mirtazapin)
- Soziales Umfeld /Schmerzerleben?
- WHO – Stufenschema ggfs. auch verlassen
- Novamin hilft Opiate sparen und ist sehr wirksam
- Bei erster Opiatgabe im Vorwege Übelkeit und Erbrechen mit z.B. Haldol u. MCP prophylaktisch – nur die ersten drei Tage - behandeln, Obstipation konsequent behandeln
- Fentanylpflaster machen oft depressiv oder führen zu kognitiven Einschränkungen
- Ggfs. invasive Schmerzbehandlungstechniken einsetzen, in der Regel nur sehr selten erforderlich

Beispiel für Morphintitration

Alle 5 min. 3 mg Morphin iv. bis VAS < 3

Gesamtgegebene Dosis x 6 =

orale Tagesdosis

Cave Niereninsuffizienz

Dann besser Hydromorphon geben

Neuropathischer Schmerz

- Antidepressiva
- Baclofen
- Antikonvulsiva
- (Gabapentin/Pregabalin – Ca Kanal
- (Carbamazepin Na Kanal
- Opioide
- Tens, Psychoth., Physioth.

Zum Vertiefen und mehr Wissen:

Literatur

- Therapietabellen im Westermann-Verlag
 - Interaktionstabellen von Dr. Gabriel Eckermann
 - Berliner Alterstudie Akademie Berlin
- Steinhagen-Thiessen, E. Borchelt, M.
Morbidity, Medikation und Funktionalität im Alter 1996
Hrsg Baltes PB, Mayer KU

Medikamente im Alter

P.Flesch

Berliner Altersstudie

- Fehlmedikation 17%
- Untermedikation 24%
- UAW bis zu 80%

- Krankenhausaufnahme
im Zusammenhang mit
Med.-Wirkungen (UAW) 15% - 25%

UAW Faustregel

- Anzahl Medikamente x 10%
- Beispiel:
- 5 Medikamente bedeutet
50% Wahrscheinlichkeit UAW
- 10 und mehr Medikamente
garantiert UAWs

Ziele der Medikation

- Heilung (z.B. Antibiose, Eradikation, evtl. Chemotherapie)
- Prävention (z.B. Osteoporosebehandlung, Fettsenkung, Antikoagulation)
- Symptomlinderung (z.B. Analgetika, Laxantien)
- Stabilisierung (Cardiaka, Antidiabetika)

Therapieziele im Alter: Funktionserhalt und Lebensqualität

- Schmerzfreiheit
- Erhaltung der Mobilität
- Erhaltung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit
- Erhaltung der Essfreude sowie Ausscheidungsfähigkeit und Kontinenz
- Erhaltung von Schlaf und Vigilanz
- Kommunikationsfähigkeit

Metabolismus

- Renal: GFR Kreatinin nicht ausreichend
- Hepatisch: bei Rechtsherzinsuffizienz erhebliche Schwankungen
- Mischfunktionelle Oxydasen CYP- System

Patientenimmanente Risiken

- Mobilität
- Visus
- Demenz
- Apraxie/Finger/Handfunktion

- Compliance altersunabhängig über alle Altersgruppen (Frage der Akzeptanz und Kommunikation/Information/Applikation)

Eigenschaften alter Patienten

- Multimorbidität
- Polypharmazie
- Funktionelle Defizite
- Veränderte Physiologie
(verlangsamer Metabolismus)
(vermindertes HZV)
(verändertes Endokrinium)
(vermindertes Albumin)
(veränderter Proporz:
Muskelmasse-Fett-Knochen,
Gesamtkörperwassermenge vermindert)

Regeln /Vorschläge für eine erfolgreiche Pharmakotherapie

- Vollständige Medikamentenanamnese
- Vollständige Mitbehandleranamnese (Augenarzt, Urologe, Hautarzt, Nervenarzt)
- Selbstmedikation
- UAW gezielt erfragen
- In Hinblick auf UAW UNTERSUCHEN
- Indikation und Priorität genau definieren (Nutzen-Risiko)
- *Start low, go slow*
- Dosierungen und DAUER genau festlegen
- Praktikables Tagesschema(halbe Tbl, Tagesrhythmus des Patienten, Impairments berücksichtigen, etc)
- Klare Kommunikation/Information/GEMEINSAMES Ziel

