

# Psychische Erkrankungen bei älteren Patienten

*M. Haupt, H.C. Vollmar*

- 26.1 Einführung** – 519
- 26.2 Depressive Störungen** – 520
  - 26.2.1 Ätiologie – 520
  - 26.2.2 Symptome, Diagnostik – 520
  - 26.2.3 Differenzialdiagnosen – 521
  - 26.2.4 Epidemiologie/Prävalenz – 522
  - 26.2.5 Verlauf und Prognose – 522
  - 26.2.6 Pharmakotherapie – 522
  - 26.2.7 Psycho- und Soziotherapie – 523
- 26.3 Manische Störungen** – 524
- 26.4 Angststörungen** – 525
  - 26.4.1 Ätiologie und Diagnostik – 525
  - 26.4.2 Epidemiologie/Prävalenz – 525
  - 26.4.3 Verlauf und Prognose – 525
  - 26.4.4 Pharmakotherapie – 526
  - 26.4.5 Psychotherapie – 526
- 26.5 Schlafstörungen** – 526
  - 26.5.1 Symptome und Diagnostik – 526
  - 26.5.2 Differenzialdiagnosen – 57
  - 26.5.3 Epidemiologie/Prävalenz – 527
  - 26.5.4 Pharmakotherapie – 527
  - 26.5.5 Psychotherapie – 527
- 26.6 Schizophrene und wahnhafte Störungen** – 527
  - 26.6.1 Symptome und Diagnostik – 527
  - 26.6.2 Epidemiologie/Prävalenz – 528

26.6.3	Pharmakotherapie	– 528
26.6.4	Psycho- und Soziotherapie	– 528
<b>26.7</b>	<b>Missbrauch von Psychopharmaka und Alkohol</b>	<b>– 529</b>
26.7.1	Symptome und Diagnostik	– 529
26.7.2	Epidemiologie/Prävalenz	– 529
26.7.3	Therapie	– 529
<b>26.8</b>	<b>Versorgungsstrukturen</b>	<b>– 529</b>
26.8.1	Ambulante Einrichtungen	– 530
26.8.2	(Teil-)Stationäre Einrichtungen	– 530
26.8.3	Pflegebedürftigkeit	– 531
26.8.4	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PfLEG)	– 532
<b>26.9</b>	<b>Weitere Informationen</b>	<b>– 533</b>
<b>26.10</b>	<b>Weiterführende Literatur</b>	<b>– 533</b>



Insgesamt finden sich bei den über 70-jährigen Personen in der Bevölkerung in rund 23% aller Fälle psychische Erkrankungen. Etwa 40% dieser Erkrankungen zeigen ein behandlungsbedürftiges Ausmaß. Die häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter sind Depression und Demenz. Ältere Menschen klagen häufig über kognitive Einbußen, die zu beiden Störungsbildern gehören. Die Somatisierungsneigung bei Depressionen ist bei älteren Patienten deutlicher ausgeprägt als bei jüngeren Patienten; depressive Kersymptome werden jedoch von älteren Menschen dem Arzt oft nicht spontan geschildert. Mit zunehmendem Alter steigt zudem die Suizidrate deutlich an. Auf leichte kognitive Symptome und depressive Beschwerden sollte der Hausarzt stets ein besonderes Augenmerk richten.

Schizophrene Störungen im Alter rühren meist von schon länger bestehenden schizophrenen Erkrankungen. Die Symptomatik von früh und spät aufgetretenen Störungen unterscheidet sich nicht wesentlich. Die Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter richtet sich im Allgemeinen nach den für jüngere Patienten geltenden Empfehlungen, muss aber im Einzelfall mit der vorliegenden Komorbidität und -medikation abgeglichen werden. Der Behandlungsplan sollte bei älteren Patienten die medikamentöse und psycho- sowie soziotherapeutische Behandlung umfassen, ferner die Implementierung von Versorgungsmaßnahmen durch nichtärztliche Einrichtungen zur weitestgehenden Sicherstellung der Alltagskompetenz.

## 26.1 Einführung

Auch beim älteren Menschen reicht das Spektrum der ärztlichen Interventionen vom raschen Handeln im Notfall bis zur gründlichen Versorgungsplanung eines chronisch fortschreitenden Krankheitsgeschehens. Im Alter bestehen aber in der Regel besondere, nicht selten erschwerende Umstände.

### Erschwerende Umstände in der medizinischen Versorgung älterer Patienten:

- Verminderte Kompensationsreserve
- Chronische somatische Erkrankungen
- Multimorbidität
- Bewegungs- und Kommunikationseinbußen

- Hör- und Sehminderung
- Polymedikation

Daher empfiehlt sich für den Hausarzt ein an die Prinzipien der Geriatrie angelehntes Vorgehen, bei dem die transdisziplinäre Kooperation in der Behandlung und Versorgung unter Einbeziehung ärztlicher und nichtärztlicher Berufsgruppen im Mittelpunkt steht und das realistische Ziel der allgemeine Funktionserhalt ist, weniger die Remission von Symptomen.

Die Zahl medikamentöser Therapiemaßnahmen nimmt nicht nur für die Psychopharmaka mit ansteigendem Alter zu. Gleichwohl ist für die Psychopharmaka davon auszugehen, dass sie meist mit einer Änderung der pharmakodynamischen Wirkung und der Pharmakokinetik einhergehen. Dies leitet sich aus den überaus komplexen **altersspezifischen Veränderungen** ab, die sich im Organismus vollziehen:

- Schrumpfung und Abnahme von Nervenzellen
- Reduktion der Synapsendichte
- Erweiterung der Liquorräume
- Veränderung biochemischer und physiologischer Parameter, z. B. Rezeptordichte
- Transmitterkonzentrationen
- Signalbedingte Transmitterfreisetzung
- Verminderte Albuminbindung im Plasma
- Reduzierter First-Pass-Metabolismus
- Gastrointestinale Achlorhydrie
- Zunehmender Körperfettanteil, sodass lipophile Substanzen wie Barbiturate und Benzodiazepine, hier akkumulieren können
- Verminderte Leber- und Nierenfunktion (reduzierte hepatische und renale Elimination)

Deshalb sollten in der **Pharmakotherapie** des älteren Menschen die aufgeführten Richtlinien beachtet werden:

- Medikation mit Gabe von etwa 50% der Zieldosis beginnen, langsame Anpassung der Dosis (»Start low – go slow«)
- Engmaschige Kontrollen der Serumspiegel (»drug monitoring«)
- Vor jeder Therapie Bestimmung der Nierenfunktion (glomeruläre Filtrationsrate)
- Pharmakogen bedingte Symptombilder beachten, z. B. Verwirrheitszustand, Synkopen, Stürze, Exsikkose
- Kritische Therapiekontrolle, sofern möglich, Auslass- und Reduktionsversuche

Ein weiteres, in der Praxis sehr bedeutsames Problem ist die aus unterschiedlichen Gründen zustande kommende Fehleinnahme von Medikamenten, also im

weitesten Sinne die Complianceproblematik. Hier sind einige Aspekte zu berücksichtigen:

Häufige **Gründe für eine mangelnde Compliance** bei älteren Patienten:

- Mangelndes Wissen über die genaue Einnahmeverordnung
- Einnahme einer größeren Zahl von Medikamenten (4 und mehr)
- Schlechte Handhabbarkeit der Verpackung und der Tabletten (z. B. beim Zerteilen)
- Höhere Nebenwirkungsrate
- Befürchtungen wegen unerwünschter Wirkungen oder zu hoher Kosten

## 26.2 Depressive Störungen

### 26.2.1 Ätiologie

Im Gegensatz zu der verbreiteten Ansicht, Depressionen seien im höheren Lebensalter Folgeerscheinungen oder Reaktionen auf erlebte Verluste, Krankheiten und Behinderungen, steht die Tatsache, dass die meisten älteren Menschen keine krankheitswertigen depressiven Symptome aufweisen.

