Das Vergessen nicht vergessen

Marion Reichert Hutzli
Leitende Ärztin ambulante Alterspsychiatrie
− Warum eine Abklärung und wie danach weiter?
− Fallbeispiele
− Fahreignung
MCI und Alzheimerkrankheit
Braucht es die Diagnose?
Warum ist eine MCI oder Demenzdiagnose zu stellen?

- Ausschluss körperlicher Ursachen
- Optimierung der nichtmedikamentösen Behandlung
- Optimierung der Medikation
- Wissen und Verständnis der Umgebung wird gefördert
- Frühe Organisation der Betreuung
- Entlastung der Betroffenen und ihrer Betreuenden
MCI - Verlaufsformen

| Sub-Typ zu Beginn | remittierend | unstabil | Stabil nicht-progredient | progredient |
|-------------------|--------------|----------|--------------------------|-------------|
| single nonmemory MCI | 53%          | 24%      | 14%                      | 10%         | 100% |
| multidomain non-amnestic MCI | 29%          | 18%      | 18%                      | 34%         | 100% |
| amnestic MCI       | 35%          | 13%      | 11%                      | 41%         | 100% |
| multidomain amnestic MCI | 11%          | 21%      | 20%                      | 48%         | 100% |
| gesamt             | 42%          | 21%      | 15%                      | 22%         | (100%) 357 |
Das Vergessen nicht vergessen

Anteil des Pflegeaufwandes nach Stunden in den verschiedenen Erkrankungsstadien

% der Pflegenden

Grad der Demenz-erkrankung

- leicht
- mittel
- schwer

weniger als 4 Stunden pro Tag
4 bis 10 Stunden pro Tag
mehr als 10 Stunden pro Tag

Quelle: Datengrundlage: Alzheimer Europe (2006): Dementia in Europe – Yearbook 2006.
Angehörige von Demenzkranken

- haben ein erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken
- gehen häufiger zum Hausarzt,
- brauchen mehr Medikamente,
- zeigen mehr depressive Symptome (bis 34%),
- leiden oft unter körperlicher Erschöpfung.
Indikation für eine Abklärung an einer Memory Clinic

- Patienten jünger als 65 Jahre
- Atypische Symptomatik oder Verlauf
- Diskrepanz zwischen Angaben des Patienten oder der Angehörigen und den erhobenen Befunden
- Überforderungssituationen (Angehörige, Patient, Betreuenden, Behandelnden)

Quelle: Monsch, 2008
Behandlungsziele

- Verbesserung und Stabilisierung kognitiver Funktionen
- Erhalt und Verbesserung der Alltagskompetenz
- Verminderung von affektiven Symptomen und Verhaltensstörungen
- Entlastung der Angehörige / Pflegenden zu hause wie auch in der Pflegeeinrichtung
Apathie

- Motivation ↓, Initiative ↓, Bewegungsarmut, emotionale Indifferenz
- Häufigste Verhaltensstörung bei AD
- Häufig bereits in präklinischen Stadien
- Eine Hauptursache für die Belastung der Pflegenden
- Diagnostische Möglichkeiten z. B. Apathy Evaluation Scale
- Assoziiert mit Veränderungen in den cholinergen, gabaergen und dopaminergen Funktionen
- Ansprechen auf Cholinesteraseinhibitoren
Das Vergessen nicht vergessen

Kognitive Funktionen und Emotionserkennung

The level of cognitive function and recognition of emotions in older adults

Marianna Virtanen, Archana Singh-Manoux, G. David Batty, Klaus P. Ebmeier, Markus Jokela, Catherine J. Harmer, Mika Kivimaki, 2017

- Die Emotionserkennung korreliert mit dem MMS
- Die Emotionserkennung neuraler und positiver Emotionen bleibt besser erhalten
Therapeutische Optionen
Aktuelle Phase 3 Studien

