

# Psychiatrie Aufbaukurs Herbstsemester 2024

Delir und Demenz in der K&L Psychopharmakotherapie im Alter



# Vorstellung

Dr. med. Markus Guzek

FA Psychiatrie und Psychotherapie

Schwerpunkte

Konsiliar- & Liaisonpsychiatrie, Alterspsychiatrie und  
Psychotherapie FMH

Klinik für Alterspsychiatrie, Spital Emmental  
Chefarzt



1. Psychiatrie im Spital
  - Konsiliar- & Liaisonpsychiatrie
  
2. Psychiatrische Störungen im Spital
  - Delirium
  - Demenz
  
3. Psychiatrische Behandlung im Spital
  - Was ist Alter
  - Psychopharmakotherapie im Alter



# Konsiliar- & Liaisonpsychiatrie

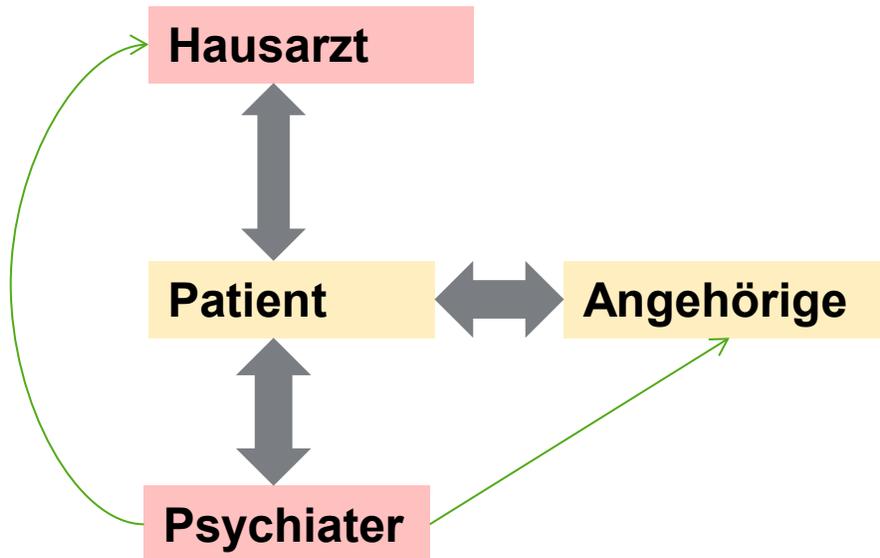
## Begrifflichkeiten

- Konsilium = Beratung ≠ Behandlung
  - Die ist eine Dienstleistung für den behandelnden Arzt dar!
  - Im Normalfall die Beantwortung seiner Frage!
- Liaison = Beziehung = Behandlung im Auftrag
  - Psychiatrische Behandlung im Rahmen einer somatischen Behandlung
  - Die Liaisonpsychiatrie stellt eine spezielle Form der Dienstleistung für den behandelnden Arzt dar
  - Beziehung zum Patienten ist eine Auftragsbeziehung!

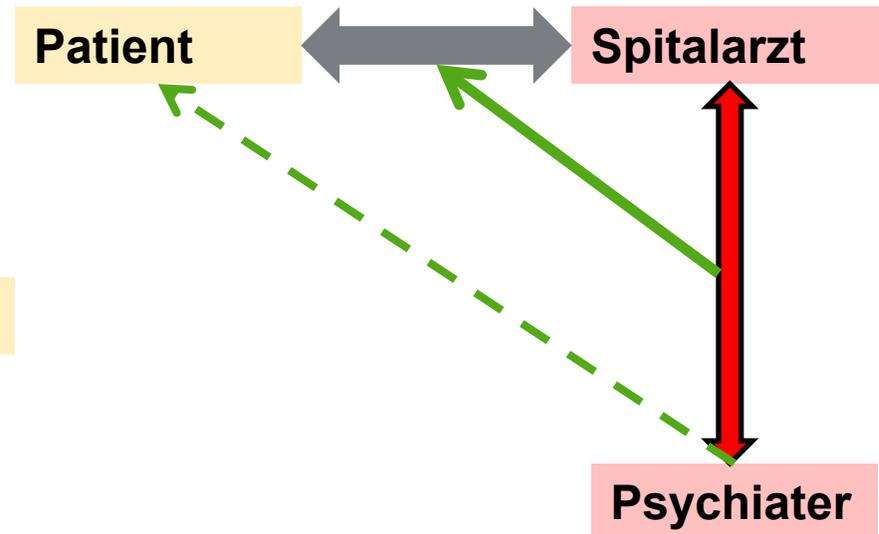
# Konsiliar- & Liaisonpsychiatrie

## Auf die Beziehung kommt es an

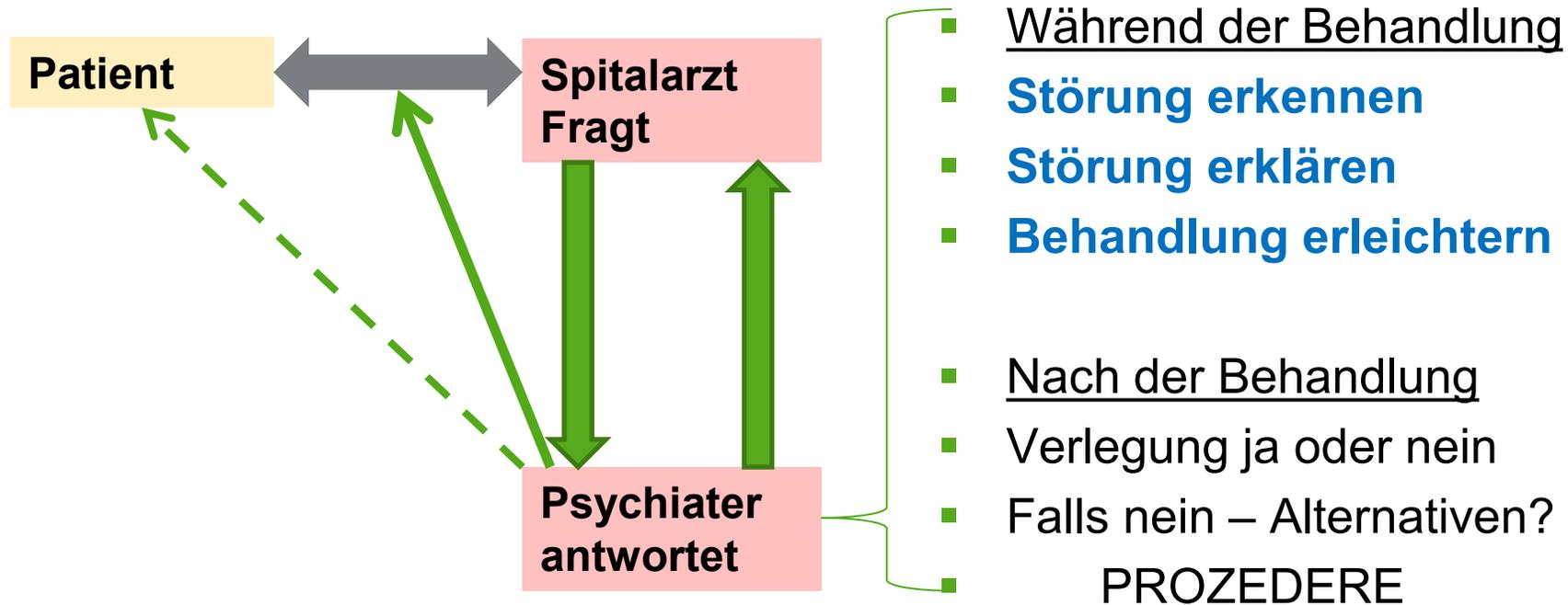
### Klassisches Verhältnis



### Konsiliar- & Liaisonpsychiatrie



# Konsiliar- & Liaisonpsychiatrie Aufgaben



# Konsiliar- & Liaisonpsychiatrie

## Fragestellung

### Fallbeispiel 1 – Der verwirrte Patient

Anmeldung durch die Chirurgen:

*Patient nach Sturz im Spital nun verwirrt und unruhig.*

*Frage: Einweisung Alterspsychiatrie wegen fortgeschrittener Demenz?*

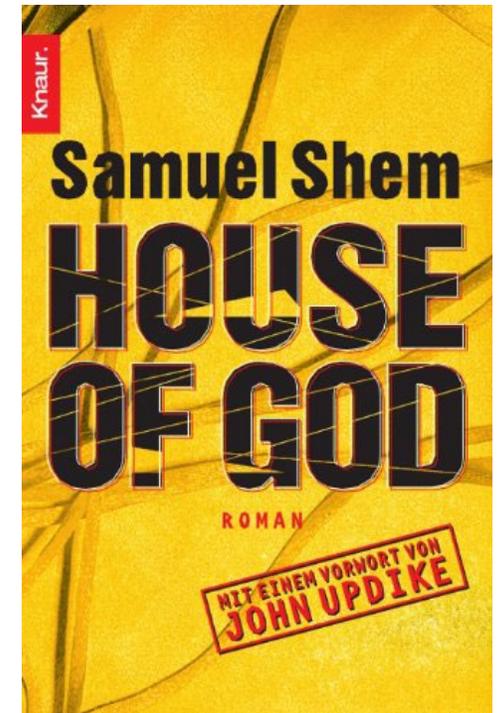
*Antwort:*

*Keine – Erst den Auftrag klären, dann untersuchen, dann antworten!*

# Konsiliar- & Liaisonpsychiatrie

## Aufgabe

- Was muss ich beantworten?
  - *Frage: Einweisung Psychiatrie wegen Demenz?*
    1. *Beurteilung: Liegt eine Störung vor? Welche?*
      - a. *Warum*
    2. *Prozedere 1: Wie soll damit umgegangen werden (Unruhe etc.)*
    3. *Prozedere 2: Muss/kann der Patient verlegt/entlassen werden?*



Regel Nr. 5

# Fallbeispiel 1

## Vorgehen in der K-&L Psychiatrie

- Grundprinzip: Sie brauchen Informationen
  1. Vorbesprechung mit dem Zuweiser
    - Grund der Hospitalisation, bisherige Befunde, bisherige und geplante Behandlung, Fremdanamnese incl. Angaben des Hausarztes und der Familie. Prozedere
  2. Aktenstudium
    - Relevante Befunde incl. Diagnoselisten, Vorberichte, Labor, etc. Im Zweifelsfall nach Bedeutung fragen
  3. Vorbesprechung Pflegedienst
    - Beobachtungen, Informationen von/über Angehörige, unterschiedliche Wahrnehmungen verschiedener Schichten, aber auch: Geeigneter Raum
  4. Untersuchung des Patienten

# Fallbeispiel 1

- Was möchten Sie wissen?
- Bitte benutzen Sie die Chat Funktion



# Fallbeispiel 1

## Informationen und Befunde 1

- Eintritt nach Sturz in der Wohnung 80 jähriger, alleinstehender ehemaliger Bankangestellter. Wohnt und versorgt sich selbst. Gemäss Pflege keine Besucher
- Bisher keine psychiatrischen Auffälligkeiten bekannt.
- Juveniler Diabetes mellitus, koronare Kardiomyopathie unter ASS, vaskuläre Nephropathie (GFR 55).

# Fallbeispiel 1

## Informationen und Befunde 2

- EKG o.p.B. Labor bei Eintritt BZ 2.9 mmol/L, Na 119 mmol/L
- Verlauf: In der Nacht unruhig, möchte nach Hause, teils aggressiv.
- Befund: Schläfriger Patient, Datum unklar, Wochentag und Monat bekannt, örtlich orientiert, schreckhaft, ablenkbar, ansonsten freundlich. Er habe in der Nacht gut geschlafen.
- Minimal Mental Status: 26 Punkte

## Warum schläfrig?

# Akutes Delirium

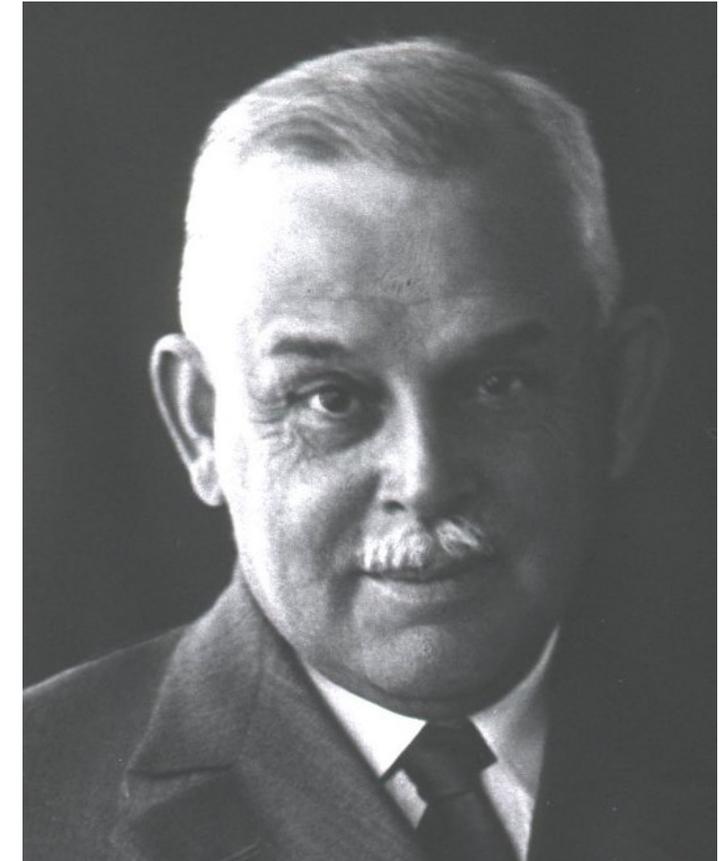
## Epidemiologie

- Allgemeinspital - 10 bis 30%
- Allgemeinspital >65 J. - 10 bis 40%
- Karzinompatienten - 25%
- AIDS Patienten - 30 bis 40%
- Postoperative Patienten - 10 bis 50%
- Terminale Patienten - 80%
- Hirngeschädigte Patienten - 80%

# Akutes Delirium

- Erstbeschreibung 1914 durch Karl Bonhoeffer unter der Bezeichnung:“**Akuter exogener Reaktionstypus**“
- Kriterien nach Bonhoeffer:
  - Bewusstseinsstörung
  - Zeitlich-örtliche Desorientierung
  - Personen- und Situationsverkenkung
  - Halluzinationen (szenisch, oneiroid)
  - Vegetative Störungen
  - Nachfolgende Amnesie (oft unvollständig)

