

# Der Hausarzt und der alte Patient

Jean-Pierre Grob<sup>a</sup>, Dieter Breil<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Arztpraxis Dulliken; <sup>b</sup> Chefarzt Akutgeriatrie, Felix Platter-Spital, Basel

Mit dem zunehmenden Alterwerden der Bevölkerung in unseren Breitengraden wird die Medizin vor neue Herausforderungen gestellt.

## Alter

Der Workshop begann mit einigen Bemerkungen zum Alter, wobei die Altersgruppen gemäss WHO definiert wurden (Tab. 1) Während die *Woopies* (= finanziell abgesicherte und somit kaufkräftige Senioren ohne berufliche Verpflichtung) das Leben noch geniessen dürfen, überwiegen ab 80 Jahren die Verluste die Gewinne: Man wird gebrechlich und eventuell auch pflegebedürftig, zudem schwinden die Reserven. – Ebenfalls stellt sich die Frage, warum Frauen älter werden als Männer. Dies mag daran liegen, dass der «Durchschnittsmann» risikoreicher und ungesünder lebt, und gleichzeitig auch weniger von Vorsorgeuntersuchungen hält als Frauen. Über gesundheitliche Einschränkungen klagen lediglich 25% der Männer, aber gut 33% der Frauen. Eine Trendwende scheint sich abzuzeichnen, die mittlere Lebenserwartung von Männern ist in den letzten 20 Jahren um 3,7, diejenige der Frauen lediglich um 1,5 Jahre gestiegen.

**Tabelle 1:** Altersgruppen nach WHO.

Senioren	60–75 Jahre
Betagte	76–90 Jahre
Hochbetagte	91–100 Jahre
Langlebige	>100 Jahre

## Geriatrisches Assessment

Hier stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung. Die MMSE (*Mini-Mental State Examination*) mit dem Uhrentest dient als Screeninginstrument zur Erfassung von Hirnleistungsstörungen. Zwei weitere Tests zur Einschätzung der Funktionalität im Alltag sind einfach durchzuführen und können als Entscheidungshilfe bei der Frage einer drohenden Institutionalisierung hilfreich sein:

- *Time Get up and Go Test (TUG)*: Mit diesem Test können Kraft und Mobilität unter Alltagsbedingungen

beurteilt werden. Der Patient muss aufstehen (auch mit Hilfe der Arme), 3 m gehen, dann kurzes Wenden, zurück zum Stuhl und absitzen. Wenn er dies innerhalb 20 s ausführen kann, ist dies normal, Werte über 30 s sind eindeutig pathologisch und es besteht ein erhöhtes Sturzrisiko.

- *Geldzähltest*: Mit dem Geldzähltest [1] werden der Nahvisus, die Feinmotorik und die Kognition geprüft. In einem Portemonnaie mit Druckknopfverschluss und Noten- und Münzfach soll folgender Betrag zusammengezählt werden:

- 1 Zehnernote
- 1 × 2 Fr. Münze
- 2 × 1 Fr. Münze
- 1 × 50 Rp. Münze
- 3 × 10 Rp. Münze

Kann der *Totalbetrag von Fr. 14.80* innerhalb von 45 s genannt werden, ist dies normal. Braucht der Patient 45–70 s, ist er wahrscheinlich hilfsbedürftig, bei Werten über 70 s besteht eindeutig eine Hilfsbedürftigkeit und das alleinige Hantieren mit Blister- oder Fliptop-Verpackungen dürfte nicht mehr funktionieren, geschweige denn die Applikation von Insulin oder Augentropfen.

## Delir

Beim Delir gibt es folgende Formen zu unterscheiden:

- *Hyperaktive Form* (ca. 5%; Agitation, aggressiv; Manipulation Alarmglocke und Dauerkatheter etc.)
- *Hypoaktive Form* (ca. 45%; verlangsamt und apathisch; gelegentlich paranoide Gedanken; Orientierungsstörung)
- *Gemischte Form* (ca. 50%; Verhaltensveränderungen innert Minuten)

Bei differentialdiagnostischen Überlegungen könnte das Schema I WATCH DEATH (Tab. 2) hilfreich sein. Bevor man ziellos Medikamente verabreicht, sollten folgende Faktoren, die ein Delir auslösen könnten, berücksichtigt werden:

- Gibt es Orientierungsprobleme (Brille, Hörgerät, Uhr, Beleuchtung etc.)?
- Sind Miktion (Harnverhalt!) und Stuhlgang geregelt?
- Hat der Patient Schmerzen?
- Besteht eine genügende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr?
- Polypharmazie: Werden Anticholinergika verabreicht?