- Aducanumab
- Cerenzumab  Antikörper gegen Amyloid Beta
- CAD 106  BACE1 Inhibitor (L. im Juni 2018 gestoppt)
- Lanabacestat
- Verubecestat
- Pioglitazon,  Glucosemetabolismus, Neuroregeneration
- Idalopirdine  in Kombination mit ACHehs
  Serotonin 5-HT6 Antagonist,
  Verbesserung der cholin., glutamat., noradr.
  und dopaminergen Neurotransmission
Aktuelle Behandlungsmöglichkeiten

Präklinisches Stadium

Zunahme der Pathologie

MCI Demenz

Aβ Atherosklerose Glucose Metabolismus Endotheliale Dysfunktion ACh ↓ Glutamat Tox

Kognitive Funktionen

Ginko ChEI Memantine
Das Vergessen nicht vergessen

Nichtmedikamentöse Interventionen für die Betreuungspersonen verzögern die Hospitalisation

| Study                  | OR  | 95% CI    | Weight, % |
|------------------------|-----|-----------|-----------|
| Lawton et al. [174], 1989 | 0.82| 0.55–1.23 | 55        |
| Mittelman et al. [177], 1993 | 0.39| 0.18–0.85 | 22        |
| Belle et al. [186], 2006     | 0.58| 0.29–1.15 | 23        |
| Overall effect          | 0.67| 0.49–0.92 | 100       |

**OR 0.67 1**

Positive treatment effect

(No effect)

Negative treatment effect

---

**Fig. 3.** Multicomponent interventions for the CG and institutionalization delay: meta-analysis of high-quality RCTs. The odds ratio (OR) of 0.67 indicates 33% less institutionalization after 6–12 months of multicomponent intervention compared to the minimal support or usual-care control group (Q = 2.95, p = 0.228). CI = Confidence interval; Q = test for heterogeneity of effects (p > 0.05 indicates homogeneity).

**33% weniger Institutionalisierungen nach 6-12 Monaten**

*Olazarán et al. 2010*
Nichtmedikamentöse Behandlungsempfehlungen

Grade A
- Verzögerung der Institutionalisierung

Grade B
Patient: Verbesserung von
- Kognition ()
- Aktivitäten des täglichen Lebens, Verhalten, Stimmung
- Lebensqualität
- Prävention von Zwangsmassnahmen

Betreuungsperson: Verbesserung von
- Stimmung
- Psychischem Wohlbefinden
- Lebensqualität

Olazarán et al. 2010
Nichtmedikamentöse Behandlungsempfehlungen

Massnahmen beinhalten

- Patient: Kognitives Training, ADL Training, Kognitive Stimulation, multimodale Interventionen
- Betreuungsperson: Professionelle Schulung, Schulung, Support, multimodale Interventionen
Fallbeispiele

Luzerner Psychiatrie lups.ch
Luzern / Obwalden / Nidwalden
Beziehung im Mittelpunkt
Fall 1

Perspektive eines Betroffenen
Fallvignette Herr Affolter

- 52 jähriger Betriebsmechaniker
- alleinlebend, geschieden, 2 Kinder
- seit ca. 1 Jahr depressiv, mehrwöchiger stationärer Aufenthalt, entlassen ohne wesentliche Besserung, medikamentöse Behandlungsversuche gescheitert, viele Nebenwirkungen
- ausführliche Neurologische Untersuchungen mit LP (ohne Demenzparameter) ohne pathologische Befunde
Fallvignette Herr Affolter

- Anmeldung Memory Clinic zur differentialdiagnostischen Abklärung
- Ankündigung von Suizidalität im Falle einer Demenzdiagnose
- nach Neuropsychologischer Untersuchung, MRT und PET Diagnose einer Alzheimer-Demenz mit frühem Beginn

und jetzt?
Die Angst vor der Demenz

Demenz ist die zweitmeist gefürchtete Erkrankung

51 Prozent der Menschen fürchten dement und pflegebedürftig zu werden

− Was geschieht dann, Wer kümmert sich um mich?
− Werde ich zu leeren Hülle, was bleibt von mir? „Verblöde ich“, verliere ich meine Würde?
− Werde ich aus der Gesellschaft ausgeschlossen?
Demenz und Suizid

Suicide and assisted dying in dementia: what we know and what we need to know.

