

PSYCHOPHARMAKA BEI ALTEN MENSCHEN

Indikationen - Nutzen - Risiken

Dr. Gerhard Tiefenböck
Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation
Klinikum Neuperlach
06.11.2014

Psychopharmaka bei alten Menschen

Zu Risiken und Nebenwirkungen
lesen Sie die Packungsbeilage und fragen
Sie Ihren Arzt oder **Anwalt.**

Psychopharmaka bei alten Menschen



Psychopharmaka bei alten Menschen



Psychopharmaka bei alten Menschen

Psychopharmaka

B.2. Antipsychotika (Neuroleptika)
B.2.1. Einzelstoffe
B.2.1.1. Butyrophenon-Derivate
B.2.1.1.1. Haloperidol

71 101 Haldol®-Janssen 1 mg/-2 mg/ -5 mg/-10 mg, Tabletten (Janssen-Cilag)
Rp ATC: N05AD01
Zus.: 1 Tbl. enth.: Haloperidol 1 mg/
2 mg/5 mg/10 mg.
Sonst. Bestandteile: -1 mg/-2 mg: Lactose
Baumwollisamenöl, 2 mg zusätzlich: Farbstoff
(E 132), 5 mg wie -1 mg (ohne
Farbstoff), 10 mg: Calciumhydrogenphosphat
Chinolinsäure, Calciumstearat, Farbstoff
(E 104).
50 Tbl. (N2) 1 mg (FB 11,72) 11,72
100 Tbl. (N3) 2 mg (FB 14,11) 14,11
50 Tbl. (N2) 5 mg (FB 15,35) 15,35
20 Tbl. (N1) 10 mg (FB 14,82) 14,82
100 Tbl. (N3) 10 mg (FB 27,85) 27,85

71 172 Seroquel® 25 mg/-100 mg/ -200 mg/-300 mg Filmtabletten (AstraZeneca)
Rp ATC: N05AH04
Zus.: 1 Filmtbl. enth.: Quetiapin 25 mg/
100 mg/200 mg/300 mg (als Quetiapin-
hemifumarat).
Sonst. Bestandteile: Povidon K 29-32, Calcium-
hydrogenphosphat 2H₂O, mikrokristalline Cellu-
lose, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A),
Magnesiumstearat, Lactose 1H₂O, Hypromel-
lose, Macrogol 400, Titandioxid (E 171),
oxid x H₂O (E 172), -25 mg zusätzl.: Eisen(III)-
oxid (E 172).
20 Filmtbl. (N1) 25 mg 29,25
50 Filmtbl. (N2) 25 mg 55,81
100 Filmtbl. (N3) 25 mg 99,07
100 Filmtbl. (N1) 100 mg 100,64
50 Filmtbl. (N2) 100 mg 100,64
50 Filmtbl. (N3) 100 mg 100,64

71 113 Risperdal® QUICKLET® 1 mg/-2 mg/-3 mg/-4 mg Schmelztabletten
Rp ATC: N05AX08
Zus.: 1 Schmelztbl. enth.: Risperidon 1 mg/
2 mg/3 mg/4 mg.
Sonst. Bestandteile: Polacrilin, Histidin, Gr. 4
säure-Polymer m. Divinylbenzen), Glycin
con Carbomer 934 P, Natriumhy-
drotartrat, Eisen(III)-oxid (E 171) u. verbun-
den, Mannitol (E 421), Glycin
dl. -2 mg/-3 mg/-4 mg zusätzl.
56 Schmelztbl. (N2) 1 mg
56 Schmelztbl. (N2) 2 mg
56 Schmelztbl. (N2) 3 mg
56 Schmelztbl. (N2) 4 mg

71 114 Haldol®-Janssen Einnehmen/-forte, Tropfen zum Einnehmen/-forte, Tropfen zum Einnehmen/-forte, Tropfen zum Einnehmen/-forte
Rp ATC: N05AD01
Zus.: 1 ml (20 Tr.) enth.: Haloperidol
2 mg/10 mg.
Sonst. Bestandteile: Milchsäure ger. Wasser,
Parabene als Konservierungsmittel, Methyl-
4-hydroxybenzoat, Tereb. Lsg. zusätzl., Propyl-
4-hydroxybenzoat.
30 ml (N1) (FB 11,98) 11,98
100 ml (N3) (FB 14,11) 14,11
100 ml (N3) forte (FB 27,85) 27,85

71 115 Haldol®-Janssen Injektionslösung 5 mg/ml
Rp ATC: N05AD01
Zus.: 1 ml (20 Tr.) enth.: Haloperidol
5 mg.
Sonst. Bestandteile: Milchsäure ger. Wasser,
Parabene als Konservierungsmittel, Methyl-
4-hydroxybenzoat, Tereb. Lsg. zusätzl., Propyl-
4-hydroxybenzoat.
30 ml (N1) (FB 11,98) 11,98
100 ml (N3) (FB 14,11) 14,11
100 ml (N3) forte (FB 27,85) 27,85

71 116 Risperdal® QUICKLET® 1 mg/-2 mg/-3 mg/-4 mg Schmelztabletten
Rp ATC: N05AX08
Zus.: 1 Schmelztbl. enth.: Risperidon 1 mg/
2 mg/3 mg/4 mg.
Sonst. Bestandteile: Polacrilin, Histidin, Gr. 4
säure-Polymer m. Divinylbenzen), Glycin
con Carbomer 934 P, Natriumhy-
drotartrat, Eisen(III)-oxid (E 171) u. verbun-
den, Mannitol (E 421), Glycin
dl. -2 mg/-3 mg/-4 mg zusätzl.
56 Schmelztbl. (N2) 1 mg
56 Schmelztbl. (N2) 2 mg
56 Schmelztbl. (N2) 3 mg
56 Schmelztbl. (N2) 4 mg

71 117 Risperdal® QUICKLET® 1 mg/-2 mg/-3 mg/-4 mg Schmelztabletten
Rp ATC: N05AX08
Zus.: 1 Schmelztbl. enth.: Risperidon 1 mg/
2 mg/3 mg/4 mg.
Sonst. Bestandteile: Polacrilin, Histidin, Gr. 4
säure-Polymer m. Divinylbenzen), Glycin
con Carbomer 934 P, Natriumhy-
drotartrat, Eisen(III)-oxid (E 171) u. verbun-
den, Mannitol (E 421), Glycin
dl. -2 mg/-3 mg/-4 mg zusätzl.
56 Schmelztbl. (N2) 1 mg
56 Schmelztbl. (N2) 2 mg
56 Schmelztbl. (N2) 3 mg
56 Schmelztbl. (N2) 4 mg

Psychopharmaka bei alten Menschen:

