

Medizinische Versorgung hochbetagter Patienten mit psychischen Störungen

Alterspsychiatrie und Geriatrie – eine zukunftsweisende Allianz

Ulrich Erlinger^a, Ingo Bergmann^b

^a Dr. med., MPH, Chefarzt Gerontopsychiatrie, Psychiatrische Privatklinik, Sanatorium Kilchberg AG

^b Dr. med., Leitender Arzt Geriatrie, Psychiatrische Privatklinik, Sanatorium Kilchberg AG

Die Zahl hochbetagter Menschen, die gleichzeitig unter psychischen Störungen, verschiedenen somatischen Erkrankungen und funktionellen Einschränkungen leiden, nimmt in den kommenden Jahren stark zu. Die im Artikel beschriebene multidimensionale alterspsychiatrische und geriatriische Behandlung dieser Patienten hat einen grossen Mehrwert im Hinblick auf Lebensqualität und Autonomie.

Einleitung

Die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen bei den stationären alterspsychiatrischen Patienten im Sanatorium Kilchberg, einer der vier Stammkliniken des Kantons Zürich auf der Spitalliste für Alterspsychiatrie, waren im Jahr 2015 Depression und Sucht, Delir (ohne und bei Demenz), beginnende Demenz und schwere Verhaltensauffälligkeiten bei fortgeschrittener Demenz. Die alterspsychiatrische Diagnostik und Therapie sind hierauf ausgerichtet und werden von einem multiprofessionellen Team durchgeführt.

Ungefähr zwei Drittel unserer hochbetagten Patienten zeigten im letzten Jahr die im Alter typische Polymorbidität, welche zumeist mit einer Polypharmazie verbunden war. Entsprechend war die Prävalenz von relevanten Auffälligkeiten in Blutuntersuchungen und EKG sowie von geriatriischen Syndromen und funktionellen Einschränkungen sehr hoch.

Neben der Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen gehört – vor dem Hintergrund mög-

licher unerwünschter kardialer Nebenwirkungen einer Psychopharmakotherapie [1] – der Umgang mit strukturellen Herzerkrankungen wie auch der Umgang mit entgleistem Bluthochdruck und Blutzucker, chronischen Lungenerkrankungen und Infektionen der Harn- und Luftwege zum klinischen Alltag.

Mit der Forderung nach einer adäquaten allgemeinmedizinischen Versorgung der alterspsychiatrischen stationären Patienten – eine der Bedingungen für die Aufnahme auf die Spitalliste für Alterspsychiatrie – trägt die Gesundheitsdirektion Zürich dieser bekannten Polymorbidität der Patienten Rechnung.

Psyche und Körper gemeinsam behandeln

Die Lebensqualität im höheren Alter hängt zum grossen Teil von körperlichen Parametern ab. Am Beispiel der Depression nach Herzinfarkt wird deutlich, dass einerseits die Schwere der strukturellen Herzerkrankung mit den daraus resultierenden Einbussen an Leistungsfähigkeit und damit auch die Resultate der kardiologischen Behandlung das Risiko der Entstehung einer Depression massgeblich beeinflussen, und andererseits eine eventuell auftretende Depression die Überlebenschancen nach einem Herzinfarkt senkt [2]. Bei Delirien, Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Leiden bei Demenz ist immer die Prüfung und allfällige Behandlung typischer Auslöser geboten [3, 4]. Als solche seien eine akute somatische Erkrankung, eine Exazerbation einer chronischen Erkrankung und eine neu aufgetretene funktionelle Einschränkung genannt. Das Beispiel einer Patientin mit schwerer Depression nach Sturz mit Oberschenkelhalsfraktur veranschau-

Gériatrie et psychiatrie de la personne âgée: une alliance innovante

Le nombre de personnes très âgées souffrant simultanément de troubles psychiques, de diverses affections somatiques et de limitations fonctionnelles va fortement augmenter dans les années à venir. Le fractionnement des disciplines médicales en raison de compétences hautement spécialisées et d'innovations, ainsi que le manque de médecins de famille rendront la prise en charge de ces personnes de plus en plus difficile. Les auteurs du présent article présentent un modèle déjà appliqué dans les soins hospitaliers zurichois. Ce modèle multidimensionnel offre une forte plus-value en matière de qualité de vie et d'autonomie des patients âgés pris en charge sur le plan psychiatrique et gériatrique pour des troubles psychiques sévères et pose un jalon essentiel dans les soins aux personnes très âgées.

licht die Bedeutung von Mobilität, Balance und Kraft für eine erfolgreiche, ressourcenorientierte Behandlung der psychischen Grunderkrankung und unterstreicht die zu berücksichtigenden Wechselwirkungen zwischen psychischer, somatischer und funktioneller Dimension.