Diehl-Schmid J¹, Jox R¹, Gauthier S¹, Belleville S¹, Racine E¹, Schüle C¹, Turecki G¹, Richard-Devantoy S¹.

- Demenz ist kein Risikofaktor für Suizid
- Erhöhtes Risiko für Subgruppen:
  - Pat. mit psychiatrischen Komorbiditäten und Früherkrankte.
  - Whs. kürzlich gestellte Demenzdiagnose, semantische Demenz und frühere Suizidversuche
- In der Praxis sollte das Suizidrisiko standardisiert geprüft werden
Selbstverletzendes Verhalten bei älteren Menschen

Aging Ment Health. 2017 Mar

Understanding self-harm in older people: a systematic review of qualitative studies.

Wand APF¹,², Peisah C²,³,⁴, Draper B¹,², Brodaty H⁵.

Suizidales Verhalten stand in Bezug zu Kontrollverlust, Entfremdung, Trennung, gesellschaftlicher Unsichtbarkeit, Sinnlosigkeit, fehlendem Lebenszweck, einem „schmerzvollen Leben“.
Fallvignette Herr Affolter

- Wie schaffe ich meine Arbeit? Werde ich entlassen?
- Was halten die Kollegen von mir? Was macht der Chef ohne mich?
- Werde ich für die Freunde uninteressant?
- Verliere ich den Kontakt zu Freunden und Familie?
- Was passiert mit den Kindern wenn ich nicht für Sie da sein kann?
- Werde ich zum „Dubbeli“?
- Bleibe ich ich?
Grundbedürfnisse des Menschen

Bedürfnis nach Mitmenschen, nach Nähe zu einer Bezugsperson.

Bestreben, erfreuliche, lustvolle Erfahrungen herbeizuführen und schmerzhafte, unangenehme zu vermeiden.

Grundüberzeugungen, dass im Leben Kontrollmöglichkeiten bestehen, es vorhersehbar ist, es sich lohnt, sich einzusetzen.

Bedürfnis, sich selber als gut, kompetent, wertvoll und von anderen geliebt zu fühlen.

https://www.eudemos.de
Das Vergessen nicht vergessen

Nicht Medikamentöse Behandlung
- Ergotherapie
- Kognitives Training
- Verhaltenstherapie
- Biographiearbeit
- Realitätsorientierung

Medikamentöse Behandlung
- Antidementiva
- Antidepressiva
- Neuroleptika
- Milieutherapie
- Kunsttherapie
- Musiktherapie

Beziehung im Mittelpunkt
Fallvignette Herr Affolter

2-Wöchentliche psychiatrisch-psychotherapeutische Termine

- Themen: Akzeptanz der Diagnose, Krankheitsbewältigung, Information der Umgebung (Familie, Freunde, Kollegen), Fahreignung....
- Familiengespräche
- Vorgehen mit Arbeitgeber geklärt, Sozialberatung aufgegleist
- Aufbau Tagesstruktur (Wochenplan, Ergotherapie, soziale Aktivitäten)
- Stützung des Selbstwerts
- Medikation: Antidepressivum, Antidementivum

Kriseninterventionen

- Gia Behandlung/ stationärer Aufenthalt St. Urban
Perspektive der Angehörigen und der Umgebung
Das Vergessen nicht vergessen

Fallvignette Herr Wigger

- 62-jähriger Schreiner und Werkstattleiter
- Verheiratet, eine 16-jährige Tochter
- Zuweisung wegen zunehmenden Konzentrationsproblemen
- Diagnose einer leichten frontotemporalen Demenz (behavioural variant)
Fallvignette Hr. Wigger – Wahrnehmung von Veränderungen

Tochter
Er interessiert sich nicht mehr für mich
Er unterstützt mich nicht mehr

Hr. Affolter
Ich fühle mich gut
Alles ist wie immer

Frau
Er tut immer weniger
Er überlässt mir alle Entscheidungen
Ich habe kein Gegenüber mehr