- Indikationen
 - Freiheitsentzug

Die Indikation
„freiheitsentziehende Maßnahmen“
gibt es nicht

Psychopharmaka bei alten Menschen:

- Indikationen
 - Freiheitsentzug

| | | |
|---|--|---|
| Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen -Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA, ehemals Heimaufsicht) der Regierung von Oberbayern | Landeshauptstadt München: Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege Betreuungsstelle des Sozialreferats Amt für soziale Sicherung , Hilfen im Alter und bei Behinderung des Sozialreferats Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen -Qualitätsentwicklung und Aufsicht- (FQA) beim Kreisverwaltungsreferat (Heimaufsicht) Referat für Gesundheit und Umwelt | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Bezirk Oberbayern |
|---|--|---|

Zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen:

Empfehlungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflege- und Betreuungsdienst

Grundsätzliches: Wenn die Bewegungsfreiheit einer Person eingeschränkt werden soll, kann es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme nach § 1906 Abs. 1 und 4 BGB handeln

Freiheitsentziehende Maßnahmen können z. B. sein:

- **Mechanische Maßnahmen:** wie z.B. Bettgitter, Bauchgurt im Bett oder am Stuhl, Vorsatztisch, Fixierung der Arme und / oder Beine, Schutzdecken, verschlossene Türen oder Trickverschlüsse (z.B. versteckte Entriegelungsknöpfe), Timeout-Raum
- **Verabreichung von Medikamenten** (Psychopharmaka), die primär mit dem Ziel gegeben werden, den Bewegungsdrang des/der Betroffenen einzuschränken und sie/ihn z.B. am Verlassen des Bettes zu hindern.
- **Sonstige Beeinflussungen**
verbale und körperliche Drohgebärden, Androhung von Restriktionen, Festhalten, Entfernen von Fortbewegungshilfen

Psychopharmaka bei alten Menschen:

- Indikationen
 - Freiheitsentzug

| | | |
|---|--|---|
| Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen -Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA, ehemals Heimaufsicht) der Regierung von Oberbayern | Landeshauptstadt München: Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege Betreuungsstelle des Sozialreferats Amt für soziale Sicherung , Hilfen im Alter und bei Behinderung des Sozialreferats Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen -Qualitätsentwicklung und Aufsicht- (FQA) beim Kreisverwaltungsreferat (Heimaufsicht) Referat für Gesundheit und Umwelt | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Bezirk Oberbayern |
|---|--|---|

Zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen:

Empfehlungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflege- und Betreuungsdienst

Grundsätzliches: Wenn die Bewegungsfreiheit einer Person eingeschränkt werden soll, kann es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme nach § 1906 Abs. 1 und 4 BGB handeln

Freiheitsentziehende Maßnahmen können z. B. sein:

- **Mechanische Maßnahmen:** wie z.B. Bettgitter, Bauchgurt im Bett oder am Stuhl, Vorsatztisch, Fixierung der Arme und / oder Beine, Schutzdecken, verschlossene Türen oder Trickverschlüsse (z.B. versteckte Entriegelungsknöpfe), Timeout-Raum
- **Verabreichung von Medikamenten** (Psychopharmaka), die primär mit dem Ziel gegeben werden, den Bewegungsdrang des/der Betroffenen einzuschränken und sie/ihn z.B. am Verlassen des Bettes zu hindern.
- **Sonstige Beeinflussungen**
verbale und körperliche Drohgebärden, Androhung von Restriktionen, Festhalten, Entfernen von Fortbewegungshilfen

Psychopharmaka bei alten Menschen:

- Indikationen
 - Freiheitsentzug

Eine Freiheitsentziehung durch Medikamente liegt vor, wenn diese dazu verwendet werden, den Betreuten an der Fortbewegung in der Einrichtung oder am Verlassen der Einrichtung zu hindern (OLG Hamm, BtPrax 1997, 162).

Werden Medikamente zu Heilzwecken verabreicht, ist § 1906 Abs. 4 BGB nicht anwendbar, auch wenn als Nebenwirkung der Bewegungsdrang des Betreuten eingeschränkt wird (BT-Drucks. 11/4528, 149).

Psychopharmaka bei alten Menschen:

- **Medizinische Indikationen**
 - Schlafstörung
 - Delir, Durchgangssyndrom, HOPS, Verwirrtheit, herausforderndes Verhalten
-
- Depression
 - Demenz
 - Schmerz

- **Schlafstörung**
 - Delir, Durchgangssyndrom, HOPS, Verwirrtheit, herausforderndes Verhalten
-
- Depression
 - Demenz
 - Schmerz

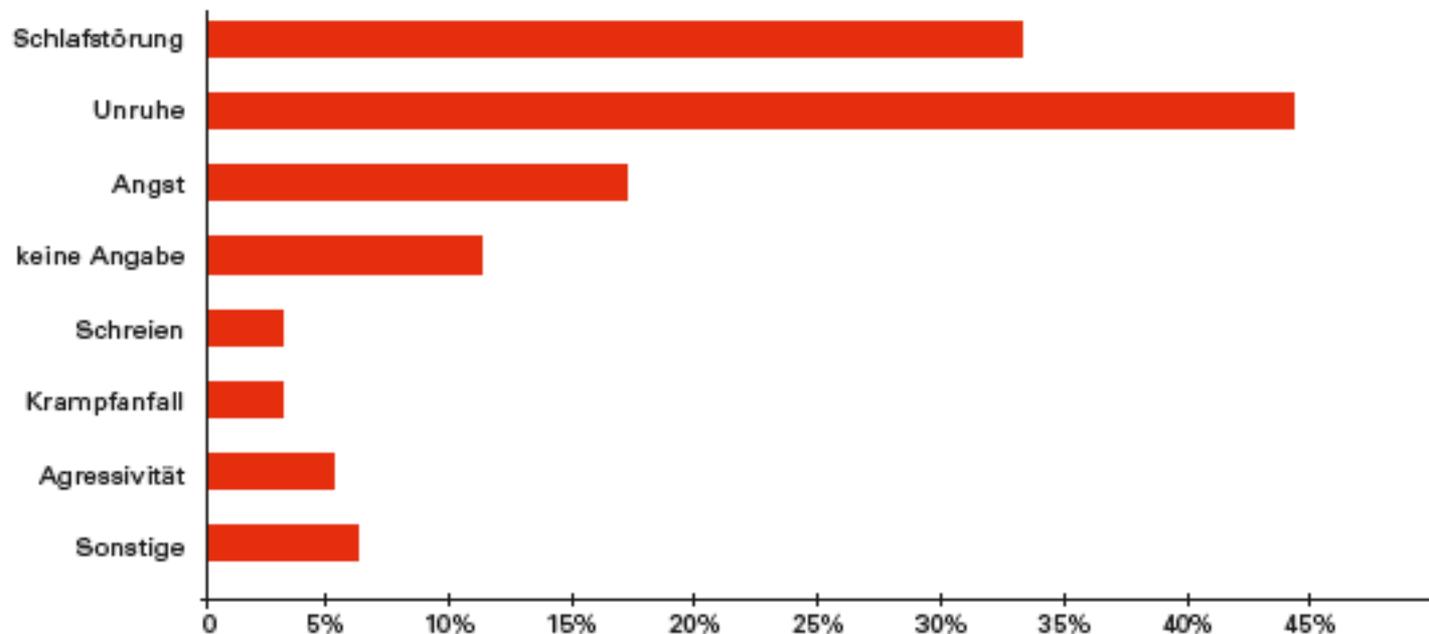
Allgemeines:

- Schlafstörungen bei alten Menschen sind häufig (30-60 % aller älteren Menschen in Europa)
- Schlafmittelgabe im Krankenhaus ist häufig: 31-41% (Allgemeinstation) 33-88% (chirurgische Stationen) (Flaherty 2008)

Allgemeines:

- Schlafstörungen bei alten Menschen sind häufig (30-60 % aller älteren Menschen in Europa)

Indikation der Bedarfsgabe von Psychopharmaka (Doppelnennung eingeschlossen)

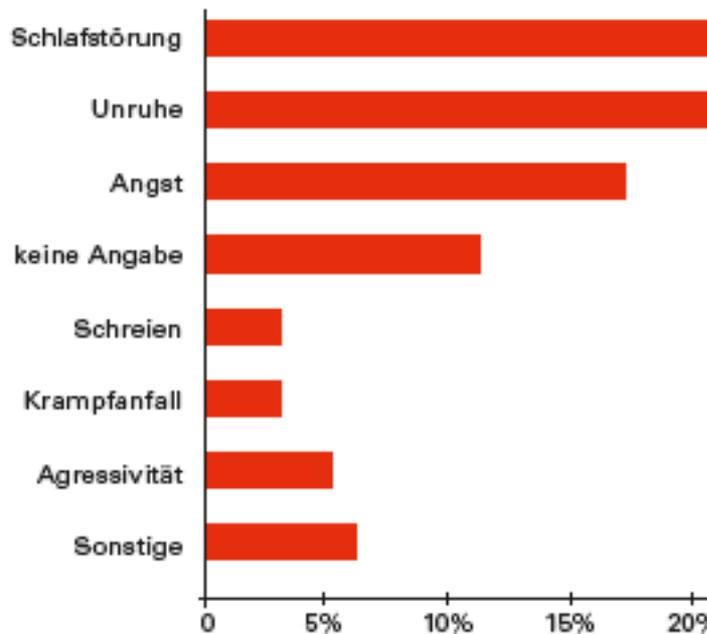


Qualitätsbericht der Münchner Heimaufsicht | 2011 / 2012

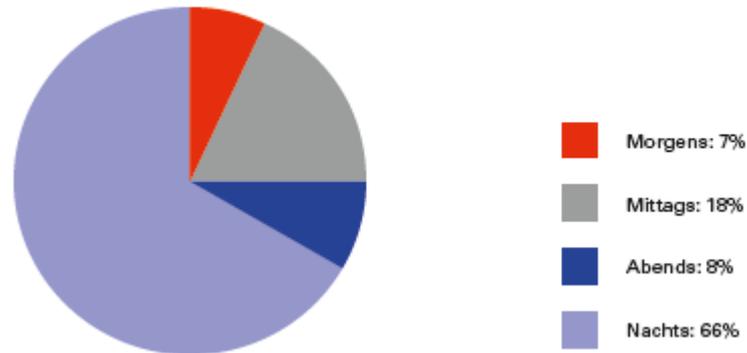
Allgemeines:

- Schlafstörungen bei alten Menschen sind häufig (30-60 % aller älteren Menschen in Europa)

Indikation der Bedarfsgabe von Psychopharmaka (Doppelnennung eingeschlossen)



Häufigkeit der Vergabezeitpunkte von Bedarfs-Psychopharmaka



Allgemeines:

- Schlafstörungen sind nicht banal:
- Risikoerhöhung für:
 - Bluthochdruck
 - Kardiovaskuläre Krankheiten
 - Zerebrovaskuläre Krankheiten
 - Depression
 - Kognitive Leistungsminderung
 - Stürze

Allgemeines:

- Schlafstörungen sind nicht banal:
- Risikoerhöhung für:
 - Bluthochdruck
 - Kardiovaskuläre Krankheiten
 - Zerebrovaskuläre Krankheiten
 - Depression
 - Kognitive Leistungsminderung
 - Stürze

Leider machen genau das viele unserer „Schlafmittel“ auch

Was tun?

1. Muss der Patient nachts im Krankenhaus/ Pflegeheim von 20:00 h bis 7:00 schlafen?
2. Muss er tagsüber im Bett liegen und ein Mittagsschläfchen machen?
3. Hat er zu Hause auch schon Schlafmittel eingenommen?
4. Nimmt er Medikamente ein, die gehäuft zu Schlafstörungen führen?

Medikamente, die gehäuft zu Schlafstörungen führen:

| Substanz | Bemerkung |
|---|---|
| Alkohol | Schlafinduktion, später Durchschlafstörung |
| Koffein, Schwarztee | Kein Konsum in den Abendstunden |
| Nikotin | Stimulierende Wirkung |
| Amphetamine | Stimulierender Effekt, Schlafstörungen, Alpträume |
| Antidepressiva (SSRI/SSNRI, Bupropion) | Schlaflosigkeit häufige Nebenwirkung |
| Trizyklische Antidepressiva, Mirtazapin | Vermehrte Müdigkeit |
| Thyroxin | Bei Überdosierung Schlaflosigkeit, bei Unterdosierung Hypersomnie |
| Theophyllin | Verstärkung von Schlaflosigkeit |

| | |
|--|---|
| Theophyllin | Verstärkung von Schlaflosigkeit |
| Phenytoin | Kann sowohl Schlaflosigkeit als auch Müdigkeit induzieren |
| Diuretika | Vermehrte Nykturie, möglichst morgendliche Dosierung wählen |
| L-Dopa und andere Parkinson-Medikamente | Schlafstörungen, Alpträume |
| Betablocker | Veränderung der Schlafarchitektur |
| Azetylcholinesterasehemmer, Memantine | Schlafstörungen, Alpträume |
| Kortikoide | Stimulierender Effekt, Schlafstörungen, Alpträume |
| <i>SSRI</i> selektive Serotonin-reuptake-Hemmer, <i>SSNRI</i> selektive Serotonin-Noradrenalin-reuptake-Hemmer | |