**Karl Bonhoeffer**



- Akute organisch bedingte psychische Störung gekennzeichnet durch:
  - a. Qualitative oder quantitative Bewusstseinsstörung mit reduzierter Fähigkeit der Aufmerksamkeitsregulierung
  - b. Störung (oder deutliche Verschlechterung) der Kognition. Zeigt sich als Desorientierung, Gedächtnisstörung und/oder Sprachstörung
  - c. Entwicklung über einen kurzen Zeitraum (akutes Auftreten), **fluktuierende Symptomatik**
  - d. Verursacht durch eine somatische Erkrankung, Entzugssymptome oder substanzinduziert
  - e. Mit der Ursache prinzipiell reversibel, aber 30 % Persistenz nach 6 Monaten

# Akutes Delirium

## Wichtige Differentialdiagnosen

- Wernicke Enzephalopathie
- Hypertensive Enzephalopathie
- Hypoperfusion des Gehirns
- Hypoxämie
- Intrakranielle Blutung
- Meningitis, Enzephalitis
- Vergiftung
- **Medikation**

# Akutes Delirium

## Einteilung

1. Hyperaktives Delirium – häufigste Diagnose
  - «Sympathikus Typ» – Tachykardie, Hypertonie, Schwitzen, erweiterte Pupillen
2. Hypoaktives Delirium – kaum diagnostiziert
  - Ca. 30%
  - Auffälligstes Merkmal: Einschlafen im Gespräch
  - Cave: Dehydratation, Malnutrition
3. Gemischtes Delirium – häufigste Form
  - Ca. 50%
  - Cave: Nachts unruhig, am Tag «entlassungsfähig»

# Akutes Delirium

## Risikomanagement = Prävention

### RISIKOFAKTOREN:



### AUSLÖSEFAKTOREN I°:

- hohes Alter
- Kognitive Störung
- Sensorische Störung
- Gebrechlichkeit
- Schweregrad der Erkrankung/Komorbidität
- Mangelernährung oder Dehydratation
- Polypharmazie
- Anticholinergika
- Psychopharmaka allg.
- Alkoholmissbrauch (Entzugsrisiko)
- Funktionsstörungen der Nieren

- Infektions- und Stoffwechselkrankheiten
- primäre neurologische Erkrankung
- chirurgische Eingriffe
- zwischenzeitlich auftretende Krankheiten
- Schmerzen
- **emotionaler Stress (Umgebungswechsel u.a.)**
- Immobilisierung
- Anwendung von Fixierungsmaßnahmen
- Einlegen eines Blasendauerkatheters
- Medikamente
- eine individuelle und kumulative Einnahme von Medikamenten

# Auslöser = Ursachensuche:

- Infektion? – CRP, Lk, Urinstatus, ggf. BK
- Toxisch? – Anticholinerge Medikation? Medikamentenintoxikation?
- Metabolisch? – Elektrolyte, Kreatinin, Glucose, Leberwerte, Schilddrüse, Albumin, Kalzium
- Hämatologisch? – Ery`s, Hb, MCV, VitB12, Folsäure, Diff-BB
- Zerebral? – CCT, besser MRI, ggf. EEG und LP
- Kardiovaskulär? - EKG, RR, HF, T

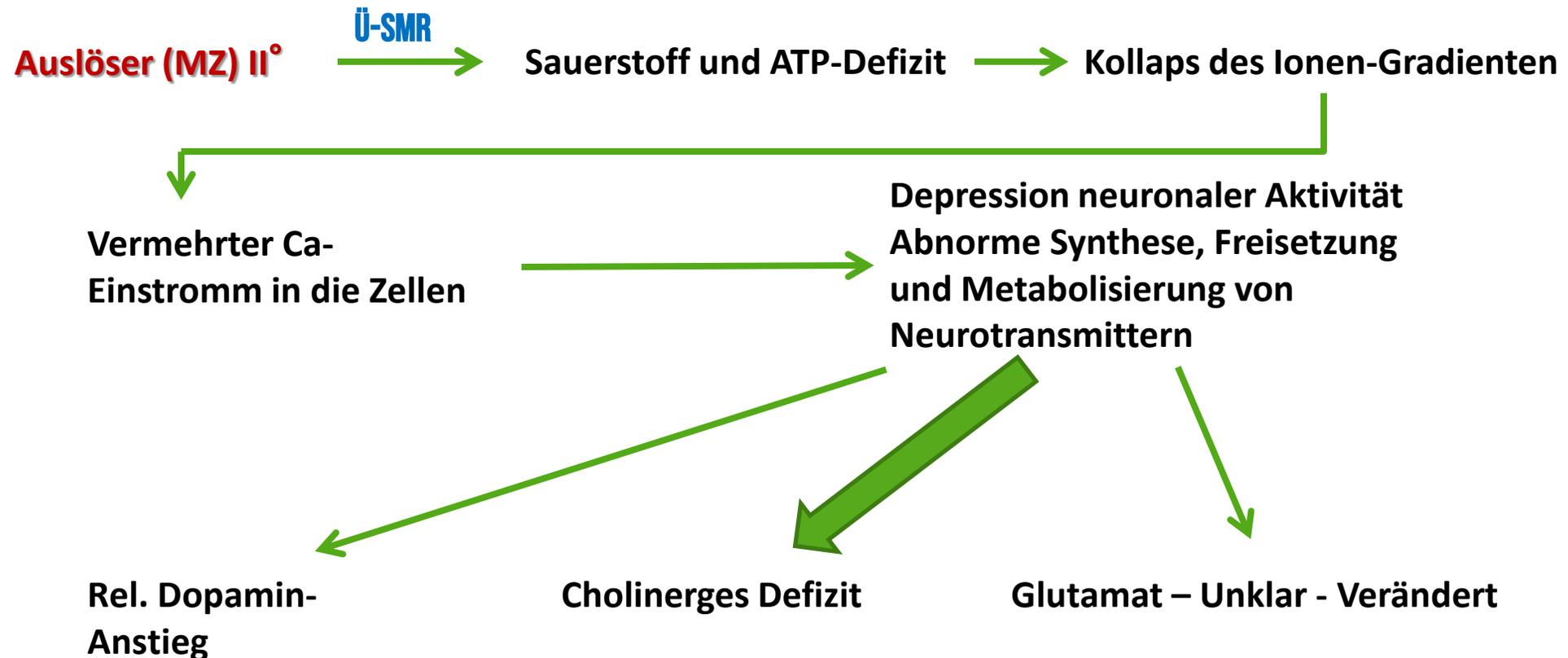
### «Überschiessende stressmetabolische Reaktion **ÜSMR**»

1. Störung der LHPA Achse (Limbisches System – Hypothalamus – Nebenniere) mit:
  - Dysregulation von:
    - Corticotropin realising hormon, ACTH, Cortisol, Vasopressin und deren systemischen Auswirkungen
2. Dysregulation sympathisches Nervensystem
  - Downregulation Acetylcholin
  - Up Regulation Adrenalin, Noradrenalin
3. Aktivierung inflammatorisches System
  - TNF, Interleukine, Interferone und Prostaglandine

# Akutes Delirium

## Pathogenese Hypothese I

Angenommen wird eine reversible Dysregulation der neuronalen Membranfunktion.