Arbeitgeber
Er zieht sich zurück
Er erbringt die Leistungen nicht mehr

Beziehung im Mittelpunkt
Der Arbeitgeber

– Vermisst seinen kompetenten langjährigen Werkstattleiter
– Muss Arbeitsabläufe umstrukturieren, Aufgaben weiter delegieren
– Mitarbeiter zur Unterstützung motivieren
– Wogen glätten
– Für Sicherheit sorgen

– Ist Herrn Wigger dankbar für die grossen Leistungen über viele Jahre, seine Kollegialität, Loyalität
Der Arbeitgeber – Therapeutische Interventionen

• **Information:** Art der Krankheit, Verlauf (was ist zu erwarten?)

• **Klärung finanzieller Bedingungen** (Teil-AUF, IV-Anmeldung)

• **Coaching:** Umgang mit dem Patienten, Stützen der Mitarbeiter

• Unterstützung im Kontakt zum Patienten und der Familie
Die Tochter

- Fühlt sich von Vater nicht mehr wahrgenommen
- Kann nicht verstehen, warum der Vater sich so komisch, unvernünftig, gleichgültig, apathisch verhält,
- Ist „genervt“, wird aggressiv gegenüber dem Vater
- Schämt sich für Ihren Vater
- Verbringt nicht mehr gerne Zeit mit dem Vater
- Will nicht die Verantwortung übernehmen in gefährlichen Situationen
- Sorgt sich um die Mutter

- Liebt ihren Vater
Die Tochter - Therapeutische Interventionen

• **Für Orientierung sorgen:** was ist das für eine Erkrankung, was macht sie mit dem Vater, warum reagiert er so, welche Hilfe braucht er?

• **Beziehungen stärken:** gemeinsame Gespräche mit der Mutter (wie geht es der anderen, was wünschen wir uns, wie stützen wir uns gegenseitig), gemeinsame Zeit mit dem Vater fördern

• **Hilfe zur Selbsthilfe:** Was macht dir Situation mit mir als Tochter, wie gehe ich mit meiner Wut, Enttäuschung, Angst und Überforderung um. (Hinzuziehen der Kinder- und Jugendpsychiatrie)
Die Ehefrau

• ihr fehlt der Partner, ihr Gegenüber, ihr Spiegel
• ist verunsichert weil sie fürchtet, er sei unzufrieden, traurig, leide
• fühlt sich überfordert weil sie für alles die Verantwortung tragen muss, sich erst viele Kompetenzen aneignen muss
• fürchtet, sie übergehe den Mann, möchte keine Entscheidungen für ihren Mann fällen
• möchte dass er beschäftigt ist, dass er Anregung und Gesellschaft hat
• möchte etwas mehr Ruhe und Zeit für sich
• hat Angst, dass ihre Tochter belastet ist,
• ist traurig, wie die Tochter mit dem Mann umgeht

• liebt Ihren Mann
Die Ehefrau - Therapeutische Interventionen

- **Informationen** über Erkrankung, Verlauf und v.a. darüber warum der Mann reagiert wie er es tut. Erklärung der „Welt“ ihres Mannes

- **Unterstützung in der**
  - Übernahme von Verantwortung
  - im Abbau von Schuldgefühlen
  - in der Tagesgestaltung, der Organisation des Alltags, Ermunterung zur Beibehaltung der Arbeit
  - Beratung im Umgang mit Tochter, Familie, Freunden
Therapeutische Interventionen

Gespräche in unterschiedlichen Settings

• Einzel- und Familiengespräche, mit Patient und ohne ihn
• Arbeitgebergespräche
• Austausch mit unterstützenden Personen

• Interventionen auch ohne ausdrücklichen Auftrag der Betroffenen
Unterstützende Massnahmen