#### Prädisponierende Faktoren für das Auftreten von Depressionen im Alter:

- Weibliches Geschlecht
- Frühere depressive Phasen
- Biopsychosoziale Faktoren wie Partnerverlust, Krankheit, Entwurzelung, sozialer Abstieg, Konflikte
- Persönlichkeitsstörungen
- Weitere negative »Life-events«

Für das höhere Lebensalter ist zudem zu beachten, dass Trauerreaktionen nach Verlusten eine längere Dauer als in früheren Lebensabschnitten haben können. Die genetische Belastung ist bei der ersten Manifestation einer Depression nach dem 65. Lebensjahr gering.

Folgende **biologische Faktoren** sind am Zustandekommen einer Depression im höheren Lebensalter beteiligt:

- Hirnmorphologische Veränderungen mit Ventrikelvergrößerung und subkortikaler Dichteminderung
- Ischämische Veränderungen im Gehirn und vaskuläre Risikofaktoren
- Störungen des serotonergen und noradrenergen Neurotransmittersystems
- Fehlregulation der neuroendokrinen Stressachse

### 26.2.2 Symptome, Diagnostik

Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen den depressiven Symptomen in früheren und in späteren Lebensabschnitten besteht nicht. Agitiertheit, somatoforme Beschwerden oder Wahnideen sind im Alter nicht häufiger. Unbestritten ist demgegenüber, dass ältere Menschen mit körperlichen Leiden häufiger an Depressionen erkranken und körperliche Symptome häufiger Ausdruck depressiver Störungen sind. Ein besonders enger Zusammenhang besteht zwischen depressiven Symptomen und kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen.

Ältere Patienten sprechen depressive Symptome eher nicht spontan an und neigen dazu, diese zu bagatellisieren. Oft werden körperliche Symptome als Anlass für den Hausarztbesuch vorgebracht. So können ein ungeklärtes Schmerzsyndrom oder Schwindelbeschwerden ohne erkennbares organisches Korrelat einziger Ausdruck einer Depression sein.

**! In der Schilderung des älteren Patienten fehlt oft das Leitsymptom der depressiven Verstimmung (Freudlosigkeit, Traurigkeit) und muss erst durch direkte ärztliche Exploration erfragt werden.**

Hier erhält der Hausarzt also eine Schlüsselrolle: Er kennt in der Regel sowohl die Lebensgeschichte des Patienten als auch sein soziales Umfeld. Es ist empfehlenswert, beim ärztlichen Gespräch mit älteren Patienten einige Aspekte gezielt einzuflechten:

#### Schlüsselbereiche zur Aufdeckung einer Depression im Alter:

- Freudlosigkeit
- Rat- und Entschlusslosigkeit
- Interessenverlust
- Verlust sozialer Kontakte
- Antriebsstörungen
- Grübelneigung
- Schlafstörungen
- Gefühl von Sinnentleerung
- Suizidgefahr

Klagen über kognitive Störungen sind bei älteren depressiven Patienten relativ häufig. Sie können u. U. so stark ausgeprägt sein, dass sie dem Syndrombild einer Demenz gleichkommen. Dieses Syndrom zwingt dazu, eine genaue Differenzierung zwischen einer schweren Depression und einer Demenzerkrankung vorzunehmen. Bei dieser Unterscheidung helfen folgende alltagsnahe

### Kriterien, die für eine Depression und gegen eine Demenz sprechen:

- Depression in der Vorgeschichte
- Anhaltende depressive Verstimmung über den Tag
- Ausgeprägtes Morgentief
- Fehlen von Orientierungsstörungen
- Fehlen von Aphasie (Störungen der Sprache), Apraxie (Störung von Bewegungsabläufen), Agnosie (Probleme beim Wiedererkennen von Objekten)
- Hauptlast der Symptome liegt im Alltag im affektiven, nicht im kognitiven Bereich
- Depressive und kognitive Symptome klingen mit erfolgreicher Antidepressivabehandlung ab

Es ist mittlerweile belegt, dass das Vorhandensein kognitiver Störungen im Rahmen einer sich erstmals im Alter manifestierenden Depression als Risikofaktor für eine sich in den Folgejahren entwickelnden Demenz zu werten ist.

Für den Praxisalltag bedeutsam ist ein weiterer Symptombereich der Depression, der im Alter auftreten kann: das sogenannte **Depression-Executive-Dysfunction-(DED)-Syndrom**.

#### Definition

**DED-Syndrom:** Das DED-Syndrom setzt sich zusammen aus kognitiven Symptomen mit reduzierter Wortflüssigkeit, eingeschränkter Benennungsleistung und deutlichen Einbußen in der kognitiven Flexibilität, ferner Antriebsstörungen mit in der Ausprägung wechselnder psychomotorischer Hemmung und Initiativverlust sowie mit paranoiden Ideen und leichten vegetativen Störungen. Die Symptome können so stark ausgeprägt sein, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Von allen depressiven Störungen im Alter hat das DED-Syndrom offenbar die ungünstigste Prognose. Häufig finden sich in der Bildgebung assoziiert zerebrovaskuläre Schädigungen im Marklager, meist frontal betont.

In der klinischen Diagnostik älterer Patienten richtet man sich bei den Kriterien für depressive Erkrankungen nach den allgemeinen Kriterien der ICD-10, wie in ► Kap. 6 dargestellt. Eine Krankheitseinheit »Altersdepression« oder »Involutiondepression« gibt es nicht; daher sollte man sich von solchen Begriffen lösen. Die anamnestiche Erhebung nimmt nicht selten beim älteren Patienten mehr Zeit in Anspruch,

da längere Zeiträume erfragt und meist mehr Informationen bewertet werden müssen. Neben den in ► Kap. 3 bereits erörterten Aspekten in der hausärztlichen Untersuchung sind die sorgfältige Erhebung der Komorbidität und medikamentösen Verordnung sowie das gezielte Ansprechen auf depressive Symptome erforderlich. Das u. U. veränderte Alltagsverhalten zeigt sich beim depressiven älteren Patienten in sozialem Rückzug, ggf. Rückzug ins Bett, vermindernden Aktivitäten, motorischer zielloser Unruhe oder auch einer Vernachlässigung von Körperhygiene und lebenserhaltenden Tätigkeiten, wie Essen zubereiten.

#### Tipps

Die Ergänzung des psychopathologischen Befundes um eine standardisierte Erhebung mit kurzen Einschätzungsskalen ist in jedem Fall empfehlenswert. Die **Geriatrische Depressionsskala** (GDS; Skeikh u. Yesavage 1986) hat sich mit ihren 15 Fragen als Screeninginstrument gut bewährt und ist im hausärztlichen Bereich in Einzelfällen durchaus anwendbar. Das Verfahren (► Arbeitsmaterial A22) kann bereits im Wartezimmer vom Patienten in wenigen Minuten ausgefüllt und im Anschluss beim Arzt rasch ausgewertet werden.

### 26.2.3 Differenzialdiagnosen

Einige typische Symptome der Depression, z. B. Abgeschlagenheit, Schlafstörungen, Appetitmangel oder Gewichtsabnahme, können auch bei körperlichen Erkrankungen oder bei chronischer Einnahme von bestimmten Medikamenten vorkommen.