M. Wehling, H. Burkhardt: Arzneimitteltherapie für Ältere, Springer-Verlag Berlin-Heidelberg, 2010

Substanzen

- Benzodiazepine
- „Z-Substanzen“
- Antidepressiva
- Antipsychotika
- Melatonin/ Melatonin-Rezeptor-Agonisten
- Antikonvulsiva
- Antihistaminika
- Pflanzliche Substanzen

Substanzen

- **Benzodiazepine**
- „Z-Substanzen“
- Antidepressiva
- Antipsychotika
- Melatonin/ Melatonin-Rezeptor-Agonisten
- Antikonvulsiva
- Antihistaminika
- Pflanzliche Substanzen

Substanzen

- **Benzodiazepine**

- Wenig Daten für alte Menschen , Problem: lange HWZ bei alten Menschen
- „hangover“
- Sturzgefahr
- Kognitionsverschlechterung
- Suchtgefahr
- Toleranzentwicklung nach wenigen Tagen

Nicht empfohlen!

Substanzen

- Benzodiazepine
- „**Z-Substanzen**“
- Antidepressiva
- Antipsychotika
- Melatonin/ Melatonin-Rezeptor-Agonisten
- Antikonvulsiva
- Antihistaminika
- Pflanzliche Substanzen

Substanzen

- „Z-Substanzen“

- ω 1-Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten
- Wirkstoffe: Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon
- Kürzere Wirkdauer (v.a. Zaleplon), deshalb
- Geringerer hangover
- Geringere Sturzgefahr (?)
- Keine Toleranzentwicklung
- Suchtpotenzial!
- Schlafanstoßende Wirkung „bescheiden“

Substanzen

- Benzodiazepine
- „Z-Substanzen“
- **Antidepressiva**
- Antipsychotika
- Melatonin/ Melatonin-Rezeptor-Agonisten
- Antikonvulsiva
- Antihistaminika
- Pflanzliche Substanzen

Substanzen

- **Antidepressiva**

- Ausgenutzt wird sedierende „Nebenwirkung“
- Trizyklische Antidepressiva im Alter insgesamt problematisch (Anticholinerge Wirkung, delirogenes Potenzial)
- Keine Zulassung zur Behandlung der Schlafstörung!!:
“off label“
- Einsatz bei gleichzeitig bestehender Depression
- Häufig eingesetzt werden: Trazodon, Opipramol (Insidon®), Mirtazapin (Remergil®)

Substanzen

- Benzodiazepine
- „Z-Substanzen“
- Antidepressiva
- **Antipsychotika**
- Melatonin/ Melatonin-Rezeptor-Agonisten
- Antikonvulsiva
- Antihistaminika
- Pflanzliche Substanzen

Substanzen

- **Antipsychotika**

- Neuroleptika
- Keine Studien zur Behandlung der Schlafstörung
- Genutzt wird sedierende „Nebenwirkung“
- Problematisches UAW-Potenzial v.a. bei längerer Anwendung (extrapyramidal-motorische Syndrome, malignes neurolept. Syndrom, Sturzrisiko, kardiovaskuläre NW, erhöhte Todesraten!)
- Werden trotzdem häufig eingesetzt: z.T. „off label“!!!
- Z,B.: Pipamperon (Dipiperon®), Melperon (Eunerpan®), Quetiapin (Seroquel®)

Substanzen

- Benzodiazepine
- „Z-Substanzen“
- Antidepressiva
- Antipsychotika
- **Melatonin/ Melatonin-Rezeptor-Agonisten**
- Antikonvulsiva
- Antihistaminika
- Pflanzliche Substanzen

Substanzen

- **Melatonin/ Melatonin-Rezeptor-Agonisten**
 - Retardiertes Melatonin: Circadin®
 - Zugelassen zur Behandlung von Schlafstörungen,
 - Bei Patienten über 55 Jahren
 - Mäßige Wirkung
 - V.a bei Einschlafstörung
 - Wenig Toleranzentwicklung
 - Kein Suchtpotenzial (?)

Substanzen

- Benzodiazepine
- „Z-Substanzen“
- Antidepressiva
- Antipsychotika
- Melatonin/ Melatonin-Rezeptor-Agonisten
- **Antikonvulsiva**
- Antihistaminika
- Pflanzliche Substanzen

Substanzen

- **Antikonvulsiva**

- Keine Zulassungen zur Behandlung der Schlafstörung „off label“!!!
- Rel. hohes UAW-Risiko (anticholinerges Potenzial, Hyponatriämie)
- Delirogenes Potenzial
- Sturzrisiko
- Kognitionsminderung möglich
- Suchtgefahr (?)
- Verwendete Substanzen: Carbamazepin (bei alten Menschen meiden), Pregabalin (Lyrica®)

Substanzen

- Benzodiazepine
- „Z-Substanzen“
- Antidepressiva
- Antipsychotika
- Melatonin/ Melatonin-Rezeptor-Agonisten
- Antikonvulsiva
- **Anithistaminika**
- Pflanzliche Substanzen

Substanzen

- **Antihistaminika**

- Zugelassen
- Trotz schlechter Studienbasis
- Ausgenutzt wird sedierende Nebenwirkung
- UAW-Potenzial nicht banal:
 - Delirogen (anticholinerges Potenzial)
 - Kognition verschlechtert
 - Sturzgefahr
 - Schnelle Toleranzentwicklung
- Z.B. Diphenhydramin (Dorm, Halbmond, Sediat, Vivinox, Betadorm,...)

Medikamente bei Schlafstörungen: FORTA-Klassifikation

Klassifizierung der Pharmaka zur Prophylaxe und Therapie der Schlafstörung (Insomnie) nach der Alterstauglichkeit (► Abschn. 1.4)

| Stoffklasse | Präparat | FORTA-Klassifikation |
|---|----------------|----------------------|
| ω 1-Benzodiazepin-Rezeptor-Agonist | Zolpidem | C |
| ω 1-Benzodiazepin-Rezeptor-Agonist | Zaleplon | C |
| Benzodiazepin | Oxazepam | D |
| Benzodiazepin | Triazolam | |
| GABA-Rezeptor-Agonist | Zopiclon | C |
| Antipsychotikum mit sedierender Wirkung | Pipamperon | C |
| Nordrenerges und serotonerges AD | Mirtazapin | D ^a |
| Trizyklisches Anxiolytikum | Opipramol | D ^a |
| Trizyklisches Antidepressivum | Doxepin | D ^a |
| Antihistaminikum | Diphenhydramin | D |
| Melatonin (retardiert) | Melatonin | C |