Häufigste UAW

- Sturz!
- Anticholinerge Symptome
- Delirantes Syndrom

Häufige Krankheiten im Alter

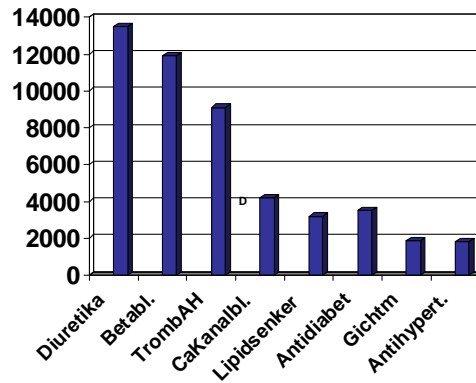
- Diabetes mellitus
- Koronare Herzkrankheit, Hypertonus, Herzinsuffizienz
- Chron. Schmerz, z.B. bei Polyarthrosen
- Depression
- M.Parkinson
- Prostataadenom
- Demenz
- (chron.) Infekte

Komorbidity

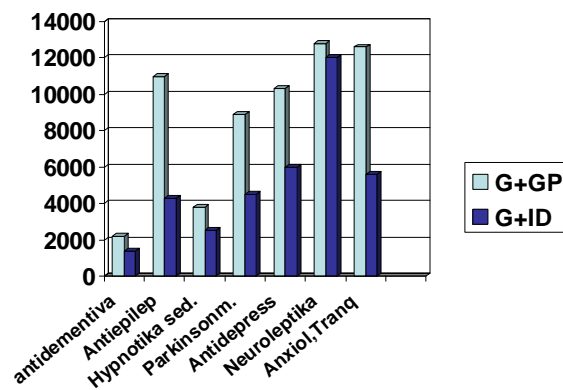
Krankheiten, die eine Demenzentwicklung begünstigen:

- Diabetes mellitus
- Arterieller Hypertonus
- Vaskuläre Systemerkrankungen
- Multiple Hirninfarkte
- M. Parkinson
- Neurologische Systemerkrankungen
- Depression
- Alkoholkrankheit
- Schlaf-Apnoe-Syndrome
- „Alter“

Häufig verordnete Medikamente



Häufig verordnete Medikamente



Preisliste der Medikamente

- Verschiedene Preise im Krankenhaus und in der Praxis
- Verschiedene Preise von Krankenhaus zu Krankenhaus

Risikosituation für Arzneimittel Interaktionen

- Steile Dosis-Wirkungskurve
- Hohe spezifische Wirkung
- Additionseffekte
- Geringe therapeutische Breite
- Mehrfachverordnung des gleichen Wirkstoffs (versch. Verordner)
- Selbstmedikation

Problematische Wirkstoffgruppen

- Antiepileptika
- Orale Antikoagulantien
- Digitalis
- Theophyllin

Häufigste codierte Hauptdiagnosen unerwünschter Arzneimittelereignisse

- Clostridien-Colitis
- .9 (nicht näher bezeichnete UAW)
- Hypotonie
- Purpura anaphylactoides
- Vergiftung nbez.
- Angioneurot. Ödem (z.B. ACE-Hemmer)
- General Hauteruption (z.B. Allopurinol)
- Tox. Gastroenteritis/Colitis
- Agranulozytose/Neutropenie
- Allergie nbez.

Wirkstoffgruppen ICD 10 : T 36 – T 50

- System. Antibiotika
- System. Antiinfektiva/ -parasitika
- Hormone/ Substitute, Antagonisten
- Analgetika, Antipyretika, Antirheumatika/ Antiphlogistika
- BTM, Psychodysleptika
- Anästhetika, therapeutische Gase
- Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika, Antiparkinsonmittel
- Psychotrope Substanzen
- Autonom.NSregulierende Substanzen
- Hämatologika
- Cardiaka
- Gastrointestinalika
- Muskelregulantien
- Topika ophthalm, HNO,dental
- Diuretika und SONSTIGE

Hitliste Wirkstoffgruppen als UAW Auslöser

1	3896	Sedativa,Antiepileptika,Parkinsonmittel,Hypnotika	+
2	3627	Diuretika,Urikosurika, u.-statika, Diagnostika,	+
3	2650	Psychopharmaka	+
4	1825	Cardiaka incl. Antihypertensiva	+
5	1767	Analgetika, Antiphlogistika (ohne BTM)	+
6	1038	Hämatologika incl. Antikoagulantien	+
7	1008	BTM	+
8	437	Autonom NS regulierende Substanzen	+
9	247	Hormone, hormonartige Subst.	+
10	147	Muskelregulantien	+

Leitlinien – gut gemeint oder gut gemacht?

eine Vielzahl der Fachgesellschaften und sonstige Gremien der Ärzteschaft wie Bundesärztekammer haben Leitlinien zu den verschiedensten Krankheitsbildern und Syndromen verfasst. Diese haben z.T. so verbindlichen Charakter, das sei bei prozessualer Würdigung von Streitgegenständen herangezogen wurden und Grundlagen von Urteilen bildeten.

Keinesfalls sollte ihre Bedeutung unterschätzt werden.