#### Erkrankungen, die depressive Symptome hervorrufen können:

- Demenzen (z. B. Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz)
- Parkinson-Krankheit
- Schlaganfall
- Endokrine Störungen (Hypothyreose, Cushing-Syndrom, Addison-Syndrom)
- Virale Erkrankungen (Hepatitis, Influenza)

#### Medikamente, die depressive Symptome provozieren können:

- Blutdruck senkende Substanzen (z. B.  $\beta$ -Blocker)
- Antipsychotika
- Benzodiazepine
- Antikonvulsiva

- Dopaminergika
- Kortikoide

Die Erfassung körperlicher Erkrankungen wird im Allgemeinen über die körperliche Untersuchung, die Erhebung von Laborparametern und bildgebenden Untersuchungen vorgenommen.

**!** Die TSH-Bestimmung ist bei älteren Patienten sehr wichtig, da eine Hypothyreose oft zu einer depressiven Verstimmung führt und gut behandelt werden kann. Zudem spielen Hypertonus, Diabetes mellitus oder Hyperlipidämie als vaskuläre Risikofaktoren für die Depressionsentstehung eine Rolle.

Im neurologischen Bereich sind als häufigste zu einer Depressionssymptomatik führende Erkrankungen das idiopathische Parkinson-Syndrom und der Schlaganfall zu nennen. In der CCT- oder MRT-Untersuchung findet sich nicht selten eine subkortikale vaskuläre Enzephalopathie, deren diagnostische und therapeutische Relevanz nicht abschließend geklärt ist, die aber eine organische Mitbeteiligung vermuten lässt.

#### 26.2.4 Epidemiologie/Prävalenz

Da Depressionen und Demenzen die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter sind, können sie sowohl nebeneinander, aber auch als Depression im Vorfeld einer Demenz oder als reaktive Störung im Rahmen einer Demenz auftreten. Depressive Störungen sind mit rund 18% im Alter häufiger als in früheren Lebensabschnitten; gleichwohl ist die Prävalenz schwerergradiger Depressionen mit 1–4% zwischen jüngeren und älteren Personen gleich. Leichtere depressive Störungen oder das Vorkommen von einzelnen depressiven Symptomen, die nicht das für die diagnostische Einordnung notwendige Syndrom erfüllen, sind im Alter häufiger (Helmchen et al. 1996). Rund 16% aller älteren Menschen, die den Hausarzt aufsuchen, leiden an depressiven Symptomen. Auch die Suizidrate steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht ihren Gipfel bei den über 85-jährigen Männern mit 105/100.000 Einwohner gegenüber rund 85/100.000 Einwohner bei den Frauen; sie beträgt rund 6% bei den älteren depressiv Kranken.

#### 26.2.5 Verlauf und Prognose

Untersuchungen zum Krankheitsverlauf haben gezeigt, dass rund 25% der depressiven älteren Patienten

vollständig remittieren und rund 25% ohne Remission chronifizieren. Vereinsamung und Unzufriedenheit mit der Lebenssituation sind Faktoren für eine Chronifizierung. Auch beeinflusst das initiale Bestehen kardiovaskulärer Risikofaktoren den Verlaufsausgang der Depression im Alter ungünstig. Die langfristige kooperative ärztliche und nichtärztliche Versorgung depressiver älterer Patienten führt nachweislich zu einer Verbesserung ihrer Alltagsfertigkeiten und Lebensqualität. Aus diesem Grund sollte spätestens nach 6–12 Monaten ohne Remission ein Facharzt hinzugezogen werden; ggf. früher, wenn Probleme mit der Medikation vorliegen oder ein Patientenwunsch besteht. In vielen Fällen erweist sich die Überweisung zum Facharzt jedoch als problematisch, da sie von den Patienten nicht selten abgelehnt wird. Hier ist im vertrauensvollen Gespräch zu klären, welche Vorbehalte aufseiten des Patienten bestehen und wie diese zu überwinden sind.

### 26.2.6 Pharmakotherapie

**Antidepressiva.** Antidepressiva sind auch im höheren Alter die Mittel der Wahl zur Depressionsbehandlung. Niedrigere Dosierungen, längere Aufdosierungszeiten und die Beachtung individueller Nebenwirkungen bei den häufig multimorbiden und polypharmazierten Patienten sind einzuhalten.

Nebenwirkungen von Antidepressiva sind bei über 70-jährigen Personen generell siebenmal häufiger als bei 20- bis 29-jährigen Personen. Die Dauer der Behandlung bei Erstmanifestation sollte bei erfolgreicher Therapie mindestens 6–12 Monate betragen, bei Rezidiven mehrere Jahre.

Nach dem heutigen Kenntnisstand gelten die neueren Antidepressiva gegenüber den herkömmlichen, v. a. trizyklischen Substanzen, als die Mittel der ersten Linie. Die Empfehlungen zur Substanzauswahl beziehen sich auf die Zielsymptomatik, zur Wirksamkeitskontrolle, Compliancesicherung (Serumspiegel) und zum Substanzwechsel bei mangelnder Therapiereponse bei jüngeren depressiv Kranken sind auch bei älteren Patienten gültig. In manchen Fällen kann sich aber bei kontinuierlicher Therapie auch erst später als in der Regel bei jüngeren Patienten, also nach etwa 6–12 Wochen, ein erkennbarer Nutzen eines Antidepressivums einstellen. Besonders häufig im Alter eingesetzte Antidepressiva sind serotonerge Substanzen wie Citalopram (z. B. Cipramil®), Sertralin (z. B. Zoloft®) oder Venlafaxin (z. B. Trevilor®) gegen antriebsarme, von starker Initiativlosigkeit gekennzeichnete depressive Syndrome. Gegen agitierte, von

zielloser Unruhe geprägte depressive Syndrome eignet sich beispielsweise *Mirtazapin* (z. B. *Remergil*®). Die Dosierung ausgewählter Antidepressiva findet sich in ■ Tab. 26.1.

Bei Vorliegen eines DED-Syndroms ist die Gabe von serotonergen Antidepressiva (z. B. *Citalopram*, *Sertralin*) zu empfehlen.

Bei Behandlung mit serotonergen Antidepressiva ist insbesondere im Zusammenhang mit dem Auftreten von gastrointestinalen Nebenwirkungen, wie dünnflüssiger Stuhl oder Brechreiz und Erbrechen, eine Hyponatriämie auszuschließen. Herkömmliche Antidepressiva, wie *Amitriptylin* (z. B. *Saroten*®), *Doxepin* (z. B. *Aponal*®) oder *Trimipramin* (z. B. *Stangyl*®), sollten nicht zum ersten Einsatz gehören. Ihr Nebenwirkungsspektrum kommt im höheren Lebensalter oft zu stark zum Tragen. Die am meisten beeinträchtigenden **unerwünschten Wirkungen der klassischen trizyklischen Antidepressiva** im Alter sind:

- Mundtrockenheit
- Schwitzen
- Schwindel
- Orthostatische Dysregulation
- Atrioventrikuläre Erregungsleitungsstörungen (EKG-Kontrolle!)
- Obstipation
- Akkommodationsstörungen
- Miktionsprobleme
- Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen
- Deliriogene Wirkung

Zur Wirkung von *Johanniskraut*-Extrakt ist aus klinischen Studien zu wenig für Menschen über 65 Jahre bekannt. Gleichwohl wird es in der Hausarztpraxis nicht selten verordnet oder zumindest empfohlen. Das Extrakt ist trotz möglicher Nebenwirkungen wie allergischen Reaktionen und der Beeinflussung von Wirkspiegeln anderer Medikamente (z. B. Cyclosporin) eine Alternative bei vorwiegend leichtgradigen

Depressionen, allerdings nur im Rahmen eines rationalen Therapieplans mit entsprechendem Wechsel auf ein anderes Präparat bei ausbleibender Wirkung.