^a keine Zulassung für die Indikation »Insomnie«, in der Praxis jedoch häufiger Einsatz »off-label«

M. Wehling, H. Burkhardt: Arzneimitteltherapie für Ältere,
Springerverlag Berlin-Heidelberg, 2010

Medikamente bei Schlafstörungen: FORTA-Klassifikation

| | |
|---|--|
| A | <p>In der Kategorie A sind Arzneimittel gelistet, die im Alter in großen Studien geprüft sind und für die eindeutig positive Nutzen-Risiko-Bewertungen vorliegen. Hierzu würden u. a. ACE-Hemmer, Kalziumantagonisten und Angiotensin-Rezeptoren-Antagonisten in der arteriellen Hypertoniebehandlung oder Statine in der kardiovaskulären Protektion oder ACE-Hemmer und Diuretika in der Herzinsuffizienzbehandlung gehören.</p> |
| B | <p>Die Kategorie B ist Arzneimitteln zugeordnet, die zwar eine nachgewiesene Wirksamkeit bei älteren Patienten haben, aber mit Einschränkungen hinsichtlich des Wirkungsausmaßes oder ihrer Sicherheit belegt sind. Hier wären z. B. in der Behandlung der arteriellen Hypertonie</p> <ul style="list-style-type: none">■ Diuretika und■ Betablocker <p>zu nennen; Diuretika wegen ihrer häufig nachgewiesenen Complianceprobleme, Betablocker wegen häufiger Kontraindikationen (z. B. kardiale Erregungsbildungs- und -leitungsstörungen) und nachweislich geringerem Nutzen.</p> |
| C | <p>Die Kategorie C bezeichnet Substanzen mit einer ungünstigen Nutzen/Risikoanalyse für ältere Patienten, die als erste weggelassen werden sollten, wenn insgesamt zu viele Arzneimittel (mehr als 3 oder 4) zu geben wären. Beispiele hierfür wären</p> <ul style="list-style-type: none">■ Digoxin bei Herzinsuffizienz (nur in wenigen Fällen bei persistierenden Beschwerden indiziert),■ Amiodaron (► oben) bei Vorhofflimmern oder■ Spironolakton bei Hypertonie (Hyperkalämiegefahr). <p>Hierbei gibt es also in Einzelfällen durchaus die Möglichkeit des Einsatzes, der aber eher die Ausnahme mit guter Begründung, denn die Regel wäre.</p> |
| D | <p>Substanzen, die bei Älteren praktisch immer vermieden werden sollten und so im wesentlichen auf der Beers-Liste zu finden sind, würden in die Kategorie D kommen. Hierzu gehören u. a.</p> <ul style="list-style-type: none">■ Benzodiazepine,■ Promethazin,■ Pentazocin. <p>Wichtig ist hierbei auch, dass sich immer altersverträgliche Alternativen finden lassen und der Einsatz auch deswegen nicht sinnvoll ist.</p> |

M. Wehling, H. Burkhardt: Arzneimitteltherapie für Ältere,
Springerverlag Berlin-Heidelberg, 2010

Psychopharmaka bei alten Menschen

- **Schlafstörungen – ein Zwischenfazit**

- Nicht jedes nicht schlafen können ist eine Schlafstörung
 - Sehr viele „Schlaf-Medikamente“ haben nur eine begrenzte Wirksamkeit
 - Viele dieser „Schlaf-Mittel“ haben ein erhebliches Nebenwirkungspotenzial (Gewöhnung, Abhängigkeit, Kognitionsbeeinträchtigung, Sturzgefahr, ...)
-
- Die Anwendungsdauer sollte so kurz wie möglich sein (i.d. Regel nicht über mehr als 2 Wochen)
 - Der „Bedarf“ (auch von Seiten der Patienten) ist aber riesengroß

- Schlafstörung
 - **Delir, Durchgangssyndrom, HOPS, Verwirrtheit, herausforderndes Verhalten**
-
- Depression
 - Demenz
 - Schmerz

Delir, Durchgangssyndrom, HOPS, Verwirrtheit, herausforderndes Verhalten

**Delir: Akute Wesensveränderung mit
Störungen des Bewusstseins, der
Aufmerksamkeit, der Orientierung, des
Gedächtnisses und des Denkvermögens
Fakultativ: psychomotorische Störungen,
Halluzinationen, Störungen Schlaf-Wach-
Rhythmus**

Fluktuation!

(DSM IV/ ICD 10)

Delir - Definition

DSM-IV Diagnostische Kriterien

- ▶ Störung des Bewusstseins (Vigilanzstörung) mit verminderter Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu fokussieren, zu erhalten oder zu verlagern
- ▶ Kognitive Störung (z.B. Gedächtnisstörung, Desorientiertheit, Sprachstörung) oder Wahrnehmungsstörung (z.B. Halluzinationen), die nicht durch eine schon bestehende Demenz erklärt werden können
- ▶ Entwicklung der Symptome innerhalb einer kurzen Zeit (Stunden bis Tage) und Fluktuation im Tagesverlauf
- ▶ Hinweise aus Anamnese, klinischer Untersuchung und/oder Labortests, dass die Störung direkte Folge einer somatischen Erkrankung, oder von Medikamenteneinnahme ist

CAM – Confusion Assessment Method [Inouye, 1990]

- ▶ Akut veränderter geistiger Zustand und fluktuierender Verlauf
- ▶ Störung der Aufmerksamkeit
- ▶ Denkstörung (desorganisiertes Denken)
- ▶ Bewusstseinsstörung (Vigilanzstörung)

Diagnosestellung eines Delirs bei Erfüllung der Kriterien 1 + 2 (obligatorisch) sowie 3 und/oder 4

Tab. 3: Diagnose des Delirs

Delir - Definition

Der Begriff „Delir“ geht auf den römischen Arzt Aulus Cornelius Celsus zurück, der ca. 100 n. Chr. Patienten beschrieb, die „abseits des Pfades“, „neben der Spur“ (= de lira) waren.

Delir: ist häufig

Epidemiologie

Von den 65-Jährigen weisen etwa 20 % bei Krankenhausaufnahme ein Delir auf. Bei hochaltrigen, hospitalisierten Patienten wurden erhöhte Prävalenzdaten zwischen 14 % und 56 % gefunden. In Pflegeheimen liegt die Prävalenz bei 58 %.

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 109 | Heft 21 | 25. Mai 2012

Delir: ist gefährlich

Das **Delir** ist mit einer deutlich höheren **Mortalität (10–65 %)** verbunden,

wenn man Patienten mit Delir mit gleichaltrigen nichtdeliranten Patienten vergleicht (e6, e7).