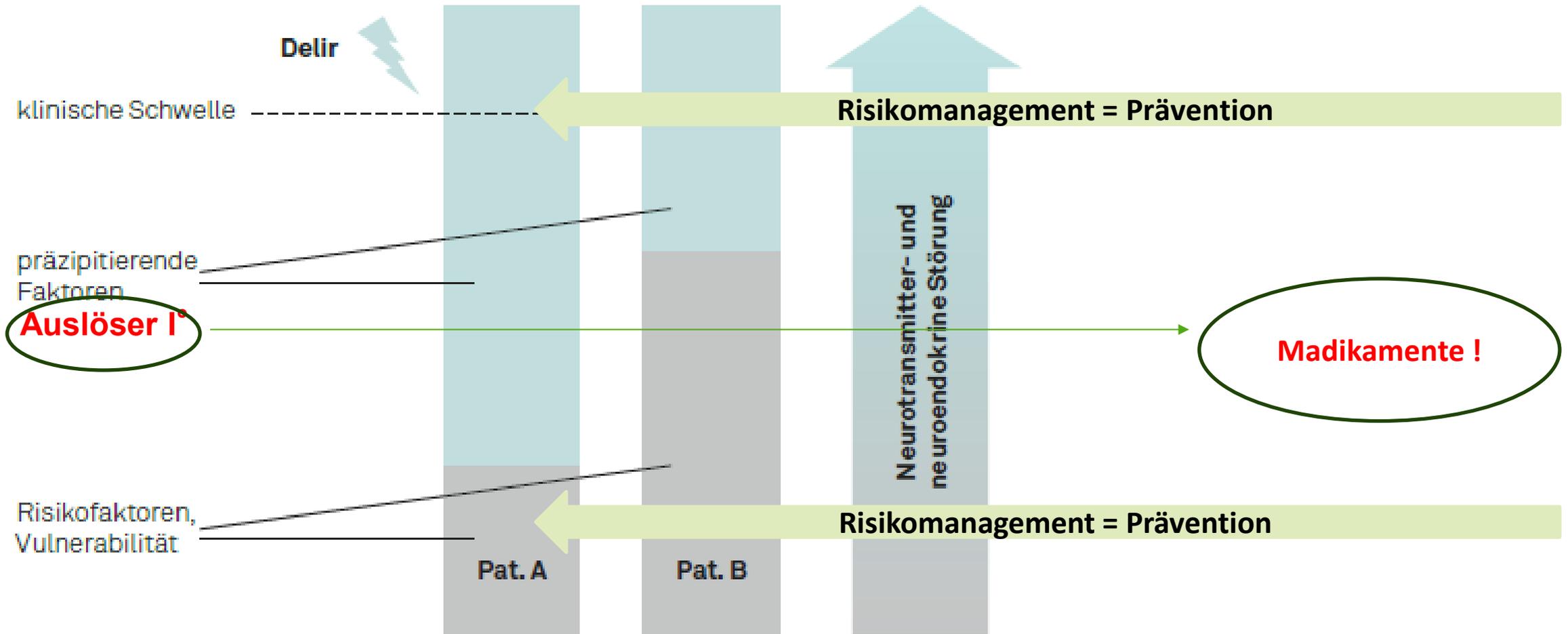


# Akutes Delirium

## Hypothese II Gliazellendysfunktion



# Letztendlich ...



# Akutes Delirium

## Auslösende Medikamente

- Analgetika
- Anticholinergika
- Antikonvulsiva
- Antineoplastische Substanzen
- Antiparkinsonmittel
- Kardiaka
- Sedativa und Hypnotika
- Stimulanzien

## Grundlagen der Psychopharmakotherapie im Alter



# Wann beginnt das Alter?

- Geriatrische Grenze: 65 Jahre
  - Willkürliche versicherungsrechtliche Festlegung durch den Kanzler des Deutschen Reiches Otto von Bismarck †
- Privatklinische Grenze 50 - 55 Jahre
- Alterung ist ein Prozess
  - Pharmakologisch-biologische Grenze: ~60 Jahre
  - Funktionelle Grenze abhängig vom Gesundheitszustand
  - Biographische Grenze oft eng an den Ruhestand gekoppelt, daher aktuell im Umbruch



# Pharmakotherapie

## allgemeine Grundprinzipien

### Pharmakokinetik:

- Aufnahme, Metabolismus, Verteilung und Ausscheidung einer Substanz.
- Abhängig von den Eigenschaften der Substanz und des Organismus
- Wichtigste Kenngrößen: First pass effekt, Verteilungsvolumen, Plasmabindung, Kompartementgröße, Blut-Hirn-Schranke, Aktivität microsomalier Enzyme, Nierenfunktion

### Pharmakodynamik:

- Spezifische Wirkung einer Substanz auf Teilstrukturen des Organismus und auf den ganzen Organismus
  - Interaktion Substanz - Rezeptor
- Schliesst Wirkung an Zielstrukturen und an nicht gewünschten Strukturen des Organismus ein (Wirkungen und Unerwünschte Wirkungen)

### Interaktionen:

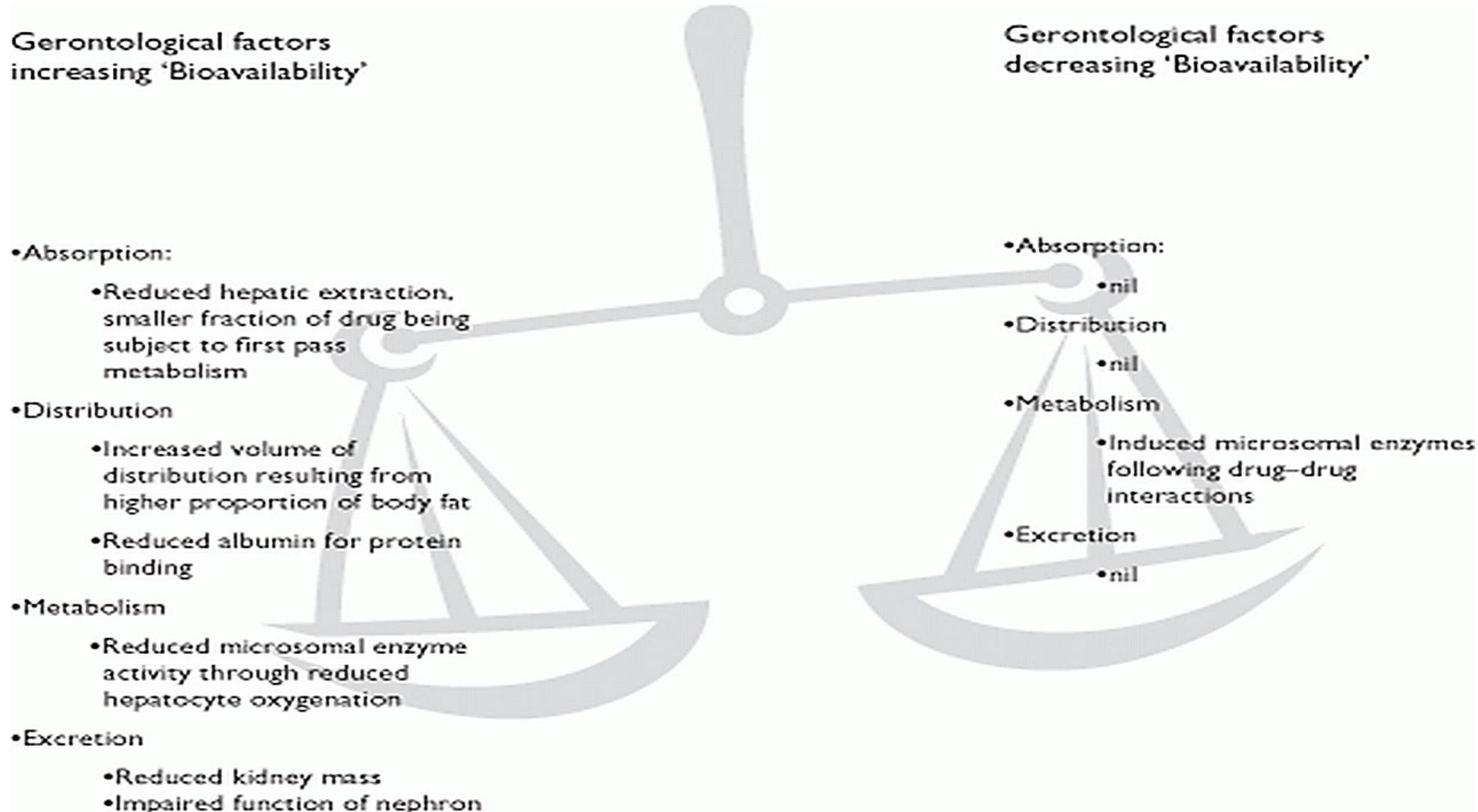
- Gegenseitige Beeinflussung pharmakokinetischer und/oder pharmakodynamischer Eigenschaften einer Substanz im Organismus