Auf der anderen Seite bedeutet ihre umfassende Beachtung und konsequente Umsetzung beim polymorbiden geriatrischen Patienten eine quantitativ nicht mehr überschaubare, in ihren Wirkungen nicht mehr sicher voraussehbare, und dadurch letztlich nicht mehr verantwortbare Medikation.

Es gibt keine Leitlinie, die die Medikation hierarchisiert, relativiert oder eine Harmonisierung von simultan an zuwendenden Leitlinien regelt.

Diese Verantwortung bleibt letztlich stets dem verordnenden Arzt sicher.

Rechtliche Befürchtungen- zu recht oder unrecht?

Wie kann ich mich schützen
und trotzdem
die „von mir vertretbare Medizin machen“?

Beispiel für Behandlungshierarchie (als Diskussionsvorschlag!)

Stufe A

- Herzinsuffizienz
- Hypertonus
- Parkinson, Epilepsie, Psychosen(?)
- Endokrine Substitution
- Diabetes mellitus

Stufe B

- Osteoporose
- Depression
- Demenz
- Prostataadenom

Offene Aspekte

- Die Ergebnisse unveröffentlichter Arzneimittelstudien – was wird uns von den Untersuchern vorenthalten?
- Studiendesign - Wer kann kompetent und objektiv und Ergebnis-offen Studien bewerten?

Was ist möglich? Was ist nötig?

- Ideen zur Hierarchisierung von medizinischen Problemen bei Polymorbiden:
- 1. Schmerzfreiheit
- 2. curative oder symptomatische Behandlung klären.
- 3. Kurzzeit-Langzeittherapie – Ziele **definieren**
- 4. UAW-orientierte Auswahl der Medikamente
- 5. Medikamente, die die Lebenserwartung und Prognose nicht verbessern weglassen (Nitropräparate, Statine)
- 6. Medikamente, die prophylaktisch gegeben werden (z.B. PPI, ASS als primärproph.) weglassen
- 7. Sedativa und Schlafmittel kritischst prüfen
- 8. Compliance-bezogene Revision (Dosierairosole, große Tbl., Brausetabletten, Suppositorien, Blister)

Fallvorstellung 3

- Eine 86 jährige , schwer pflegebedürftige , Patientin wird nachts in ein Krankenhaus eingewiesen.
- nach 4 Tagen wird sie wieder entlassen mit den Diagnosen „Demenz“, „Kachexie“ und Dehydrierung“ – es liegt jetzt eine PEG.

Grenzsituationen der Ernährung im Alter

P. Flesch
16.2.2010

Situationen der Mangelernährung im Alter

- Akut: im Rahmen einer schweren Erkrankung mit gutem oder ungewissen Ausgang: die Katabolie entscheidet die Prognose mit
- Chronisch:
Demenz,
Tumorleiden
Depression
- Dysphagien aller Ursachen
- bei div. Gastrointestinalen Erkrankungen

Demenz

Drei Stadien:

- Frühes Stadium
- Mittleres Stadium
- Fortgeschrittenes Stadium

Ernährung

Die Ziele, Möglichkeiten und Maßnahmen zur Sicherstellung einer ausreichenden Ernährung sind abhängig vom Stadium der Demenzerkrankung:

- Im frühen Stadium für umfassende vollwertige Ernährung sorgen und Rituale pflegen, beibehalten, in strukturierten Tagesablauf einführen
- Im mittleren Stadium Ernährungsstatus zu halten versuchen
- Im fortgeschrittenen Stadium Abbau und Katabolie zu verzögern versuchen

Ernährung

Zu bedenken:

- Verändertes Geschmackempfinden
- Vermindertes Durstempfinden
- Vermindertes Hungerempfinden
- z.B. Tendenz zu Süßem
- Apraxie
- Dysphagie
- Verlangsamung aller Handlungen

Ernährungsziele frühes Stadium

- Nahrungsaufnahme positiv besetzen
- Rituale fördern, initiieren
- Gemeinsamer Tisch, Essen im Kollektiv
- Genaue Beobachtung der Vorlieben
- Fremdanamnese der Angehörigen
- Positive Kalorienbilanz anstreben

Ernährungsziele mittleres Stadium

Wenn möglich Nahrungsaufnahme im Kollektiv
Komplikationen beachten: Dysphagie, Apraxie,
Begleitung und Hilfestellung frühzeitig/rechtzeitig
sicherstellen

Unwichtig:

- „Vollwertkost, gesunde, vitaminreiche, fettarme Nahrung“

Wesentlich:

- Ausreichende Kalorien
- Ausreichend Zeit
- Spaß beim Essen: stressfrei, angstfrei
- Wenn dann noch dazu Unwichtiges kommt - auch gut

Ernährungsziele fortgeschrittenes Stadium

Oft besteht Apraxie, Dysphagie, Antriebslosigkeit

Das WIE ist entscheidend:

Adaptierte Kost in Absprache mit Logopäden
Begleitete Nahrungsgabe mit ausreichendem
Zeiteinsatz sicherstellen

Patienten in geeignete - sitzende - Position
bringen

Beobachtungen bei der Nahrungsaufnahme/
-verabreichung im Team weitergeben

Ernährungsziele fortgeschrittenes Stadium

Nasale Sonden und PEG:

- Kritischer Umgang mit Überlegungen zu Sondenanlage!
- Durch Sondengebrauch weniger personelle Zuwendung
- Sonden tragen nicht zur Lebensverlängerung bei
- Als Palliativmaßnahme nur in Ausnahmefällen

Ernährungsziele fortgeschrittenes Stadium

Im sehr fortgeschrittenen Stadium die palliative Situation erkennen, akzeptieren, im Team und mit den Angehörigen besprechen
gemeinsamen weiteren Weg festlegen

Ernährungsziele erreichen

- Lieblingsspeisen? (bekannte und gewohnte Speisen)
- In Gemeinschaft essen
- Mundgerechte Zubereitung, Finger-food
- Keine Ablenkung
- Genügend Zeit geben/lassen
- Auf Husten achten, Gewichtskontrollen, BMI,
- Nebenbei:
- Patienten naschen lassen, Gelegenheit zu (kleinen) Zwischenmahlzeiten geben: z.B. kleine Schalen mit Plätzchen o.ä.
- Angehörige miteinbeziehen
- Nur der Erfolg zählt

Tumorleiden

Lokalisation

Funktionelle Beeinträchtigung

Prognose

Therapiemöglichkeiten

Depression

- Stationäre Behandlung
- Milieuwechsel
- WENN ambulante medikamentöse und Gesprächsbehandlung nicht ausreichend

Dysphagien

Ursachen :

- Demenz
- Schlaganfall
- Neurologische Systemerkrankung
- Tumorleiden
- Lokale Ursachen (z.B. Kropf)

Erkennen einer Mangelsituation

- BMI < 19 Beginn Untergewicht
- BMI < 16 massiv Untergewicht
- Oberarmumfang < 21 cm
- Wadenumfang < 31
- Hautstatus: trocken ,Druckstellen
subcutanes Fettgewebe,Hautfalten stehen
- Kommt ohne Armhilfe nicht aus dem Stuhl
- Obstipation, hochgestellter Urin

Behebung einer Mangelsituation

- Ziel Klären: Palliativ oder kurativ
- Mit Logopäden Dysphagiegrad klären
- *Kurativ:*
- Immer nasale Magensonde , Kostaufbau
- Parenterale Gabe von Volumen und Vitaminen
- PEG Indikation klären.
- Rechtliche Voraussetzungen schaffen

Umgang mit Mangelsituation bei Palliation

- Ziel klären:
- will Patient essen trotz Dysphagie?
Dann essen lassen, Logopäden zurate ziehen evtl. adaptierte Kost anbieten. Risiken in Kauf nehmen
- Wird Kost verweigert, Patientenverfügung beachten, ohne Patientenverfügung mutmaßlichen Willen des Patienten mit Angehörigen und Betreuern definieren.

Vorgehen immer Einzelfallentscheidung

- Keine PEG bei aussichtsloser Prognose
- Keine PEG bei entsprechenden Verfügungen
- Keine PEG gegen den erkennbaren Willen des Patienten ,auch wenn Betreuer/ Angehörige auf PEG besteht.
- Bei Veränderung der Prognose kann durch Betreuer und Arzt einvernehmlich die Beendigung einer Sondenernährung festgelegt werden.
- Ggfs Entscheid dch. Vormundschaftsgericht

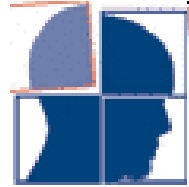
Physiologische Bedarfe

- Körpergewichtsabhängig,
- In der Regel ca 1500 ml/die Volumen
- Ca 1500 Kcal ausreichend
- Präfinal sind wahrscheinlich
500 bis 700 ml Volumen ausreichend
Trockener Mund und Durstgefühl
korrelieren nicht

Thesen

- Eine Mangelsituation entsteht NIE akut
- Trotzdem kann sie zum Notfall werden,
wenn es ein Behandlungsziel und Konzept
gibt
- Im Heim stets Vorsorge treffen für
Eventualitäten: Klare Anweisungen,
Vermeiden des Hinzuziehens nicht
informierter Helfer
- Behandlung aus EINER Hand

Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V.



Wandsbeker Allee 68

22041 HH

Kontakt: Tel. 040 – 6891 3625

Beratung: Tel: 040 – 472 538

info@alzheimer-hamburg.de