Eindrücklich war die Bemerkung, dass eine prophylaktische Gabe von Haloperidol 3 × 0,5 mg bei prädisponierenden Faktoren die Delirdauer um 6,5 Tage und die

**Tabelle 2: I WATCH DEATH – Faktoren, die ein Delir auslösen können.**

<b>I</b>	<b>nfection:</b> Harnwegsinfekt; Pneumonie, Sepsis, Divertikulitis, Endokarditis etc.
<b>W</b>	<b>ithdrawal:</b> Benzodiazepine, Antidepressiva, Opiate, Alkohol etc.
<b>A</b>	<b>cute metabolic:</b> Natrium, Kalzium, Glukose
<b>T</b>	<b>rauma:</b> Schmerz, Schädelhirntrauma, Schenkelhalsfraktur, Hämorrhagien etc.
<b>C</b>	<b>NS:</b> Demenz!, Apoplex, Subduralhämatom; Meningoenzephalitis, Tumor
<b>H</b>	<b>ypoxia:</b> Pneumothorax, COPD, Pneumonie, Pleuraergüsse
<b>D</b>	<b>eficiencies:</b> Mangelernährung, Hypovitaminosen (B12; B1; Folsäure)
<b>E</b>	<b>ndocrine:</b> Hyper- und Hypothyreose; Hyperkortisolismus; Nebennierenrinden-Insuffizienz
<b>A</b>	<b>cute vascular:</b> Akutes Koronarsyndrom, peripher-arterielle Verschlusskrankheit, hypertensive Krise, Mesenterialinfarkt
<b>T</b>	<b>oxin:</b> Anticholinergika, Benzodiazepine, Alkohol, Lithium, nicht-steroidale Antirheumatika etc.
<b>H</b>	<b>eavy metals:</b> Blei, Quecksilber

Dauer der Hospitalisation um 5,5 Tage verkürzt [2]. Leider wird damit aber die Delirinzidenz nicht reduziert. Hingegen soll eine einmalige Gabe von Risperidon 1 mg postoperativ die Delirinzidenz signifikant verkürzen [3]. Wenn alles nichts nützt, ist von den zahlreichen Behandlungsvorschlägen [4] für agitierte Patienten folgendes Therapieschema empfohlen worden (Tab. 3): Paradoxerweise stehen nahezu alle verwendeten

**Tabelle 3: Therapieschema bei agitierten Patienten.**

Haloperidol p.o. 25 Tropfen oder i.m. 2,5 mg – falls nach 30 Minuten nicht besser
Haloperidol 5 mg kombinieren mit Quetiapin 12,5 mg-weise (bis 100 mg/d) – falls nach 60 Minuten nicht besser
Haloperidol 10 mg zusätzlich Lorazepam 1 mg-weise bei Unruhe

Medikamente selbst auch im Verdacht, ein Delir zu begünstigen. Falls Alkohol mit im Spiel ist, sollte bei erhöhter Krampfbereitschaft primär mit Benzodiazepinen gearbeitet werden und nicht mit Neuroleptika, welche die Krampfschwelle senken; zusätzlich als Wernicke-Enzephalopathie-Prophylaxe wird die Gabe von 300 mg Thiamin i.v. empfohlen. Der grösste Teil der Hausärzte wird dies jedoch weder in der Praxis noch im Arztkoffer vorrätig haben.

## Demenz

Gemäss neuer Nomenklatur wird der Begriff «Demenz» nicht mehr explizit aufgeführt. Neu wird bei der Diagnose einer manifesten Demenz von einem sogenannten *Major Neurocognitive Disorder* (Major NCD) gesprochen, zum Beispiel bei Alzheimerkrankheit, Parkinson, oder vaskulärer Genese etc. soll diese Bezeichnung doch weniger stigmatisierend sein. *Minor Neurocognitive Disorder* (Minor NCD) löst die ehemals leichte kognitive Störung, auch *Mild Cognitive Impairment* (MCI), ab. Wichtigster Risikofaktor für Demenz bleibt das Alter. Die Zunahme der Demenz in der Schweiz bedeutet eine grosse Herausforderung für die Zukunft. Schon jetzt haben wir 120 000 Demenzerkrankte, 60% davon sind Frauen, wegen ihres höheren Anteils in der entsprechenden Altersgruppe. Es ist jährlich mit 25 000 Neuerkrankungen zu rechnen. 60% der Demenzen wohnen zu Hause und werden dort betreut. Im Gegenzug darf erfreulicherweise erwähnt werden, dass zwei Drittel der über Hundertjährigen keine kognitiven Defizite aufweisen.