■ Tab. 26.2 stellt weitere Therapieoptionen im somatischen Bereich stichwortartig vor. Diese Maßnahmen gehören mit Ausnahme der Lichttherapie in jedem Fall in die Hand des Facharztes.

### 26.2.7 Psycho- und Soziotherapie

Auch bei diesen Verfahren (► Kap. 10, 11) unterscheidet sich das Vorgehen bei älteren Patienten nicht wesentlich von dem in früheren Lebensabschnitten. Im Allgemeinen zeichnet sich bereits das akzeptierende, stützende und die Beschwerden wertschätzende Gespräch mit dem Arzt durch einen Nutzen für den Pa-

■ Tab. 26.2. Weitere Therapieoptionen in der Depressionsbehandlung des älteren Patienten

Therapie	Beschreibung
<i>Lithium</i>	Zur Erhaltungstherapie geeignet, weniger zur Augmentationstherapie, Spiegeleinstellung mit 0,4–0,7 mmol/l niedriger als bei jüngeren Patienten. <b>Cave:</b> neurotoxische Wirkungen, Diuretikagabe mit Risiko der Lithiumintoxikation, in Einzelfällen Parkinson-Syndrom mit grobschlägigem Tremor
<i>Carbamazepin</i>	In der Regel Dosierung von 1000–1200 mg/Tag, Spiegelkontrolle, hohe pharmakologische Interaktion durch Enzyminduktion, allergische Reaktionen, Hyponatriämie
Schlafentzugstherapie (SET)	Rund 50% Responderate, partielle SET bevorzugen, relativ kurzes Anhalten der Wirkung, in der Regel stationär, in Einzelfällen ambulant unter fachärztlicher Führung
Lichttherapie	Auch im Alter mit 2500 lx (Lux) bei saisonal abhängigen Depressionen, Reduktion depressiver Symptome bei Therapie im Heim, Besserung des Tag-Nacht-Rhythmus bei Demenzkranken
Elektrokrampftherapie (EKT)	Auch im Alter möglich und bei schweren psychotischen oder therapieresistenten Depressionen erfolgreich, genaue Indikation von fachärztlicher Seite erforderlich, stationäre Therapiemethode

■ Tab. 26.1. Mittlere Tagesdosierung ausgewählter Antidepressiva für ältere Patienten

Antidepressivum	Mittlere Tagesdosis [mg]
<i>Citalopram</i> (z. B. <i>Cipramil</i> ®)	20–40
<i>Sertralin</i> (z. B. <i>Zoloft</i> ®)	50–100
<i>Venlafaxin</i> (z. B. <i>Trevilor</i> ®)	75–225
<i>Mirtazapin</i> (z. B. <i>Remergil</i> ®)	7,5–45
<i>Escitalopram</i> (z. B. <i>Ciprallex</i> ®)	10–20
<i>Nortriptylin</i> (z. B. <i>Nortrilen</i> ®)	50–100



tienten aus. Der Blick des älteren Patienten auf seine Depression sollte geschärft, Zusammenhänge zwischen der Verstimmung und den Lebensereignissen aufgedeckt werden. Weitere Aspekte der psychotherapeutischen Behandlung älterer Patienten umfasst die folgende Aufzählung.

Der Therapeut sollte

- mit den Phänomenen und besonderen Entwicklungsbedingungen des Alters vertraut sein,
- realistische und doch positive Erwartungen haben und spiegeln,
- dem Prinzip minimaler Intervention verpflichtet sein, um Abhängigkeiten zu vermeiden,
- andere notwendige Hilfen und Interventionen mit dem Patienten planen,
- sich als Ansprechpartner für den Patienten und seine Angehörigen fühlen,
- bei älteren Patienten stets eine alltagsnahe funktionale Problemanalyse vornehmen,
- einfach strukturiert, konkret an den Problemen und nach den Bedürfnissen des älteren Patienten arbeiten können (Anpassung der Therapie an den Patienten, nicht umgekehrt).

Die **kognitive Verhaltenstherapie** ist bei älteren depressiven Patienten das am besten untersuchte und in der Wirksamkeit belegte psychotherapeutische Verfahren. Bereits nach 6–12 Wochen sind klinisch bedeutsame und subjektiv spürbare Besserungen der psychischen Symptomatik zu erwarten. Auch die **interpersonelle Psychotherapie** zeigt im höheren Lebensalter Erfolge, da sie die wichtigen sozialen und zwischenmenschlichen Beziehungen zu stärken und zu konsolidieren versucht. Tiefenpsychologische und psychoanalytische Verfahren werden bei älteren Patienten gegenwärtig selten eingesetzt, gleichwohl können sie zu einer nachhaltigen Besserung der depressiven Symptomatik und der allgemeinen Lebensbewältigung führen.

Die Verbreitung psychotherapeutischer Behandlung bei älteren psychisch kranken Menschen wird bedauerlicherweise nach wie vor dadurch gehemmt,

dass zu wenige kompetente und erfahrene Psychotherapeuten sich aktiv älteren Menschen zuwenden und dass fälschlicherweise die psychotherapeutische Arbeit mit dieser Klientel als wenig erfolgreich und lohenswert angesehen wird.

Im Einzelfall können übende Verfahren wie autogenes Training und andere Entspannungsverfahren (Progressive Relaxation nach Jacobson) zur Linderung der Symptomatik beitragen; dies trifft auch für die psychoedukative Gruppenarbeit zu. Belastbare Belege aus klinischen Studien stehen hierfür aber aus.

**! Auch bei der Depression im Alter ist eine Kombination von Pharmako- und Psychotherapie der alleinigen Pharmako- bzw. Psychotherapie überlegen.**

## 26.3 Manische Störungen

Im höheren Lebensalter sind manische Störungen insgesamt selten. Treten diese auf, so empfiehlt sich eine Überweisung zur fachärztlichen Diagnostik und Behandlung. Deshalb wird hier nur kurz auf das Notwendigste eingegangen.

Erstmanifestationen einer Manie sind im Alter eine Rarität. Im Rahmen von bipolaren Störungen haben sie eine Punktprävalenz von 0,5%. Patienten mit bipolaren Störungen nehmen im Vergleich zu allein depressiven älteren Patienten allerdings viermal häufiger psychiatrische Dienste in Anspruch. Prinzipiell können jede schwere körperliche Erkrankung und eine Vielzahl von Medikamenten eine manische Episode im Sinne einer sekundären Manie anstoßen.

**! Von den typischen manischen Symptomen (► Kap. 14) sollten im Alter das verminderte Schlafbedürfnis und die u. U. unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr beachtet werden, da hier rascher als bei jüngeren Patienten gravierende körperliche Störungen folgen können.**

**Tab. 26.3.** Empfehlungen (Tagesdosen) für die Pharmakotherapie manischer Syndrome im Alter

Anwendungsempfehlung	Psychopharmaka	Mittlere Tagesdosis [mg]
Unkomplizierte manische Symptome	Pipamperon (z. B. Dipiperon®)	60–200
	Haloperidol (z. B. Haldol®)	5–10
	Olanzapin (z. B. Zyprexa®)	5–15
	Risperidon (z. B. Risperdal®)	2–4
Bei Kontraindikation gegen Antipsychotika	Carbamazepin (z. B. Tegretal®)	200–1200
	Valproinsäure (z. B. Ergenyl®)	200–1400



Die Diagnose des manischen Syndroms wird durch die nicht selten zusätzlich vorhandenen kognitiven Einbußen erschwert. Der Zusammenhang der manischen Symptome mit einer somatischen Krankheit kann oft erst nach erfolgreicher Behandlung der körperlichen Krankheit aus den dann zurückgehenden psychischen Symptomen gefolgert werden. In der Therapie haben sich die in ■ Tab. 26.3 aufgeführten Substanzen bewährt.