- Kontaktaufnahme zu Pro Senectute
  (Rechtliche Fragen, Hilflosenentschädigung, Vermittlung von Hilfsangeboten, ..)
- Physiotherapie bei zunehmenden motorischen Beeinträchtigungen, Abklärung Sturzmelder
- Spitex
- Stundenweise Tagesbetreuung im nahe gelegenen Altersheim
- Besuchsdienst
- Tagesbetreuung und Kurzaufenthalte in spezifischer Demenzeinrichtung
Perspektive der Institution
Fallvignette Frau Mühlebach

- 82 jährige Dame
- Verwitwet, 1 Tochter
- Zuweisung wegen zunehmender verbaler Aggression, unkooperativem Verhalten, gedrückter Stimmung, Wahn
- Konsilauftrag: Vorschlag Medikation
Fallvignette Frau Mühlebach

- Diagnose: V. a. Delir bei mittelschweren bis schweren Demenz, Medikation, Multimorbidität, psychisch belastender Situation
- Medikationsänderung (Absetzen Palexia, Remeron)
- Somatische Interventionen (Hydratation,...)
- Beratung Tochter
- Teamcoaching
Fahreignung

Luzerner Psychiatrie lups.ch

Luzern | Obwalden | Nidwalden

Beziehung im Mittelpunkt
Fahreignung

- Altersgrenze für die regelmässige Fahreignungskontrolle wird auf 75 Jahre erhöht.

- Wir werden die Fahreignungsbeurteilung weiterhin im Rahmen aller Demenzabklärung durchführen.

- Wenn notwendig erfolgt durch uns die Meldung beim Strassenverkehrsamt.
Fahreignung

- Eigeneinschätzung der Autofahrer fusst meist auf den bisherigen Erfahrungen im Rahmen der langjährigen Fahrpraxis.

- Voraussetzung ist eine kognitive Leistungsreserve in kritischen Situationen.

- Wenn ein eingeschränktes Fahrverhalten besteht, deutet dies meist auf eine bereits eingeschränkte Leistungsreserve hin.
Das Vergessen nicht vergessen

Risiko

Kumulatives Risiko durch kog. Beeinträchtigung, Komorbidität, Medikation

Nicht erlaubtes Risiko

Erlaubtes Risiko

Leistungsreserve

Unvermeidbares Risiko

Gesund

MCI

Leichte Demenz

Mittlere Demenz

Schwergrad der kognitiven Beeinträchtigung

Mosimann
Fahreignung

Wie beurteilen wir die Fahreignung?

- Ergebnisse der Neuropsychologischen Tests (TMTB, Flexibilität, Umstellfähigkeit, TAP: geteilte Aufmerksamkeit, Alertness, Selektive Aufmerksamkeit, MRI), klinischer Eindruck, Auffassung
- Eigen- und Fremdanamnese
- Störungseinsicht
- Risikoeinschätzung nach Mosimann
Das Vergessen nicht vergessen

| Aufmerksamkeit | Schweregrad der Beeinträchtigung |
|----------------|----------------------------------|
| Arbeitsstempo (TMT A) | -2.2 |
| Alertness (tonische) | -0.7 |
| Alertness (mit Ton) | -0.7 |
| Geteilte Aufmerk. (Ausz.) | 1.0 |
| Geteilte Aufmerk. (Fehler) | 1.0 |
| Aufmerksamkeitswechsel | 0.3 |
| Selektive Aufmerk. (Fehler) | 0.0 |
| Selektive Aufmerk. (Ausz.) | 0.0 |

| Merkspanne (verbal) | -1.1 |
| Merkspanne (visuell) | -0.1 |
| Arbeitsgedächtnis (verbal) | 0.6 |
| Arbeitsgedächtnis (visuell) | 0.1 |
| Lernen (verbal) | -2.8 |
| Lernen (nonverbal) | 1.0 |
| Abruf (verbal) | -2.5 |
| Abruf (nonverbal) | 1.0 |
| Wiedererkennen (verbal) | -1.4 |
| Wiedererkennen (nonverbal) | 0.4 |
| Figurale Ideenproduktion | -2.4 |
| Phon. Ideenproduktion | -1.0 |
| Semantische Ideenproduktion | -1.5 |
| Interferenzkontrolle | -1.7 |
| Interferenzkontrolle (Fehler) | -1.7 |