Über einzelne körperliche Parameter und den Aspekt Polymorbidität hinaus stellt sich bei hochbetagten Menschen ferner oftmals die Frage, ob das – behandelbare – geriatrische Syndrom Frailty vorliegt, welches eine erhöhte Vulnerabilität bzw. verminderte Resistenz gegenüber Stressoren beschreibt [5]. Der Befund Frailty wird unter anderem von der Gehgeschwindigkeit, der Kraft und dem Ernährungszustand abgeleitet und kann massgeblich Ursache in der psychiatrischen Hauptdiagnose und Auswirkung auf dieselbe haben [6, 7].

Das alterspsychiatrisch-geriatrische Modell

Um die oben skizzierten multidimensionalen altersmedizinischen Abklärungen und Behandlungen durchführen zu können, sind entsprechende Standards entwickelt und ein multiprofessionelles Team zusammengeführt worden. Ein altersmedizinisches Assessment wurde implementiert [8], die Dokumentation im klinischen Informationssystem verankert.

Zum Behandlungsteam gehören spezialisierte Pflege, Gerontopsychologie, Aktivierungstherapie, Sozialdienst und eine auf Bewegungsstörungen im Alter spezialisierte Physiotherapie. Ernährungsberatung, Logopädie, Ethik und Seelsorge unterstützen das Team im Bedarfsfall. Die ärztliche Leitung liegt in den Händen der beiden Autoren, die beide anerkannte Weiterbildungsbefähigte für ihre jeweiligen Schwerpunkte sind, Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie bzw. Geriatrie. Das ärztliche Team wird durch eine Fachärztin für Neurologie ergänzt.

Aufgrund der engen Verknüpfung von Psyche, Soma und Funktionalität ist der fallführende Arzt unter entsprechender Supervision für die gesamte multidimensionale Behandlung zuständig (einschliesslich beispielsweise der EKG-Beurteilung und der Erhebung geriatrischer Syndrome).

Prägend für den klinischen Alltag sind zudem natürlich auch Fragen mit sozialer, ökonomischer, rechtlicher und ethischer Dimension, auf die in diesem Artikel allerdings nicht eingegangen wird.

Die Bedeutung des beschriebenen Modells im Kontext der medizinischen Versorgungsstrukturen

Das Zusammenspiel von Alterspsychiatrie und Geriatrie in einem Behandlungsteam an einem Ort ermöglicht eine patientenorientierte, umfassende, gezielte Diagnostik und Behandlung hochbetagter Patienten mit psychischen Störungen.

Die aktive Berücksichtigung somatischer und funktioneller Aspekte sichert die psychiatrische Behandlung dabei nicht nur ab, sondern verbessert das Behandlungsergebnis insgesamt und kann weitere Hospitalisierungen verhindern, weil das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen durch eine individuell angepasste Pharmakotherapie verringert und die Sturzwahrscheinlichkeit durch Behandlung modifizierbarer Sturzrisikofaktoren vermindert wird [9, 10]. Nur bei einem kleinen Teil unserer Patienten wird eine unmittelbare Anschlussbehandlung in einer Medizinischen Klinik notwendig, sofern sie vor Ort nicht erfolgreich behandelt werden können.

Wir gehen davon aus, dass durch die geschilderte stationäre multidimensionale alterspsychiatrisch-geriatrische Behandlung ambulante und stationäre interistische bzw. geriatrische Behandlungen substituiert werden, die wegen der schweren Ausprägung der psychischen Erkrankung im jeweils anderen Setting nicht nutzbringend hätten stattfinden können. Es bleibt zu hoffen, dass dieses Behandlungsangebot für hochbetagte Patienten unter dem zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen erhalten bleibt.

Literatur

- 1 Danielsson B, et al. Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults – a Swedish nationwide study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2016. 81(4):773–83.
- 2 Hare DL, et al. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal*, 2014. 35:1365–72.
- 3 Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*, 2014. 383(9920):911–22.
- 4 Savaskan E, et al. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD) – Therapy Guidelines for the Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia. *Praxis*, 2014. 103(3):135–48.
- 5 Morley JE, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc.*, 2013. 14(6):392–7.
- 6 Mezuk B, et al. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2012. 27(9):879–92.
- 7 Halil M, et al. Cognitive aspects of frailty: Mechanisms behind the link between frailty and cognitive impairment. *The journal of nutrition, health & aging*, 2015. 19(3):276–83.
- 8 Beck S, Geser C, Grob D. Multidimensionales geriatrisches Assessment als klinischer Zugang zum multimorbiden Patienten im Spital. *Praxis*, 2012. 101(25):1627–32.
- 9 Budnitz DS, et al. Emergency Hospitalizations for Adverse Drug Events in Older Americans. *N Engl J Med*, 2011. 365: 2002–12.
- 10 Close JCT, Lord SR. Fall assessment in older people. *BMJ*, 2011. 343.

Korrespondenz:
Dr. med. Ulrich Erlinger
Alte Landstrasse 70
CH-8802 Kilchberg
Ulrich.Erlinger[at]
sanatorium-kilchberg.ch