## 26.4 Angststörungen

### 26.4.1 Ätiologie und Diagnostik

Die wichtigsten für das höhere Lebensalter geltenden **ätiopathogenetischen Faktoren für Angststörungen:**

- Genetische Faktoren:
  - Höhere Häufigkeit unter Verwandten ersten Grades mit 15–18%, Konkordanzrate für monozygote Zwillinge 30–40%
- Psychosoziale Faktoren:
  - Probleme in den zwischenmenschlichen Beziehungen
  - Negative Lebensereignisse (z. B. körperliche Erkrankungen, Verletzungen, finanzielle Probleme)
  - Pathophysiologische Veränderungen im Gebiet des aufsteigenden noradrenergen Systems, der Hippocampusformation, des Amygdalakomplexes

In der Diagnostik sind bei den einzelnen Angst- und Zwangsstörungen bei älteren Patienten in der Exploration v. a. diejenigen **Symptome** zu beachten, die zu einem die Alltagsbewältigung, das soziale Leben und die körperliche Gesundheit beeinträchtigenden Zustand führen können, so z. B.:

- Rückzug aus dem sozialen Leben infolge des Vermeidungsverhaltens bei Phobien
- Gefährdung der kardialen und Kreislauffunktionen bei schwerer vegetativer Übererregbarkeit und tachykarden Herzrhythmusstörungen bei Panikattacken
- Ferner: drohende Verwahrlosung und Immobilität bei ausgeprägten Zwangshandlungen

! **Wie bei der Depression gilt auch bei den Angstzuständen älterer Menschen, dass sie im Allgemeinen nicht spontan geschildert oder bagatellisiert werden, daher in jedem Fall eines Verdachts direkt angesprochen werden sollten.**

Im Alter bedeutsame somatische **Ursachen für Angstzustände:**

- Kardiovaskulär: Myokardinfarkt, Arrhythmien, Mitralklappenprolaps, Hypertonie
- Respiratorisch: Emphysem, COPD, pulmonale Embolie, Hypoxie
- Neurologisch: Epilepsie, demyelinisierende Prozesse, zerebrale Tumore, Störungen des Gleichgewichtorgans
- Pharmakogen: Koffein, Sympathomimetika, Benzodiazepinentzug, Antipsychotika, antriebsanregende Antidepressiva

Darüber hinaus ist es in der Diagnostik wichtig, die bei Angstzuständen bestehende psychische Komorbidität, insbesondere Demenzerkrankungen, zu berücksichtigen.

Phobien können im Alter erstmals nach traumatisierenden Ereignissen wie etwa einer unerwarteten Krankheit auftreten.

### 26.4.2 Epidemiologie/Prävalenz

In der Bevölkerung über 65 Jahre beträgt die Häufigkeit von Phobien 7%, wobei Frauen gegenüber Männern doppelt so häufig betroffen sind. Panikstörungen sind deutlich seltener als bei Jüngeren und im Wesentlichen auf das weibliche Geschlecht beschränkt. Zwangserkrankungen weisen eine Prävalenz von 1% im Rahmen einer sechsmonatigen Erhebung auf. Da Sorgen und Befürchtungen älterer Menschen nicht als krankheitswertig, sondern in der Regel als »normal« angesehen werden, ist davon auszugehen, dass viele Störungen nicht erkannt werden und durch das Netz des Versorgungssystems fallen.

### 26.4.3 Verlauf und Prognose

Für die phobischen Störungen im Alter ist der Verlaufsausgang eher günstig. In bis zu 5 Jahre dauernden Katamnesestudien bei verhaltenstherapeutischen Interventionen werden Erfolgsquoten von 60–80% beschrieben. Bei der generalisierten Angststörung scheint die Symptomatik zu Schwankungen und zu Chronifizierungen zu neigen. Bei Panikattacken gelingt eine vollständige Remission nur bei einem Teil der älteren Patienten.

! **Bei vermuteten phobischen Störungen ist – im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung – eine frühzeitige Kooperation mit einem spezialisierten Facharzt anzustreben.**

### 26.4.4 Pharmakotherapie

Die pharmakologische Behandlung hat die Kernaufgabe, zunächst schwerwiegende Angst- und Zwangssymptome so weit zu mindern, dass die Patienten in der Lage sind, eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen und deren Anforderungen und Aufgaben zu bewältigen.

Unter Berücksichtigung der besonderen Bedingungen von Dosierung und Dauer der medikamentösen Behandlung im Alter stellt **Tab. 26.4** die möglichen Substanzen für den akuten Einsatz bei Panik und schwerer Symptomausprägung sowie die weitere Verordnung dar.

**! Ältere Patienten sind sensibler gegenüber anticholinergen Nebenwirkungen als jüngere; zudem können Nebenwirkungen bei älteren Angstpatienten die Angstsymptomatik deutlicher verstärken als in früheren Lebensabschnitten.**

### 26.4.5 Psychotherapie

**! Psychotherapie ist auch im höheren Lebensalter das zentrale therapeutische Element bei Angststörungen.**

Verhaltenstherapeutische und kognitive Verfahren sind bei älteren Patienten sehr gut wirksam. Kurzfristige Erfolge mit verhaltenstherapeutischen Strategien sind nach vorliegenden Daten bei bis zu 90% der Patienten mit phobischen Störungen möglich. Psychoanalytische Verfahren sind in der Wirksamkeit weniger gut belegt.

## 26.5 Schlafstörungen

Es ist ein weit verbreitetes, aber unzutreffendes Vorurteil, dass im höheren Lebensalter Schlafzeit und Schlaffähigkeit gegenüber früheren Lebensabschnit-

ten verringert seien. Subjektive Klagen über Schlafstörungen nehmen gleichwohl im Alter deutlich zu; dies rührt v. a. daher, dass der Nachtschlaf im Alter flacher wird und kurze Wachperioden häufiger werden.

### 26.5.1 Symptome und Diagnostik

Die am häufigsten von älteren Patienten geschilderten Symptome unterscheiden sich von den Beschwerden jüngerer Patienten nicht wesentlich. Die subjektive Toleranzschwelle gegenüber Veränderungen des Schlags ist individuell sehr unterschiedlich.

Die wichtigsten **Untersuchungsfragen und -methoden bei älteren Patienten mit Schlafstörungen:**

- **Anamnese/Schlafstagebuch**
  - Erwartungen an den Schlaf erfragen
  - Genaue Schlaf- und Wachzeiten über 24 h erheben, über 7–14 Tage
  - Schlafstagebuch führen mit Tagesbefindlichkeit, Bettzeiten, geschätzte Wachzeiten, Schlaflänge und Einschlafzeiten
- **Schlafapnoesyndrom (SAS):** im Alter rund 40%, Schnarchen, apnoeische Pausen, abruptes Wiedereinsetzen des Schnarchens, morgendliche Abgespanntheit, kognitive Störungen am Tage, **Cave:** Herzrhythmusstörungen, fachärztliche Diagnostik (Polysomnographie)
- **Periodische Beinbewegungen im Schlaf (PLMD):** rund 30% im Alter, Extensionsbewegungen der Großzehen, teilweise auch Extensionsbewegungen in den Gelenken und Extremitäten in Abständen von 30 s, selten ohne Extremitäten, fachärztliche Diagnostik (Polysomnographie)
- **Restless-legs-Syndrom (RLS):** rund 10% im Alter, unangenehme Empfindungen in den Beinen, auch ohne Extremitäten nur in Ruhe, Sensibilitätsstörungen, Bewegung mildert Symptome, fachärztliche Diagnostik (Polysomnographie), **Cave:** sekundäre Formen: Niereninsuffizienz, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Eisenmangel

**Tab. 26.4.** Pharmakotherapie von Angststörungen im Alter

Anwendungsfall	Psychopharmaka	Mittlere Tagesdosis [mg]
Akute Intervention (maximal 3–4 Wochen)	<i>Oxazepam</i> (z. B. <i>Adumbran</i> ®) <i>Lorazepam</i> (z. B. <i>Tavor</i> ®)	5–20 1–3
Mittelfristige Therapie	<i>Buspiron</i> (z. B. <i>Bespar</i> ®) <i>Citalopram</i> (z. B. <i>Cipramil</i> ®) <i>Paroxetin</i> (z. B. <i>Tagonis</i> ®) <i>Doxepin</i> (z. B. <i>Aponal</i> ®)	5–10 (3-mal/Tag) (verzögerter Wirkungseintritt, 10–14 Tage) 10–20 10–20 50–100 ( <b>Cave:</b> anticholinerge und sedierende Wirkungen)

### 26.5.2 Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch kommen Schlafstörungen bei älteren Patienten häufig auch im Rahmen von Demenzerkrankungen, deliranten Syndromen, depressiven Störungen, aber auch bei Herz- und Lungenerkrankungen vor.