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 109 | Heft 21 | 25. Mai 2012

• Delir - Kontextfaktoren



Abb. 1: Delir-Risikofaktoren, nach [5]

[5] Förstl H 2004

• Delir - Kontextfaktoren

- ▶ Alter über 65 Jahre
- ▶ männliches Geschlecht
- ▶ vorbestehende Demenz, kognitive Dysfunktion, Depression
- ▶ vorangegangenes Delir in der Eigenanamnese
- ▶ funktionelle Einschränkungen (hören, sehen, motorisch)
- ▶ Sturzneigung
- ▶ Mangelernährung, Dehydratation
- ▶ Polypharmazie, Abhängigkeiten
- ▶ Erkrankungsschwere und Komorbidität

Tab. 1: Faktoren, welche die Entstehung eines Delirs begünstigen [9]

- ▶ Infekte
- ▶ Hypoxämie
- ▶ zerebrovaskuläre Ereignisse
- ▶ Schmerzen
- ▶ Traumata
- ▶ Dehydratation
- ▶ Metabolische Entgleisungen
- ▶ Malignome
- ▶ Medikamente (besonders mit anticholinergischer Wirkung)
- ▶ Alkohol-/Benzodiazepinentzug, paradoxe Wirkung von Sedativa

Tab. 2: Auslöser eines Delirs

anticholinerge Aktivität

Gruppe

- Antihistaminika
- Spasmolytika
- Trizykl. Antidepressiva
- Benzodiazepine
- Analgetika
- Antiarrhythmika
- Diuretika
- Antiparkinsonmittel
- Bronchdilatoren
- H₂-Blocker

Beispiel

- Diphenhydramin
- Butylscopolamin
- Amitryptilin
- Lorazepam
- Codein
- Digoxin*
- Furosemid
- L-Dopa
- Theophyllin
- Cimetidin, Ranitidin

* auch bei therapeutischen
Spiegeln

- **Delir – Basistherapie**

- Orientierungshilfen und kognitive Stimulation (Kalender, Uhr, Zeitung, Lieblingsmusik,...), v.a. bei Demenz
- Schlafunterstützende Maßnahmen, nonpharmakologisch!
- Frühmobilisierung, Fixierungen vermeiden, „rooming in“, Sitzwachen
- Seh- und Hörhilfen (i.e.: Brille und Hörgerät)
- Frühzeitiger und ausreichende Volumenersatz
- Konsequente Schmerzstillung
- Suche nach und Vermeiden/ Absetzen delirfördernder Medikamente (ursächlich für ca. 30 % der Delire im KH)

• Delir – medikamentöse Therapie

| | Initiale Dosis | Intervall | Applikation |
|------------------------------|--|-----------------|------------------------|
| Haloperidol (Haldol®) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Tropfen = 2 mg/ml (10 Tr = 1 mg), 1 Amp. = 5 mg/ml ▶ max. Wirkung p.o.: ab 4-6 h; Sedierung und EPS ab ca. 3 mg/d | | |
| leichte Agitiertheit | 0,5 mg | 2-3x/d | p.o. |
| mittelschwere Agitiertheit | 1 mg | alle 4-6h | p.o., s.c., i.m., i.v. |
| schwere Agitiertheit | 2 mg | alle 4-6h | p.o., s.c., i.m., i.v. |
| Risperidon (Risperdal®) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ antipsychotischer, weniger sedierend, mehr EPS als Quetiapin | | |
| | 0,5-1 mg | bis 3 x/d | p.o. |
| Quetiapin (Seroquel®) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1. Wahl bei M. Parkinson, Lewy Body Demenz ▶ Max. 400 mg/d, grosse therap. Breite, sedierend | | |
| | 25 mg | 1 (abends)-3x/d | p.o. |
| Lorazepam (Temesta expidet®) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1. Wahl bei Benzodiazepin- und Alkoholentzug ▶ Zusätzliche Sedierung bei ungenügendem Ansprechen der Neuroleptika | | |
| | 1-2,5 mg | alle 4 h | p.o. |

[mod. Geriatr. Klinik St. Gallen 2008]

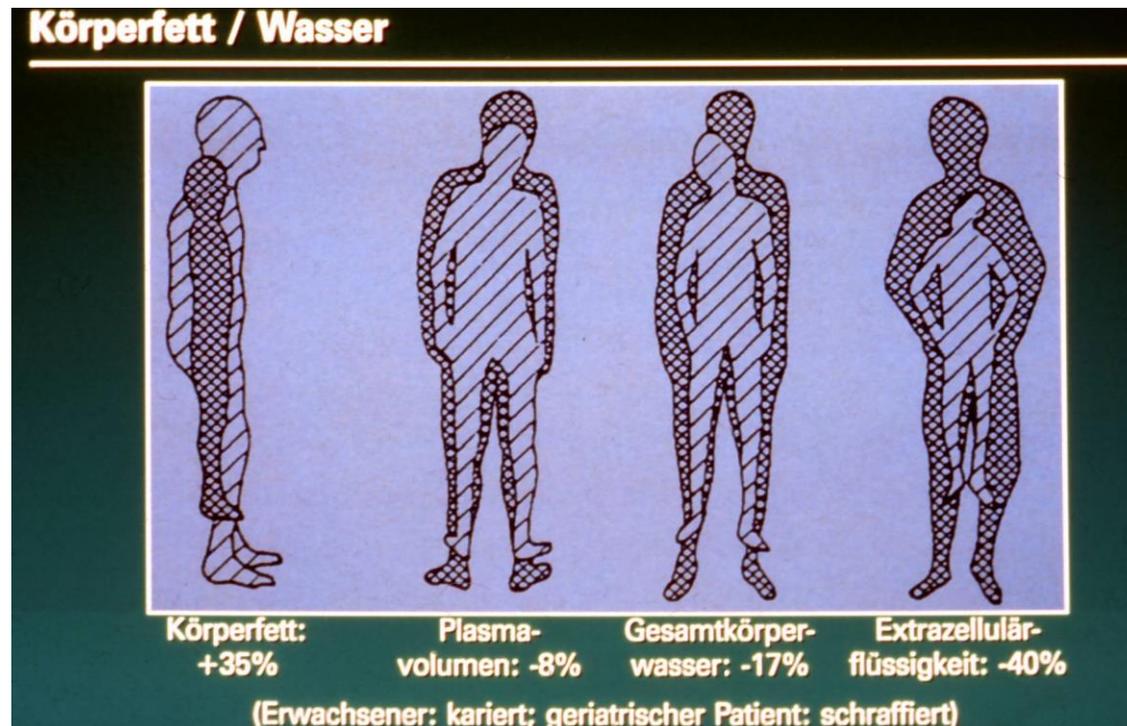
Tab. 4: Medikamentöses Therapieschema beim akuten Delir