# Psychopharmakotherapie

## Einflussgrößen im Alter

1. Compliance:
  - a. Willkürliche Malcompliance – ca. 12.5% älterer Patienten weichen bei der Einnahme von der ärztlichen Empfehlung ab
  - b. Unwillkürliche Malcompliance- Vergesslichkeit
  - c. Iatrogene Malcompliance: Psychiatrische Medikamente werden in der Somatik oft reflexhaft abgesetzt
2. Steigende Anzahl somatischer und psychischer Komorbiditäten
3. Polypharmazie
4. Änderung der Pharmakodynamik
  - a. Abnahme der Hirnmasse führt zur Reduktion der Rezeptordichte
  - b. Ansprechen auf tiefere Dosierungen und frühere unerwünschte Wirkungen
  - c. Die Veränderung der Pharmakodynamik ist individuell nicht voraussagbar.
5. Vor allem aber: ...

# Pharmakokinetischer Alterungsprozess



# Zurück zum Thema

## Prävention von Delirien

- Standardisierte tägliche Beobachtung – [Siehe Delirkonzept Intranet RSE](#)
- Anpassung der Pharmakotherapie
- Behandlung von Schmerzen
- Förderung der Verdauung
- Prävention von Hypoxämie, Dehydratation, Mangelernährung und Obstipation
- kognitive Stimulation – (z.B. Angehörige, Physiotherapie u.a.)
  - aber Reizüberflutung vermeiden
- Verbesserung des beeinträchtigten Seh- und Hörvermögens.
- Reorientierung fördern
- Frühmobilisierung

# Dennoch delirant

## Was nun?

1. **Erkennen** - gut gemacht!
2. Schützen und Sichern
  - Vorsicht versehentliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung
3. **Richtig behandeln – Interdisziplinär behandeln**
  - **Ursachensuche und Behandlung der Auslöser – Innere Medizin/Geriatrie**
  - Medikamentöse Behandlung hyperaktiver und gemischter Delirien – Psychiatrie
  - Medikamentöse Behandlung hypoaktiver Delirien ist weder möglich noch sinnvoll

# Akutes Delirium Therapie

- Therapie des Delirium ist immer Therapie der Ursachen
- Rückbildung des Delirium dauert oft länger als die Normalisierung der Ursache
- Nicht jede Ursache ist erfolgreich behandelbar. Nicht jedes Delirium ein Durchgangssyndrom!



# Akutes Delirium Behandlung

- Behandlung der Ursache !!!
  - CAVE: 30% der Delirien persistieren noch nach 6 Monaten. Nicht jede Ursache ist behandelbar.
  - + Gefahrreduktion
  - + Medizinische und pflegerische Massnahmen ermöglichen
  - + Angehörige Aufklären
  - + kognitive Nachuntersuchungen bei massiv erhöhtem Demenzrisiko

# Akutes Delirium

## Nichtmedikamentöse Interventionen

- Ruhiger Raum, Tageslicht, Nachtlicht zum Schlafen
- Seh- und Hörhilfen
- Sensorische Stimulation vermeiden (Reizabschirmung!!)
- Orientierungshilfen – Kalender, Digitale Uhr, Bilder von Angehörigen, besser deren Anwesenheit
- Regelmässige Kontaktaufnahme durch die selbe Person, immer direkt von vorne ansprechen
- Interventionen mehrfach erklären
- Vor Unfällen sichern, direkte körperliche Einengung vermeiden
- Katheter, Infusionsschläuche und ähnliches soweit möglich entfernen
- Flüssigkeits- und Nahrungsbilanz, Ausfuhrbilanz

# Akutes Delirium

## Typische Neuroleptika

Die höchste Evidenz liegt nach wie vor für Haloperidol vor.

Haloperidol ist relativ Nebenwirkungsreich

Initialmedikation:

Aggitertheit	Jung/gesund	Alt/ gebrechlich
-Leicht	0.5 – 1.0 mg	0.5 mg
-Mittel	2.0 – 5.0 mg	1.0 mg
- Schwer	5.0 - 10.0 mg (nur Ausnahmsweise)	2.0 mg

Regelmässige Wiederholung,  
Mindestabstand 30 min  
**(i.v. Applikation weltweit zurückgezogen)**

Extrapyramidale Symptomatik überwachen

In Kombination mit Dipiperon ab 10 mg fix  
(16.00)

**[in Kombination mit Lorazepam (1mg)- wenn  
unbeherrschbar]**

# Akutes Delirium

## Atypische (neuere) Neuroleptika

Substanz	Initiale Dosis (p.o)	Reserve	Vorteil ggü. Haloperidol	Nachteil ggü. Haloperidol
Risperidon	0.25 – 0.5 mg/2x tgl.	0.25 – 0.5 mg/4h bis 4 mg/24h	Weniger UAW v.a. EPS	Whs. weniger wirksam Erhöhtes Risiko Zerebrovask. Insult
Quetiapin	25-50 mg/2x tgl.	25-50 mg/4h	Weniger UAW, Ø EPS	Sedierung mit Sturzrisiko Weniger wirksam Erhöhtes Risiko Zerebrovask. Insult
Olanzapin	1.25 -2.5 mg	1.25 – 2.5 mg max. 7.5 mg	Keine EPS, wenig UAW	Deutliche Sedierung mit Sturzrisiko Erhöhtes Risiko Zerebrovask. Insult

**CLOZAPIN wird in der Delirbehandlung nicht empfohlen!!**

# Akutes Delirium Sedierung

Wenn notwendig und möglich:

Niedrigdosierte, niederpotente Neuroleptika v.a. Dipiperon ab 10mg um 16.00

## **Kaum geeignet**

- BDZ mit aktiven Metaboliten
- BDZ mit langer HWZ – Diazepam, Chlordiazepam
- BDZ mit sehr kurzer HWZ – Triazolam

## **Besser geeignet**

- Lorazepam – Mittel der Wahl. Initial 1 mg, Erhaltungsdosis bei 0.5mg/4x tgl. beginnen. Gleiche Dosis in Reserve
- Clonazepam
- Oxazepam

# Akutes Delirium Behandlung

- Wie behandeln Sie ein hypoaktives Delirium?