### 26.5.3 Epidemiologie/Prävalenz

Rund 25–35% der älteren Patienten klagen über Schlafstörungen. Jeder Dritte von ihnen nimmt ein verschreibungspflichtiges Hypnotikum, bei den 20- bis 30-Jährigen ist es nur jeder Zehnte. 20% der älteren Patienten mit Schlafstörungen leiden an einer primären Insomnie, bei 80% sind psychische oder organische Faktoren verantwortlich.

### 26.5.4 Pharmakotherapie

Wegen der relativ hohen Nebenwirkungsrate der Benzodiazepine sollten in der hausärztlichen Behandlung andere Medikamente in der ersten Linie der Therapie stehen. So fanden sich bei älteren Patienten mit Benzodiazepineinnahme wegen Schlafstörungen im Vergleich zu Placebo 5-mal so häufig kognitive Störungen und 4-mal so häufig Tagesmüdigkeit (Glass et al. 2005). ■ Tab. 26.5 führt eine Auswahl an Präparaten mit Tagesdosierung auf.

Bei erfolgloser Therapie nach 2 Wochen mit einer Substanz sollte zur weiteren Behandlung eine fachärztliche Stellungnahme eingeholt werden.

In der medikamentösen Therapie älterer Patienten ist grundsätzlich zu bedenken, dass eine Effektivität der verfügbaren Substanzen bislang nur für einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen nachgewiesen ist, während sich die medikamentöse Verordnung in

der Praxis gerade beim älteren Klientel oft über mehrere Monate bis Jahre erstreckt.

### 26.5.5 Psychotherapie

Neben speziellen verhaltenstherapeutischen Techniken und Entspannungsverfahren, wie das autogene Training und die Progressive Muskelrelaxation, stehen im hausärztlichen Bereich zunächst Aspekte der schlafhygienischen Beratung im Vordergrund.

**Schlafhygienische Regeln** für ältere Patienten:

- Keine schweren Mahlzeiten am Abend
- Regelmäßige körperliche Aktivität
- Verringerung geistiger und körperlicher Aktivität vor dem Zubettgehen
- Angenehme Atmosphäre im gut gelüfteten Schlafzimmer
- In der Nacht nicht auf Wecker oder Uhr schauen
- Alkohol weitgehend meiden, nur im schweren Fall Schlafmittel einsetzen
- Ab dem Nachmittag koffeinhaltige Getränke meiden
- Reduktion des Mittagsschlafs

Allein die Beherzigung dieser einfach umzusetzenden Empfehlungen kann Schlafprobleme wirksam reduzieren. Nicht selten erübrigt sich dann eine Verordnung pharmakologischer Substanzen.

## 26.6 Schizophrene und wahnhafte Störungen

Diese Störungsbilder sind im Alter in der Regel heterogen. Sie treten auch bei organisch bedingten psychischen Erkrankungen wie Demenzen oder deliranten Syndromen auf.

### 26.6.1 Symptome und Diagnostik

Das klinische Bild ist dem in jüngeren Lebensabschnitten sehr ähnlich. Spezifische Symptome im Alter finden sich nicht. Wahnhalte sind häufig Verfolgung, Hypochondrie oder querulatorische Tendenzen. Ich-Störungen sind seltener als bei Jüngeren, ebenso die Zerfahrenheit des Denkens.

Bei der Ursachenklärung kommt den sekundären Wahnsyndromen bei älteren Patienten gegenüber jüngeren besondere Bedeutung zu. Relevante Erkrankungen und pharmakologische Substanzen als **Auslöser für eine wahnhafte Symptomatik**:

■ **Tab. 26.5.** Bei Insomnie im Alter eingesetzte Medikamente zur Nacht

Psychopharmaka	Dosierung [mg]
Zopiclon (z. B. Ximovan®)	0,5–1 Tbl.
Zolpidem (z. B. Stilnox®)	0,5–1 Tbl.
Melperon (z. B. Eunerpan®)	25–50
Pipamperon (z. B. Dipiperon®)	40–80
Trimipramin (z. B. Stangyl®)	25–50
Chloralhydrat blau®	0,5–1 Tbl.
Ggf. Baldrian, Melisse, Hopfen	

— Neuropsychiatrische Erkrankungen:

- Demenzen
- Schlaganfälle
- Epilepsie
- Schädel-Hirn-Trauma
- Hirntumoren
- Parkinson-Krankheit
- Infektiöse ZNS-Erkrankungen

— Internistische Erkrankungen:

- Myokardinfarkt
- Anämien
- Toxisch-metabolische Störungen
- Schilddrüsenfunktionsstörungen
- Hepatische Enzephalopathie
- Morbus Wilson

— Medikamente:

- Antiparkinsonmittel
- Antikonvulsiva
- Antihypertensiva
- Antidepressiva

■ Tab. 26.6. Pharmakotherapie von Wahnstörungen im Alter

Anwendungs-empfehlung	Psychopharmaka	Mittlere Tagesdosis [mg]
Erste Wahl	<i>Risperidon</i> (z. B. <i>Risperdal</i> ®)	1–3
Zweite Wahl	<i>Quetiapin</i> (z. B. <i>Seroquel</i> ®)	75–200
	<i>Olanzapin</i> (z. B. <i>Zyprexa</i> ®)	5–15
	<i>Aripiprazol</i> (z. B. <i>Abilify</i> ®)	15–25
Ferner	<i>Pipamperon</i> (z. B. <i>Dipiperon</i> ®)	40–160
	<i>Melperon</i> (z. B. <i>Eunerpan</i> ®)	25–100
	<i>Haloperidol</i> (z. B. <i>Haldol</i> ®)	1–5

## 26.6.2 Epidemiologie/Prävalenz

In Ausnahmefällen können schizophrene Erkrankungen erstmals nach dem 60. Lebensjahr beginnen. Späterkrankungen sind bei Frauen häufiger als bei Männern.

## 26.6.3 Pharmakotherapie

Auch im höheren Lebensalter sind bei schizophrenen und wahnhaften Störungen Antipsychotika die Medikamente der ersten Wahl. Dosierungen ausgewählter herkömmlicher und neuerer Antipsychotika sind in ■ Tab. 26.6 angegeben.

! **Risikofaktoren für zerebrovaskuläre Ereignisse wie TIA oder Schlaganfall sollten vor Verordnung mit Antipsychotika geprüft werden, da die Substanzen, herkömmliche wie neuere Antipsychotika, dieses Risiko erhöhen können.**

Die medikamentöse Behandlung dieser Störungen sollte in Kooperation des Hausarztes mit dem Facharzt sowie einer eingehenden Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen, da es im Verlauf der Therapie wiederkehrend zu speziellen Problemen mit Dosierung und Nebenwirkungen sowie Interaktionen der Psychopharmaka kommen kann.