- Schlafstörung
- **Delir, Durchgangssyndrom, HOPS, Verwirrtheit, herausforderndes Verhalten**

-
- Depression
 - Demenz
 - Schmerz

- Alte Menschen sind anders aufgebaut (wie Kinder, nur umgekehrt)

- Alte Menschen sind anders aufgebaut (wie Kinder, nur umgekehrt)



Pharmakotherapie im Alter

- Verteilungseigenschaften

- Beispiel: Serumkonzentration von Risperidon (Risperdal®)

| | „ Junge Schizophrene “ | „Alte Demente“ |
|--------------------|------------------------|----------------|
| Dosis | 5,1 mg | 1,7 mg |
| Serumkonzentration | 39,8 ng/ml | 58,1 ng/ml |

Fric M., et.al.; Psychopharmakotherapie 2004; 11:90-94

Pharmakotherapie im Alter

- Verteilungseigenschaften

- Beispiel: Serumkonzentration von Risperidon (Risperdal®)

| | „ Junge Schizophrene “ | „Alte Demente“ |
|--------------------|------------------------|----------------|
| Dosis | 2,5 | 1 |
| Serumkonzentration | 1 | 1,5 |

Alte Patienten sind eine Risikopopulation

- Erhöhte **Vulnerabilität** durch Multimorbidität und resultierende Polypharmazie
- Verminderte Ressourcen („**frailty**“)
- Vermehrte Barrieren für Selbst-Management durch funktionelle **Defizite** (Visus, Apraxie,..)
- „spezielle“ **UAWs** (Stürze, Delir,...)
- Reduzierte verbleibende **Lebenserwartung** (veränderte Nutzen-Risiko-Relation)

- **Antipsychotika – Neuroleptika**
- Typisch (Erstgeneration: 1GAP)
 - Hochpotent (Haloperidol)
 - Niederpotent (Thioridazin, Melperon, Pipamperol)
- Atypisch (Zweitgeneration: 2GAP)
 - Risperidon, Quetiapin, Olanzapin

• Antipsychotika – Neuroleptika: Risiken

Tabelle: Plötzlicher Herztod unter Neuroleptika⁴

| Wirkstoff/ Gruppe | Risiko für plötzlichen Herztod (IRR)* | Konfidenz- intervall |
|--------------------------|--|-------------------------|
| „typische“ Neuroleptika | 1,99 | 1,68-2,34 |
| niedrig dosiert | 1,31 | 0,81-2,07 |
| hoch dosiert | 2,42 | 1,91-3,06 |
| Haloperidol | 1,81 | 1,18-2,24 |
| Thioridazin | 2,81 | 2,41-4,21 |
| „atypische“ Neuroleptika | 2,26 | 1,88-2,72 |
| niedrig dosiert | 1,59 | 1,03-2,46 |
| hoch dosiert | 2,93 | 2,25-3,65 |
| Claszapin | 3,67 | 1,94-6,94 |
| Olanzapin | 2,04 | 1,52-2,74 |
| Quetiapin | 1,88 | 1,30-2,71 |
| Risperidon | 2,91 | 2,26-3,76 |

**Konsequenz:
Warnung vor Einsatz von Antipsychotika zur Behandlung von
herausforderndem Verhalten bei Demenz
FDA 2008, EMEA 2008**

- **Antipsychotika – Neuroleptika: Risiken**
- Der Einsatz von Neuroleptika bei behandelten dementen Patienten erhöht die **Myokardinfarktrate** signifikant:
- Doppeltes Risiko in den ersten 30 Tagen nach Beginn der antipsychotischen Medikation (aHR 2,00, 95% CI 1,01-3,98), geringer im ersten Jahr (aHR 1,21, 95% CI 0,95-1,53):
- Pariente A et al: Arch Intern Med 2012 Apr 23; 172:648

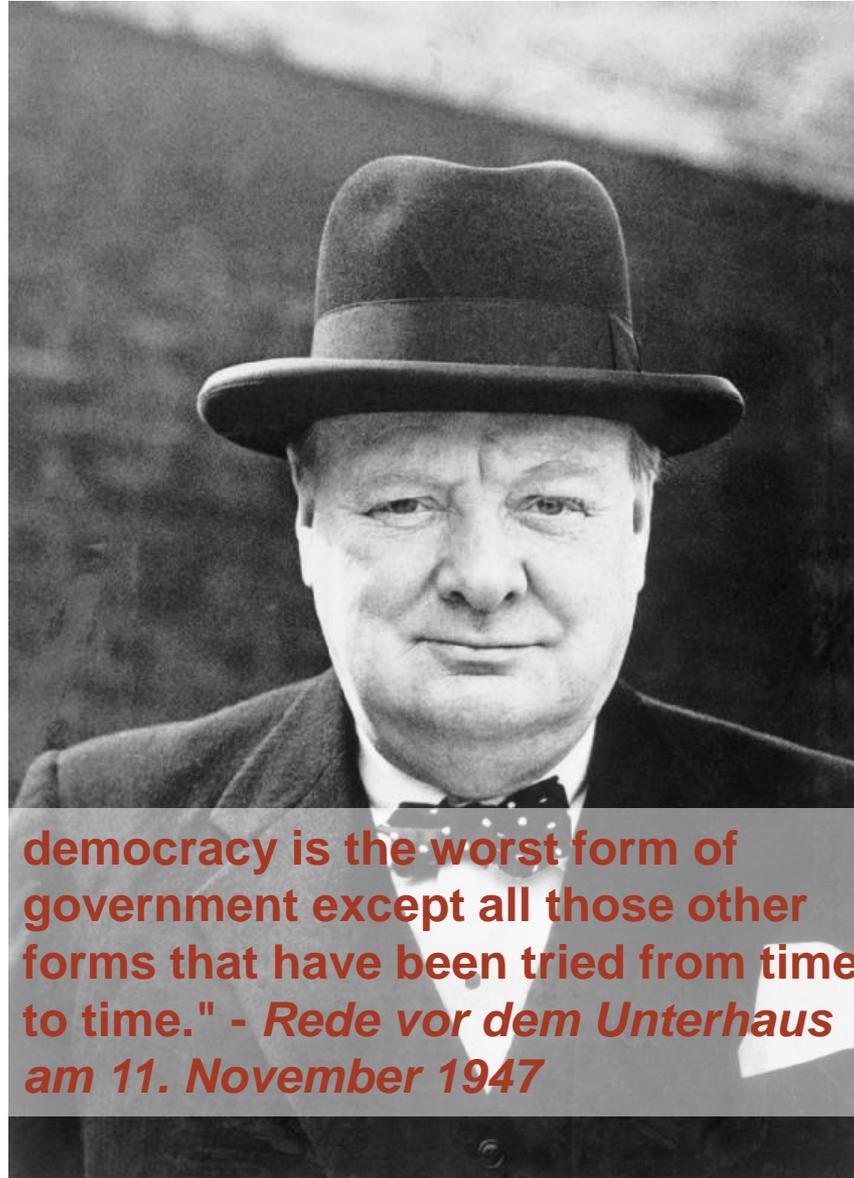
- **Antipsychotika – Neuroleptika: weitere Risiken**
 - Schlaganfall (1GAP und 2 GAP?)
 - Pneumonie (?)
 - Thrombosen (v.a. 2GAP, Clozapin)
 - Verschlechterung der Kognition
 - Erhöhtes Sturzrisiko (v.a. sedierende)
 - Häufig Senkung der Krampfschwelle (außer Melperon)
 - Extrapyramidalmotorische Störungen, neuroleptisches Syndrom, „Parkinsonoid“: (v.a. 1GAP)