| Geistige Funktionen | z-Werte |
|---------------------|---------|
| z-1.0 leicht auffällig | -2.2 |
| z-1.5 deutlich auffällig | -0.7 |

| Anamnese | Risikoeinschätzung |
|----------|---------------------|
| Polizeikontrollen, Verkehrsunfälle (letzte 2 Jahre) | X |
| Beifahrer fühlt sich unsicher | X |
| Vermeidungsstrategien – Einschränkung Fahrleistung | X |

| Clinical Dementia Rating (CDR) | |
|-------------------------------|--|
| CDR: 0.5 | X |
| CDR: 1.0 | X |
| CDR: >1.0 | X |

| Alltagsaktivitäten | |
|--------------------|--|
| Leichte Beeinträchtigung (IADL) | X |
| Beeinträchtigung (BADL) | X |

| Mini Mentalstatus | Risikoeinschätzung |
|-------------------|---------------------|
| MMSE >24 | X |
| MMSE 22-24 | X |
| MMSE <21 | X |

| Trail Making B Test | |
|---------------------|--|
| Testwert <180 s | X |
| Testwert >180-200 s | X |
| Testwert >300 (d.h. nicht mehr durchführbar) | X |

| Sehen | |
|-------|--|
| Fervinsus >0,6, Gesichtsfeld >140 Grad; keine Doppelbilder, kein Neglect | X |
| Fervinsus <0,6 | X |
| Gesichtsfeld <140 Grad | X |
| Doppelbilder | X |
| Hemispatialer Neglect | X |

| HWS-Beweglichkeit | |
|-------------------|--|
| Kopfdrehen >45 Grad | X |
| Kopfdrehen <45 Grad | X |

| Dementiologie und Schweregrad | |
|-------------------------------|--|
| Sehr leichte Alzheimer-Demenz (CDR 0,5; MMSE >24, Trail B <180) | X |
| Leichte Alzheimer-Demenz (CDR 1, MMSE ≥24, Trail B <180) | X |
| Frontotemporale Degeneration (Verhaltensvariante) | X |
| Lewy Körperchen-Demenz (MMSE <24, Trail B <180) | X |
| Parkinson-Demenz (MMSE >24, Trail B <180) | X |
| + zusätzliche demenzassozierte Komorbiditäten | |
| Impulsiv, aggressiv (z.B. neuropsychiatrisches Interview) | X |
| Fehlende Krankheitsinsicht | X |
| Tagesschläfrigkeit (Epworth Fragebogen ≥12) | X |

| + andere verkehrstheoretische Komorbiditäten | |
| Psychotrope Substanzen (ICADTS Stufe ≥2) (Dauertherapie) | X |
| Polypharmazie mit psychotropen Substanzen (Dauertherapie) | X |
| Hinweise auf Suchterkrankung (Benzodiazepine, Alkohol) | X |
| Diabetes mellitus mit körperlichen Spätfolgen** | X |
| Diabetes mellitus mit Hypoglykämie* | X |
| Epilepsie (asymptomatisch <6 Monate)** | X |
| Synkope (asymptomatisch <6 Monate) | X |
| Zerebrovaskulärer Insult <6 Monate | X |

Beziehung im Mittelpunkt
Fahreignung

Die computergestützte Testung der Aufmerksamkeitsfunktionen benötigt keinerlei Computerkenntnisse!

Einschränkungen der Testbarkeit durch

- Auffassungsstörungen (Aufgabenstellung wird nicht verstanden)
- körperliche Beeinträchtigungen (z. B. Parkinson).
Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Marion Reichert Hutzli
Leitende Ärztin ambulante Alterspsychiatrie

Luzerner Psychiatrie lups.ch
Luzern / Obwalden / Nidwalden
Beziehung im Mittelpunkt