## 26.6.4 Psycho- und Soziotherapie

Nach Abklingen der akuten, produktiv psychotischen Symptome treten bei der Fortführung der Antipsychotikagabe immer mehr die psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen in den Mittelpunkt. Seelische Unterstützung durch begleitende Gespräche und persönliche Begleitung in der Auseinandersetzung mit der Krankheit sollten von hausärztlicher Seite erfolgen. Eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten hilft, die Behandlungsmotivation zu stärken, und fördert damit die bei diesen Kranken oft mangelnde Compliance. Eine an die Bedürfnisse des Kranken und seines Alltags angepasste Aktivitätsstruktur lässt sich am ehesten über bestimmte soziotherapeutische und verhaltenstherapeutische Maßnahmen erreichen.

### Nichtmedikamentöse Maßnahmen bei wahnhaften Störungen im Alter:

- Stützende psychotherapeutische Grundhaltung
- Angebot begleitender Gespräche und persönlichen Beistands bei der Auseinandersetzung
- Systematisches Training sozialer Fertigkeiten
- Alltagsstrukturierung: klare Tagesstruktur, eindeutige, Orientierung gebende Aufgaben, eher beschützte Wohnverhältnisse, Herstellung von Kontakten zu ambulanten Diensten
- Einbeziehung der Angehörigen: psychoedukative Arbeit

## 26.7 Missbrauch von Psychopharmaka und Alkohol

### 26.7.1 Symptome und Diagnostik

Nach einem Zeitraum von in der Regel 3–4 Wochen muss mit einem Beginn der Abhängigkeitsentwicklung von Benzodiazepinen gerechnet werden, insbesondere wenn höhere Dosierungen benötigt werden. Bei den meisten älteren Patienten besteht jedoch eine »Low-dose«-Abhängigkeit, nachdem oft über den Zeitraum eines halben Jahres geringe Benzodiazepindosen kontinuierlich eingenommen wurden.

Wichtige unerwünschte Wirkungen dieser Abhängigkeitsform im Alter:

- Sedierung am Tage
- Schwindel und Gangunsicherheit
- Psychomotorische Verlangsamung
- Einbußen in der Gedächtnis- und Konzentrationsleistung
- Erhöhtes Sturzrisiko infolge muskelrelaxierender Wirkungen

Eigenmächtige Absetzversuche werden relativ rasch mit u. U. schweren Entzugssymptomen beantwortet. Im Alter sind neben den typischen Symptomen Schlafstörungen, Muskelkrämpfe und Halluzinationen häufig.

Das **Symptombild des Alkoholmissbrauchs** im Alter besteht überwiegend aus »geriatrischen« Symptomen.

Häufige »geriatrische« Symptome bei älteren Patienten mit Alkoholmissbrauch:

- Neigung zu Stürzen mit Prellungen oder Frakturen
- Diarrhöen
- Blaseninkontinenz
- Fehlernährung

Eine Reihe von Verhaltensänderungen kann bei älteren Patienten auf deren Alkoholmissbrauch hinweisen:

- Einbußen kognitiver Leistungen
- Wiederkehrende Verwirrheitszustände
- Fortschreitende Motivations- und Interesselosigkeit
- Von früher her nicht erklärbare Verhaltensweisen, z. B. Regelverstöße, Taktlosigkeit, Reizbarkeit
- Schlafstörungen mit vermehrter Tagesmüdigkeit
- Ängstliche Befürchtungen bis zu Panikattacken

Die Labor- und weitere technische Diagnostik orientiert sich an den Empfehlungen für jüngere Patienten (► Kap. 17).

**!** Auf eine Hypovitaminose von Vitamin B<sub>12</sub> und Folsäure sollte stets genau geachtet werden.

Wichtigste **Alkoholfolgeerkrankungen** bei älteren Patienten:

- Wernicke-Korsakow-Syndrom
- Entzugssyndrome mit deliranten Zuständen
- Psychotische Störungen, z. B. Eifersuchtswahn, Halluzinose
- Persönlichkeitsstörungen
- Demenzielle Symptomentwicklung

### 26.7.2 Epidemiologie/Prävalenz

Psychopharmaka stellen im Alter nach den Herz-Kreislauf-Medikamenten die am häufigsten verordnete Substanzgruppe dar. Die Verordnungs- und Einnahmerate von Psychopharmaka steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Bei älteren Frauen liegt sie überdurchschnittlich hoch. Offenbar werden im Alter Psychopharmaka v. a. zur Minderung von psychischen Begleitsymptomen bei körperlichen Krankheiten verordnet. Von allen Psychopharmaka gehören die Benzodiazepine mit 80% mit Abstand zur am häufigsten verordneten Medikamentengruppe.

Schätzungen gehen davon aus, dass 6% der über 60-Jährigen an einem therapiebedürftigen Alkoholproblem leiden.

### 26.7.3 Therapie

Die Entzugs- und Entwöhnungstherapie sollte in jedem Fall unter fachärztlicher Kontrolle durchgeführt werden, in den meisten Fällen ist auch eine stationäre Behandlung erforderlich. Das therapeutische Vorgehen folgt im Wesentlichen den Leitlinien bei jüngeren Patienten, sollte insgesamt aber behutsamer erfolgen und längere Zeiträume für den Behandlungserfolg einberechnen. Bei vertrauensvoller Arzt-Patienten-Beziehung ist die Behandlung durchaus ambulant möglich und erfolgreich.

## 26.8 Versorgungsstrukturen

Die Sicherstellung der medizinischen Behandlung in häuslicher oder auch institutioneller Umgebung ist eine verantwortungsvolle Aufgabe des Hausarztes, bei dem ihm ein vielgestaltiges Netz von Kooperationspartnern zur Seite steht. Die in dieser gerontopsychiatrischen Versorgung angesprochenen Ein-

richtungen und Leistungsträger haben die Aufgabe, das Wohlbefinden und die Alltagskompetenz des älteren Patienten aufrechtzuerhalten und zu fördern. Die dabei verfolgten Ziele sind:

- Fachgerechte medizinische Behandlung umsetzen
- Angemessenen Wohnraum sichern
- Ausreichende Körperpflege erhalten
- Grundlegende Lebensäußerungen fördern, so z. B.:
  - Möglichst uneingeschränkte Bewegung
  - Aufrechterhaltung lebenslanger Gewohnheiten
  - Freiraum der Gestaltung erhalten
  - Soziale Kommunikation ermöglichen

tigsten Tätigkeitsschwerpunkte der ambulanten Beratung für gerontopsychiatrische Patienten bestehen in der Information und Beratung von sozialen, rechtlichen und finanziellen Fragen und in der Vermittlung konkreter kommunaler Hilfen zur Verwirklichung von gesetzlichen Ansprüchen. Über die Pflegebüros oder Altenberatungsstellen der Städte und Kreise sind hierbei die meisten Informationen für Patienten und ihre Angehörigen zu beziehen.

#### Tipps

Der Hausarzt sollte die Patienten und ihre Familien in jedem Fall über diese Beratungsangebote aufklären und sie ermuntern, die Angebote auch wahrzunehmen. Dies gilt in besonderem Maße für die (pflegenden) Angehörigen von Demenzpatienten. Darüber hinaus sollte vom Hausarzt auch stets der Abruf von Leistungen ambulanter, überwiegend pflegeorientierter Einrichtungen erfolgen.