- **Antipsychotika – Neuroleptika:**
- Ist es so ähnlich wie mit der Demokratie?

„Demokratie ist die beste aller schlechten
Regierungsformen.“

-nach Winston Churchill-

„Neuroleptika sind die besten von allen
schlechten medikamentösen
Behandlungsformen.“



democracy is the worst form of government except all those other forms that have been tried from time to time." - Rede vor dem Unterhaus am 11. November 1947

- **Antipsychotika – Neuroleptika:**
- 1GAP, die – wenn auch bei alten Patienten wenig untersucht – oft gegeben werden und wo gute empirische Erfahrungen vorliegen:
 - **Melperon (Eunerpan®):** senkt Krampfschwelle nicht, wenig anticholinerg, selten EPMS, cave: QTc Verlängerung, CYP 2D6
 - **Pipamperon (Dipiperon®):** wenig Interaktionen, nicht anticholinerg, selten EPMS

- **Antipsychotika – Neuroleptika:**
- 2GAP, die – wenn auch bei alten Patienten wenig untersucht – oft gegeben werden und wo gute empirische Erfahrungen vorliegen:
 - **Quetiapin(Seroquel®):** geringe EPMS-Wirkung (kann u.U. auch bei Lewy-Body-Demenz gegeben werden), Krampfschwelle nur gering gesenkt
 - **Risperidon (Risperdal®):** beste Datenlage bei Demenz: als einzige Substanz bei herausforderndem Verhalten zugelassen: „Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) von anhaltender Aggressivität bei Patienten mit mäßiger bis schwerer Alzheimerdemenz, die auf nichtpharmakologische Methoden nicht ansprechen und wenn ein Risiko für Eigen- und Fremdgefährdung besteht.“ (Rote Liste, Fachinfo 2013)

- **Antipsychotika – Alternativen:**
- **Antikonvulsiva:**
 - Carbamazepin (z.B. Tegretal®, Timonil®), ca. 300 mg (RCT, auch bei Demenz, wenn Neuroleptika nicht wirken (C/Ib))
- **Antidepressiva:**
 - Citalopram bei Agitation bei Demenz, Studie vs. Risperidon (C,IIb)
 - Cave: vermehrte kognitive Verschlechterung, QTc-Zeit-Verlängerung

- **Antipsychotika – Alternativen ???:**
- Melatonin (z.B. Circadin®): Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26:687)
- Ramelteon (Melatonin 1 / 2 Rezeptor): JAMA Feb 19: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3320>

- Schlafstörung
- Delir, Durchgangssyndrom, HOPS, Verwirrtheit, herausforderndes Verhalten
- Depression
- Demenz
- Schmerz

Start low – Go slow!

- Antipsychotika – Neuroleptika – Antikonvulsiva - Antidepressiva: Alternativen?

- Antipsychotika – Neuroleptika – Antikonvulsiva –
Antidepressiva? Alternativen!!



Psychopharmaka bei alten Menschen - Versuch eines Fazits

- Psychopharmaka werden häufig bei älteren Menschen eingesetzt
- Die Indikation sollte aus medizinischen Gründen (mit Diagnose) erfolgen
- Viele der Psychopharmaka haben sedierende (Neben)wirkungen, die die Kognition (Entscheidungsfähigkeit) aber auch die Mobilität (Sturzgefahr) beeinträchtigen
- Diese Nebenwirkungen stellen nicht nur ein juristisches sondern auch ein medizinisches Problem dar und setzen gerade ältere Patienten Risiken aus
- Die mit den Medikamenten behandelten Erkrankungen bergen aber ebenfalls erhebliche Risiken gerade auch für ältere Menschen
- Nichtmedikamentöse Maßnahmen sind beschrieben und wirkungsvoll, sind aber in kritischen Situationen z.T. nicht ausreichend und erfordern häufig einen hohen personalen und personellen Einsatz
- Es besteht also ein erhebliches Dilemma

Psychopharmaka bei alten Menschen -





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



- Die meisten betroffenen Menschen werden zu Hause versorgt, Stand 2006: 66,7 %.
 - 1/3 der betroffenen Menschen nehmen einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch.
-
- Drei von vier Pflegepersonen sind Frauen (entspricht einem Anteil von 73 %), davon sind 60 % bereits 55 Jahre und älter.
 - 64 % der Pflegepersonen im häuslichen Bereich müssen täglich Rund-um-die-Uhr zur Verfügung stehen.

Medikamente bei Schlafstörungen: „Der Mannheimer Weg“

Allgemeine Regeln

- Hypnotika möglichst vermeiden
- Keine Benzodiazepine
- Schlafmedikamente allgemein nicht nach 24 Uhr verabreichen (Ausnahme ► unten)

■ 1. Schritt: Zopiclon

- Beginn mit 3,75 mg Zopiclon pro Nacht
- Bei fehlender Wirkung nach einer halben Stunde erneut 3,75 mg Zopiclon
- Bei Patienten, die bereits mit 7,5 mg Zopiclon pro Nacht vorbehandelt worden sind, ggf. sofort 7,5 mg Zopiclon verabreichen.
- Maximale Dosis 7,5 mg Zopiclon pro Nacht

■ 2. Schritt bei mangelnder Wirksamkeit von Schritt 1: Pipamperon

- Beginn mit 20 mg Pipamperon pro Nacht, vorzugsweise als Lösung
- Bei fehlender Wirkung nach einer halben Stunde erneut 20 mg Pipamperon (kann wiederholt werden, bis maximal 80 mg pro Nacht)
- Bei Patienten, die bereits mit einer höheren Dosis vorbehandelt worden sind, ggf. sofort 40–60 mg Pipamperon pro Nacht verabreichen
- Maximale Dosis 80 mg Pipamperon pro Nacht