## Fallbeispiel 2

### Die verwirrte Patientin

Anmeldung durch die Internisten:

*Status nach Delirium durch hypertensiver Krise. RR nun eingestellt.*

*Frage: Entlassung nach Hause möglich?*

*Antwort:*

*Keine – Erst den Auftrag klären, dann untersuchen, dann antworten!*

# Fallbeispiel 2

## K&L Psychiater als Detektiv

- **Prinzipielle Frage:**
- Warum das Konsilium?
- Bzw. Von Nichts kommt Nichts



# Fallbeispiel 2

## Informationen

- 70ig jährige, alleine lebende Patientin untergewichtige, ehemalige Sekretärin, keine Kinder, Ehemann verstorben, wird in unregelmässigen Abständen von einer Nichte versorgt. Keine psychiatrische Vorgeschichte bekannt.
- Akte: Angaben des Hausarztes bei Zuweisung: Langjährig erfolgreiche antihypertensive Behandlung, aktuell hypertensive Krise, **whs. bei Malcompliance**. Leichte Hypoalbuminämie, am ehesten nutritiv.

# Fallbeispiel 2

## Detektivarbeit

**Welche Fragen müssen Sie sich stellen?**



# Fallbeispiel 2

## Detektivarbeit

- Was machen Sie? Was möchten Sie wissen?
- Warum Malcompliance nach Jahren einer erfolgreichen Therapie?
- Warum Malnutrition?
- Was ist der gemeinsame Nenner?
- Angaben der Nichte:
- Kontakt wird immer schwieriger, Tante ist seit 2 Jahren zunehmend vergesslich, misstrauisch und verdächtigt alle ihr Geld zu klauen.

VERDACHT: DEMENZIELLE ENTWICKLUNG



# Demenz

## Definition nach DSM IV

Gedächtnisstörung + mindestens 1 weiteres

Aphasie

Apraxie

Agnosie

Dysexekutives Syndrom  
(Planung, Umsetzung,  
Flexibilität)

Verschlechterung gegenüber früher, soziales und/oder berufliches Defizit, keine Bewusstseinsstörung

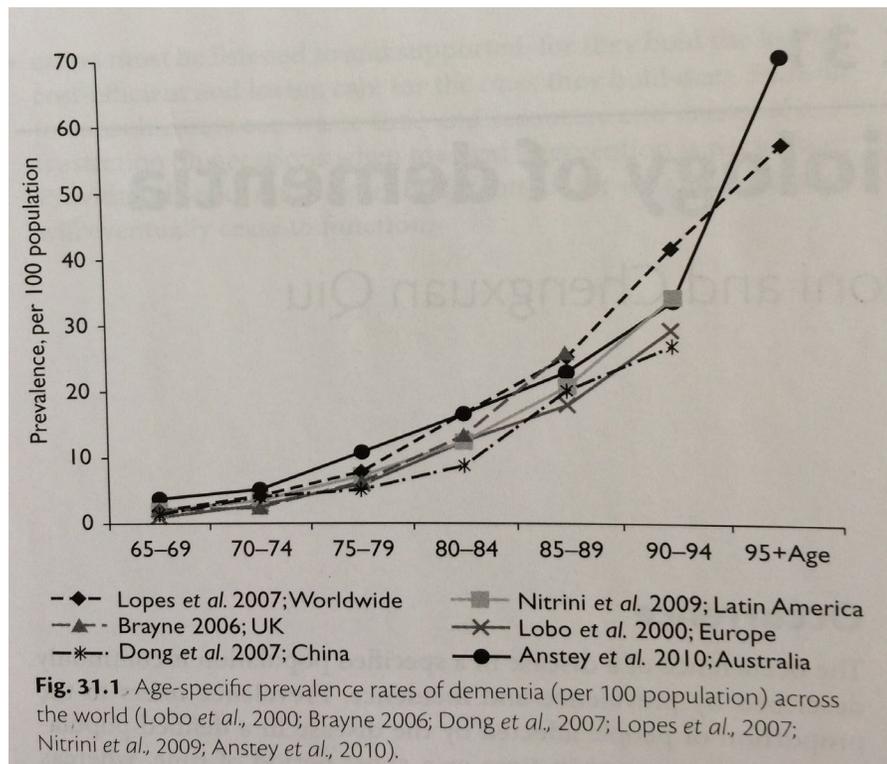
# Demenz

## Definition nach ICD-10

1. Syndrom einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns
2. Störung vieler kortikaler Funktionen einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung
3. Veränderungen der emotionalen Kontrolle, der Affektlage, des Sozialverhaltens oder der Motivation (nicht obligat)
4. Beobachtungszeitraum mindestens 6 Monate, keine Bewusstseinsstörung

# Demenz Epidemiologie

## Prevalenz



Westeuropa: ca. 6.4% (>65)

## Inzidenz

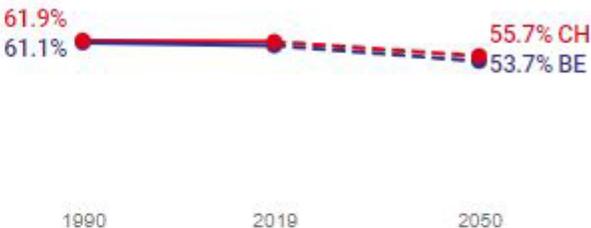
# Demographischer Wandel

## Entwicklung der Bevölkerung nach Altersklasse

0-19 Jahre



20-64 Jahre



65 Jahre und mehr



80 Jahre und mehr



Quelle: [Szenarien zur Bevölkerung - Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](https://www.admin.ch)

# Demenzen

## häufigste Formen

**Cave die zum Teil komplexe zugrunde liegende Pathologie führt zu starker Symptomvarianz, vor allem in der Frühphase. Nachfolgende Einteilung hat nur einen orientierenden Charakter:**

Alzheimer Demenz – etwa 50%

Vaskuläre (gefässbedingte) Demenz etwa 20%

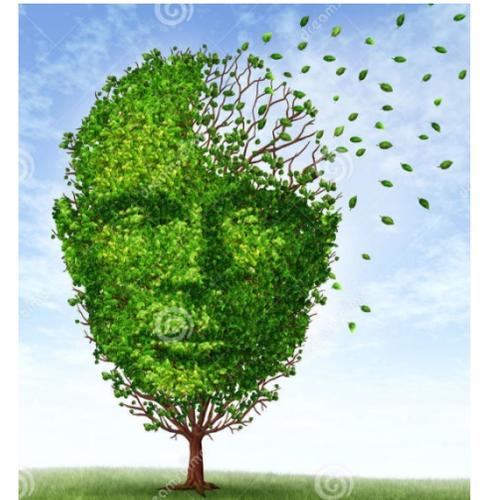
Gemischte Demenzen (ALZ + Vask) – whs. 15% oder mehr