Wann soll weiter abgeklärt werden:

- Probleme, Neues zu lernen und zu memorisieren;
  - Mühe, komplexe Aufgaben zu bewältigen (Backen, Autofahren etc.);
  - Orientierungsschwierigkeiten;
  - Veränderung von Persönlichkeit und Stimmung.
- Eine weitere Abklärung in einer Memory Clinic soll in folgenden Fällen in Erwägung gezogen werden:
- Screening Tests unauffällig, aber subjektiv kognitive Beschwerden;
  - Demenz oder Depression?;
  - Kognitive Funktionseinbusse mit fraglicher Alltagsrelevanz (z.B. Autofahren, Finanzen etc.);
  - Status nach unklarem Delir (subklinisch verlaufende dementielle Entwicklung?).

Trotz neuer Nomenklatur stehen uns bis heute lediglich symptomatische Therapieoptionen zur Verfügung. Therapeutisch werden Acetylcholinesterase-Hemmer und Memantin-Präparate eingesetzt, die insbesondere gut wirksam sind auf Demenz-assoziierte Verhaltensstörungen. Cholinesterase-Hemmer eignen

sich bei Minussymptomatik wie Apathie, Ängstlichkeit oder Dysphorie. Memantin hingegen zeigt gute Wirksamkeit bei Plussymptomatik (Agitation und Aggression). Es besteht eine Dosis-Wirkungsbeziehung, das heisst wenn immer möglich soll gemäss Kompendium und Klinik aufdosiert werden. *Ginkgo biloba* verbessert die mitochondriale Funktion der Neurone und hemmt die Aggregation von Beta-Amyloid, wirkt blutverdünnend und stärkt das Immunsystem. Ein signifikanter Nutzen ist ab einer Tagesdosis von 240 mg *Ginkgo biloba* nachgewiesen [5].

### Fahrtauglichkeit im Alter

Neben den üblichen medizinischen Kriterien (beispielsweise ist der «gehörlose Einäugige» vom Fahren ausgeschlossen ...!), geht es auch um kognitive Störungen, welche die Fahrtauglichkeit beeinflussen. Da Autofahren eine komplexe, klassisch exekutive Alltagstätigkeit ist, ist es wichtig, Patienten mit entsprechenden Störungen zu erkennen. Obwohl nicht als Test für die Fahrtauglichkeit entwickelt, werden am häufigsten die MMSE und der Uhrentest angewendet; beide korrelieren wenig mit der Fahrleistung. Einer der besten Prädiktoren für das Bestehen einer praktischen Fahrprobe ist allerdings der sogenannte *Trail Making Test Part B*, in dem, so schnell wie möglich, ohne den Bleistift vom Papier zu nehmen, eine Linie von 1 nach A, von A nach 2, von 2 nach B, von B nach 3 usw. gezeichnet werden soll, also Zahlen in aufsteigender Reihenfolge und Buchstaben nach dem Alphabet verbunden werden müssen (Abb. 1).

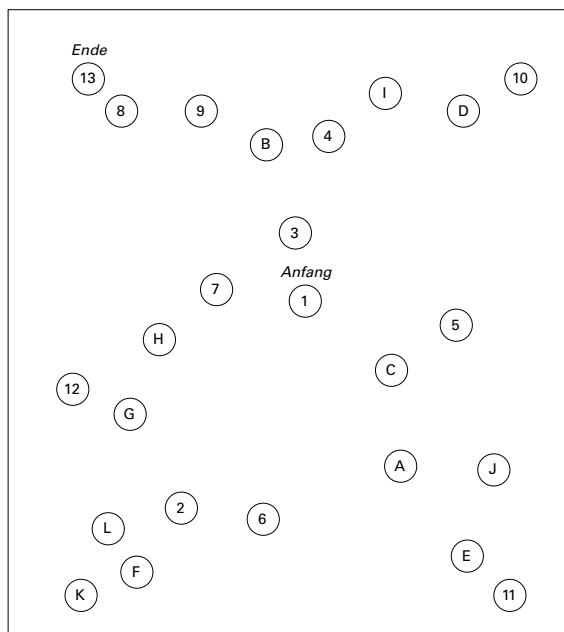


Abbildung 1: Trail Making Test Part B.