### 26.8.1 Ambulante Einrichtungen

Von allen pflegebedürftigen älteren Menschen leben 80% zu Hause, sodass ambulante Einrichtungen im Alter eine herausragende Stellung haben. Die wich-

#### Ambulante Einrichtungen und (beispielhaft) ihr Leistungsspektrum

##### Ambulante Pflegedienste:

- Grundkrankenpflege, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung

##### Gerontopsychiatrische Dienste:

- Koordinierung zwischen Ärzten, Beratungsstellen, Sozialämtern, Tageskliniken, Krankenhäusern und Pflegeheimen
- Einbeziehung von Bezugspersonen
- Betreuung, z. B. Hausbesuche
- Langfristige Kontaktsicherung
- Aktivierende Pflege
- Tagesstrukturierung

##### Tagesstätten, Alten- und Servicezentren:

- Förderung sozialer Kontakte
- Regelung der Mahlzeiten
- Umsetzung sozialer Aktivitäten
- Möglichkeiten der Anregung und Beschäftigung (Ergotherapie, Gedächtnistraining)
- Körperliche Bewegung, Gymnastik

##### Betreuungsgruppen für Demenzkranke:

- Tagesstrukturierung
- Erhalt von Alltagsfunktionen
- Geistige Anregung und Beschäftigung
- Kognitive Förderung
- Gemeinsame körperliche Bewegung

##### Selbsthilfegruppen (Patienten, Angehörige):

- Erfahrungsaustausch
- Emotionale Ermutigung
- Vermittlung von krankheitsbezogenen Informationen
- Besprechung individueller Problemsituationen
- Entwicklung von Problemlösestrategien

##### Alzheimer Gesellschaften:

- Beratung von Angehörigen
- Bereitstellung von Informationsmaterial
- Öffentlichkeitsarbeit
- Teilweise Organisation von Betreuungsgruppen, Helferkreisen, Gruppenarbeit mit Angehörigen

### 26.8.2 (Teil-)Stationäre Einrichtungen

In Ergänzung zu diesen ambulanten Hilfsangeboten steht ein breites Spektrum teilstationärer und statio-

närer Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen zur Verfügung. Im höheren Lebensalter kommt den teilstationären Einrichtungen neben der Behandlung und Pflege leichter bis mittelgradiger Krankheits-



ausprägungen die besondere Aufgabe zu, die Kontinuität des häuslichen Lebens für den älteren Patienten zu sichern. Bei den Einrichtungen der stationären Altenpflege spielt das Leistungsangebot insbesondere im Rahmen von Demenzerkrankungen eine wichtige Rolle, sodass die pflegenden Familien für den nicht selten erst nach eingehenden und kontroversen Überlegungen entschiedenen Fall einer Heimeinweisung des kranken Familienmitglieds eine konkrete Handlungshilfe bei der Auswahl der Einrichtung benötigen.

### Kriterien für eine Auswahl des individuell geeigneten Alten- und Pflegeheims

- **Ausgewählte bauliche Merkmale:**
  - Begrenzte Größe (nicht mehr als 125–150 Plätze)
  - Vorhandensein von Tagespflege
  - Möglichkeit des Probewohnens
  - Verfügbarkeit von Gästezimmern
  - Breite Verteilung der Pflegestufen
  - Sonderbereich für schwer verhaltensgestörte Bewohner
  - Weg- bzw. Parkflächen zur Ermöglichung von motorischer Aktivität
  - Vorhandensein von Gemeinschaftsräumen
- **Ausgewählte organisatorische Merkmale:**
  - Ausreichende Mitarbeiter pro Schicht
  - Wertschätzende und aktivierende Grundhaltung
  - Gepflegtheit von Bewohnern und Mitarbeitern
  - Geregelte, aber flexible Tageszeiten
  - Vielgestaltige Beschäftigungsmöglichkeiten
  - Einbeziehung von Angehörigen
  - Vorhandensein eines Bewohner- bzw. Angehörigenbeirats

Mit den Begriffen »Krankheit« und »Behinderung« sind folgende Zustände gemeint:

- Verluste, Lähmungen oder Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane
- Störungen des Zentralnervensystems (ZNS), wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen, sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen

Hilfe bei der Pflege wird gewährt bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen. Diese gehören zu folgenden Alltagsbereichen:

- Körperpflege, z. B. Ganz- oder Teilkörperwäsche, Blasen- und Darmentleerung
- Ernährung, z. B. Zubereitung oder Aufnahme der Nahrung
- Mobilität, z. B. Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Treppensteigen
- Hauswirtschaftliche Versorgung, z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung

Im Verfahren zur Gewährung von Pflegeleistungen durch die Pflegekasse wird zunächst vom Patienten bzw. seiner Bezugsperson nach Zusendung der Formulare der Pflegekasse der Antrag ausgefüllt. Der behandelnde Hausarzt sollte eine befürwortende Bescheinigung erstellen, die die pflegebestimmende Krankheit und ihre Alltagsfolgen erläutert und sich auf die genannten 4 Alltagsverrichtungen bezieht. Nach Eingang dieser Informationen besucht der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) den Patienten in dessen Lebensumgebung und erstellt ein Pflegegutachten.

Danach erfolgt die Ablehnung oder Gewährung einer Pflegestufe durch die Pflegekasse. Die monatlichen Sach- und Geldleistungen sind in ■ Tab. 26.7 nach den verschiedenen Pflegestufen aufgeführt.

## 26.8.3 Pflegebedürftigkeit

### Definition

**Pflegebedürftigkeit:** Pflegebedürftig sind Personen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in erheblicherem Maße der Hilfe bedürfen.

■ **Tab. 26.7.** Monatliche Leistungen der Pflegekasse für die verschiedenen Pflegestufen (Stand: Januar 2007)

Pflegestufen	Geldleistung [€]	Sachleistung zur Tagespflege [€]	Pflegeheimaufenthalt [€]
1	205	384	1023
2	410	921	1279
3	665	1432	1432–1688



### 26.8.4 Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PfLEG)

Darüber hinaus stehen jedem älteren Patienten, dem Leistungen einer Pflegestufe gewährt wurden, auch Leistungen nach dem PfLEG zu. Sofern die Pflegeversicherung beispielsweise Betreuungsgruppen für Demenzkranke zur Entlastung der Angehörigen als sogenannte niedrigschwellige Angebote anerkannt hat, können hierfür die Kosten bis zu einem Betrag von 460 €/Jahr erstattet werden. Informationen über niedrigschwellige Angebote erhalten Familien in der Regel über die Beratungsstelle der Stadt oder des Kreises oder bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (Tel.: 01803 171017, 9 Cent/min, oder über die homepage [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)). Auch »qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen« durch professionelle Pflegedienste, Tages- oder Kurzzeitpflegestätten können über das PfLEG in Anspruch genommen werden.

Helmchen H, Baltes MM, Geiselman B et al. (1996) Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 520–577

Wächtler C (2001) Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Thieme, Stuttgart

### 26.9 Weitere Informationen

- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.: <http://www.dggpp.de>
- Neurologen und Psychiater im Netz, hrsg. von den Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie: <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de>

#### Tests

Skeikh J, Yesavage J (1986) Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 6: 165–173

### 26.10 Weiterführende Literatur

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DALZ) (2006) Ratgeber Häusliche Versorgung Demenzkranker. Schriftenreihe der DALZ, Berlin

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2004) Leitlinie Nr. 4: Ältere Sturzpatienten. Omikron, Düsseldorf

Glass J, Lanctot KL, Herrmann L, Sproule BA, Busto UE (2005) Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. BMJ 331: 1169–1176

Haupt M, Gutzmann H (2007) Psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio (im Druck)

Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis

Schneider, F.; Niebling, W. (Hrsg.)

2008, XV, 592 S., Softcover

ISBN: 978-3-540-71144-5