- Häufigste Diagnose posthum

Lewy Body Demenz

Demenz bei Parkinsonerkrankung

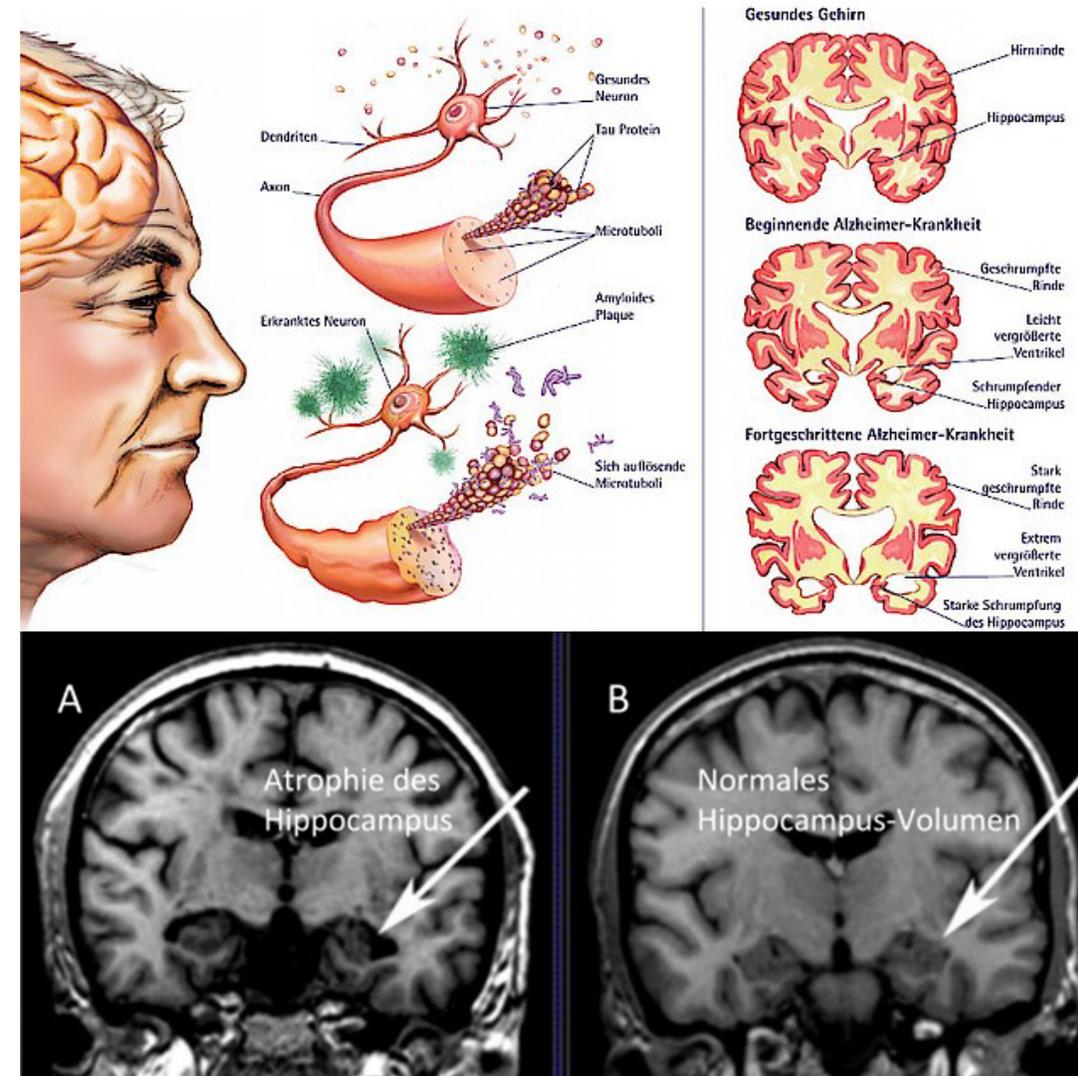
Frontotemporale Demenz



# Demenz Alzheimer-Typ

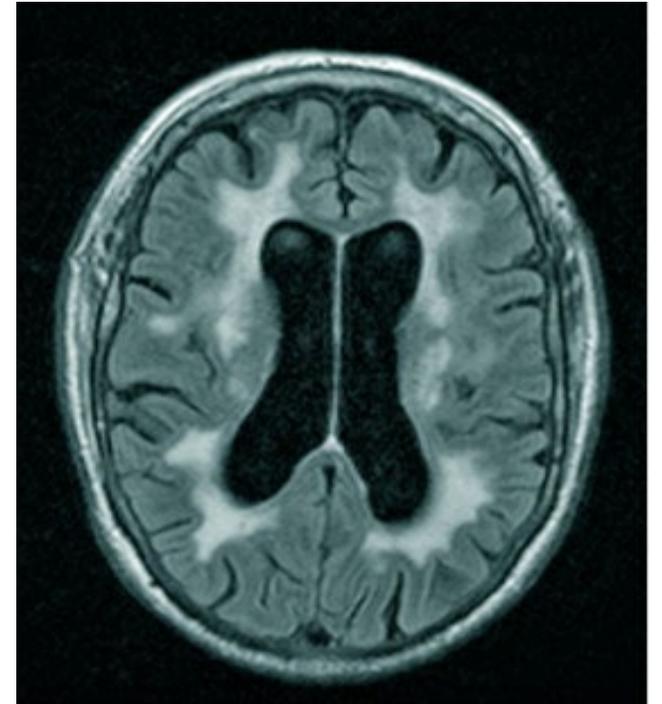
## Klinik, Neuropsychologie

1. **Schleichender Beginn**
2. Langsam kontinuierlicher Progress
3. «Positive» Liquordiagnostik
4. Neuropsychologie:
  - Zuerst Gedächtnisverlust - Lernstörung dann andere
  - APHASIE
  - Apraxie
  - Agnosie
5. Behaviorale und psychologische Symptome (BPSD):
  - Depressivität
  - Angst
  - Paranoia



# Vaskuläre Demenz(en)

1. Oft schleichender Beginn (Microangiopathie)
2. Progress oft Schubweise
3. Bekannte cvRF
4. Neuropsychologie:
  - Modalitätenunspezifische Defizite
  - **«Mal dies, Mal das, dann alles»**
5. BPSD:
  - Aggressivität, Reizbarkeit
  - «Böse» Wesensveränderung



# Lewy Body Demenz Parkinson Demenz

Lewy Body Demenz:

1. Kognitive Störung
2. Halluzinationen (i.R. gefährlich)

ca 1 Jahr

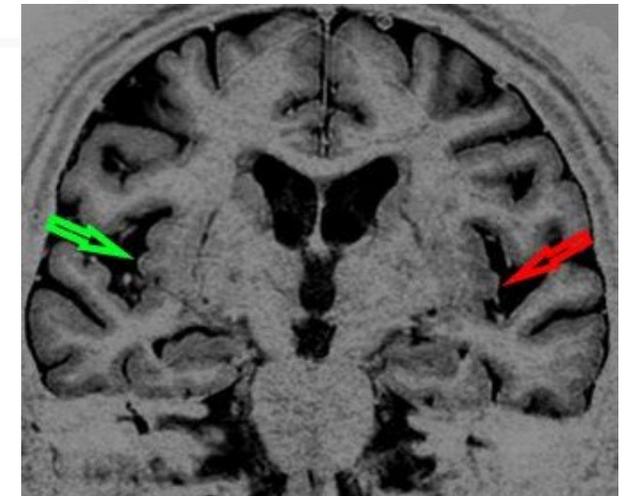
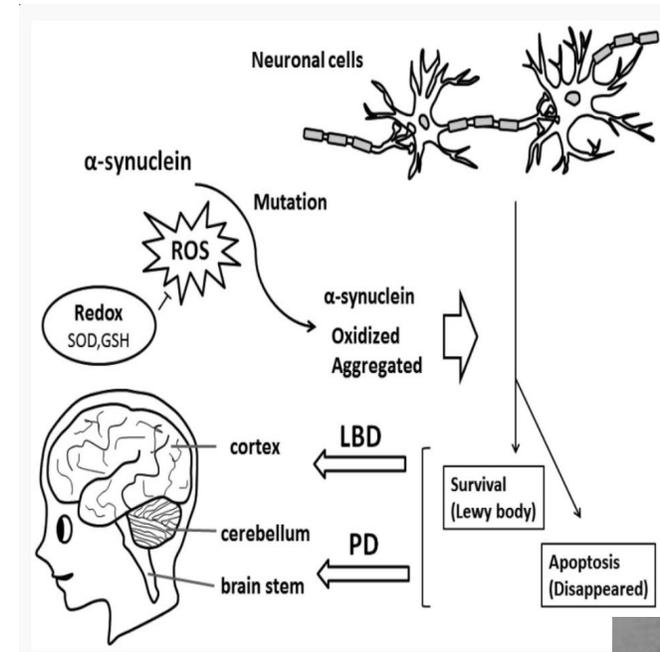
1. «Parkinsonismus»

Parkinson Demenz

1. Motorische Störung «Parkinsonismus»

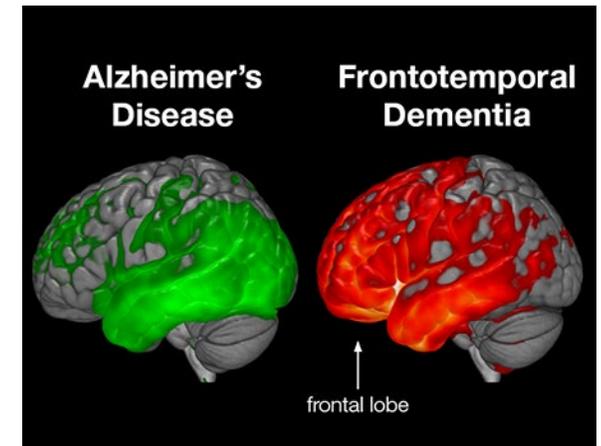
Viele Jahre

1. Kognitive Störung
2. Halluzinationen (i.R. benigne)



# Frontotemporale Demenz

1. Schleicher Beginn im jungen Alter (55-65)
2. Langsame Progredienz
3. Klinische Merkmale:
  - Enthemmung des Verhaltens
  - Enthemmung der Primitivreflexe (Greif, PMR)
  - Frühe Sprachstörung im Vordergrund
4. Neuropsychologie
  - Sprachstörung
  - Störung der Abstraktion
  - Störung der Exekutive (vor allem Planung)
5. Lokalisationsabhängige Subtypen
  - Verhaltensvariane
  - Primär progressive Aphasie
    - Semantische Variante der PPA



# Demenz

## Aufgaben der K&L und der AP

### K&L

- Ziele:
  1. Ist-Zustand erfassen
  2. Diagnostik einleiten
  3. behandelbares Behandeln
  4. Urteilsfähigkeit bzgl. 5+6
  5. Konsequenzen erkennen und erklären
    - Ist eine Rückkehr nach Hause möglich?
  6. Prozedere empfehlen
    - Wohnsituation, Selbstversorgung, Prozedere
    - Bezüglich der medizinischen Versorgung

### Alterspsychiatrie

- Ziele:
  1. Genaue Diagnose
  2. Verlangsamung der Progression (Antidementiva)
  3. Förderung der Unabhängigkeit
  4. Support für Angehörige
  5. Behandlung assoziierter Symptome (BPSD: Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz)

# Demenz

## Diagnostik in der K&L

Ziele:

1. Erhärtete Differentialdiagnose stellen
2. Symptomatische Demenzen «entdecken»

Mittel:

1. **Anamnese** 😊
2. Fremdanamnese, incl. Beobachtungen Stationspflege, Paramedizin
3. Klinische psychopathologische Untersuchung
4. Kognitive Screeninginstrumente
  - Minimal Mental Status- häufig aber gedächtnislastig
  - MOCA: Montreal Cognitive Assessement, **ganz prima**
    - <http://www.mocatest.org/> (Test und Anleitung)

# Zusammenfassung

## Delir, Demenz in der K&L

- Delirium

- Akut entstandene, metabolisch bedingte Hirnfunktionsstörung unterschiedlicher Ethologie = Akutes Hirnversagen
- Aufmerksamkeitsstörungen, fluktuierende kognitive Störungen, Störung des quantitativen und oft auch qualitativen Bewusstseins, oft optische Halluzinationen
- 3 unterformen, hyperaktiv, hypoaktiv, gemischt
- Therapie – kausale Therapie der Ursachen und symptomatische der Auswirkungen

- Demenzen

- (Meistens) langsamer kognitiver Abbau infolge einer chronischen Hirnerkrankung
- Diagnostisch Zielführend ist die Anamnese/Fremdanamnese und die Klinik, Kurzscreenings können vor allem zur Verlaufsdokumentation sinnvoll sein
- Der K&L Arzt muss das weitere diagnostische und soziale Setting festlegen
- Dies schliesst vor allem auch die Empfehlung weiterer, differentialdiagnostisch wichtiger Untersuchungen ein
- Bei mangelnder Mitarbeit(sfähigkeit) muss die Entscheidungsfähigkeit geprüft werden

# Psychopharmakotherapie im Alter

- Merksätze:

1. Die meisten Behandlungen sind off label
2. ↓ First pass Effekt → ↓ Anfangsdosis
3. ↓ Proteinbindung → ↓ Aufdosierung (da ↑ verfügbare Substanz)
4. ↓ Hepatischer Metabolismus → ↓ Enddosis (? – siehe 5)
5. ↑ Hepatischer Metabolismus durch Enzyminduktion
6. ↓ Rezeptoren (Abbau! V.a. Acetylcholin- Rez.) → Stärkere erwünschte und unerwünschte Wirksamkeit → Vermeide anticholinerge Substanzen
7. ↓ Renale Entgiftung → ↑ Halbwertszeit (bsp. Diazepam bis 200h)
8. ↑ Krankheiten → ↑ Kontraindikationen

**START LOW → GO SLOW → BUT FAR ENOUGH → BE CAREFUL**

# Vielen Dank für die Aufmerksamkeit



Kontakt:

Dr. med. Markus Guzek

Psychiatrischer Dienst Emmental

Alterspsychiatrie und –psychotherapie

[markus.guzek@spital-emmental.ch](mailto:markus.guzek@spital-emmental.ch)

**OA-Stelle – Schwerpunktweiterbildung  
FMH Alterspsychiatrie und -psychotherapie  
Ab 01.05.25 frei**

**Bei Interesse bitte per E-mail melden.**