Gemäss der *American Academy of Neurology* lässt die Fahrleistung mit einer MMSE <24 und einem *Trail Making Test Part B* >180s deutlich nach, und aus Erfahrung kann gesagt werden, dass Patienten mit einer MMSE <21 und einem pathologischen *Trail Making Test* (Fehler und über 180s) in der Regel eine Kontrollfahrt nicht mehr bestehen. In solchen Fällen ist eine weitere Abklärung unumgänglich. Auch der Demenztyp ist ausschlaggebend: So kann bei einer leichten Alzheimer-Erkrankung (MMSE ≥24, Trail B <180s) die Fahrtauglichkeit noch gegeben sein, hingegen bei einer frontotemporalen Demenz mit fehlender Krankheitseinsicht und risikofreudigem, selbstüberschätzendem Verhalten, definitiv nicht mehr.

### Betreuung am Lebensende

Die Betreuung eines Menschen am Lebensende ist eine grosse medizinische als auch menschliche Herausforderung, wofür heute zunehmend Palliativmediziner zuständig sind, sie ist aber grundsätzlich nur Teil ihrer ärztlichen Tätigkeit. Es gilt folgendes Vorgehen auseinanderzuhalten:

- *Passive Sterbehilfe*: Hier geht es darum, bewusst auf lebenserhaltende Therapien zu verzichten oder bereits begonnene Therapien abzubrechen (z.B. Antibiotika, Beatmung etc.). Dieses Vorgehen ist ein anerkannter Bestandteil der Schulmedizin.
- *Indirekt aktive Sterbehilfe*: Hier geht es darum, Medikamente zu geben, die unter anderem das Leben verkürzen könnten. Oberstes Ziel ist, Schmerzen und Leid zu lindern, und nicht den Tod zu beschleunigen. Auch dies ist ein Teil der Schulmedizin.
- *Beihilfe zum Suizid*: Gemäss der *Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)* ist dies nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit. Dies wird von Laienorganisationen wie EXIT, Dignitas und Lifecircle praktiziert. Gründe für einen vorzeitigen Lebensabbruch sind zum Beispiel unerträgliche Schmerzen oder eine hoffnungslose Diagnose.

Neben all den Palliativmassnahmen soll hier nur kurz auf die Dehydratation eingegangen werden. Der Nachteil der Dehydratation sind Mundtrockenheit, Durst, Obstipation, Delir, Somnolenz und Verwirrtheit. Andererseits gibt es auch Vorteile: Die reduzierte Magensekretion führt zu weniger Erbrechen, wegen Oligurie kann man eventuell auf einen Dauerkatheter verzichten, die verminderte Sekretion in der Lunge führt zu weniger Schleimbildung und Husten und durch weniger Tumorödem lassen die Schmerzen nach. Zudem gibt es eine vermehrte Endorphinausschüttung, die in solchen Fällen sicher willkommen ist. – In speziellen Fällen ist eine subkutane Hydrierung angebracht, wo-

bei die Indikation meist auf individuelle Entscheidungen basiert (z.B. Durst trotz Mundpflege). Eine subkutane Hydrierung hat den Vorteil, dass die Nadel (Butterfly oder auch feine Venflons) bis zu 10 Tagen belassen werden kann, keine Thrombophlebitis entsteht, eine Kreislaufüberlastung kaum möglich ist und eine Infektionsgefahr äusserst gering ist. Zudem ist sie technisch einfach durchzuführen und kann auch zu Hause angewendet werden. Als Infusionslösung verwendet man 0,9% NaCl oder eine Mischinfusion, in der Regel 500–1000 ml/24h.

---

Korrespondenz:  
Dr. med. Jean-Pierre Grob  
Gartenstr. 9  
CH-4657 Dulliken  
j-p.glat@bluewin.ch

#### Literatur

- 1 Nikolaus T, Bach M, Specht-Leible N, Oster P, Schlierf G. The timed test of money counting: a short physical performance for manual dexterity and cognitive capacity. *Age Ageing*. 1995;24:257–8.
- 2 Kalisvaart K, De Jonghe J, Bogaards M, Vreeswijk R, Egberts T, et al. Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. *JAGS*. 2005;53:1658–66.
- 3 Prakanrattana U, Prapaitrakool S. Efficacy of risperidone for prevention of postoperative delirium in cardiac surgery. *Anaesth Intensive Care*. 2007;35:714–9.
- 4 Mac Sweeney R, Barber V, Page V, et al. A national survey of the management of delirium in UK intensive care units. *QJM*. 2010;103:243–251. Delir.
- 5 Ihl R, Tribanek M, Bachinskaya N, GOTADAY Study Group: Efficacy and tolerability of a once daily formulation of Ginkgo biloba extract EGb 761® in Alzheimer's disease and vascular dementia: results from a randomised controlled trial. *Pharmacopsychiatry* 2012;45(2):41–6.