

Wenn das Gedächtnis versagt: Alzheimer, Demenz

Prof. Dr. Gabriela Stoppe
UPK Basel



Themen



- Ursachen
- Demenz klinisch
- Ethisch-rechtliche Aspekte
- Behandlung
- Pflegende Angehörige

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Ursachen



- Epidemiologie
- Ursachen
- Risikofaktoren
- Möglichkeiten der Prävention

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Dementielle Syndrome: Epidemiologie

- ähnliche Untersuchungsergebnisse in verschiedenen Studien und Ländern
- In Deutschland 6,0-8,6% der über 65jährigen, entsprechend 800'000 bis 1'100'000 Menschen. Die höheren Zahlen gelten bei Einbeziehung leichter Formen.
- exponentieller Anstieg von Prävalenz und Inzidenz v.a. der Alzheimer Demenz mit zunehmendem Lebensalter
 - Prävalenz: 1% (60-64J.) bis 35% (>90J.)
 - Inzidenz: 3,6/1000 Einw./Jahr (60-64J.) bis 66,1/1000 Einw./Jahr (>90J.) (nur mittlere und schwere Demenzen)
- Frauen sind häufiger betroffen (70% aller Dementen) wegen ihres höheren Anteils an dieser Altersgruppe
- häufigste Demenzformen:
 - Demenz vom Alzheimer Typ (ca. 60%)
 - vaskuläre Demenz (ca. 10%)
 - Mischformen aus beiden (ca. 10%)
 - Demenzen vom Lewy-Körper-Typ (ca. 10%(?))
 - alle anderen Formen (ca. 10%)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Handwritten notes on a piece of paper, likely a medical record, with names like 'Auguste D.' and 'Alzheimer' visible.

Portrait of Alois Alzheimer, a German psychiatrist and neuropathologist.

Aerztliche Acten
 über
 Auguste D.
 Alter: 51 Jahre. Religion: reformirt.

Titelblatt der Akte Auguste D.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

1907: Alois Alzheimer beschrieb klinische Zeichen und Neuropathologische Befunde

UPK
 Universität Psychiatrie
 Kliniken Basel

Cortical atrophy **Amyloid plaques** **Activated microglia**

Enlarged ventricles **Neurofibrillary tangles** **Astrogliosis**

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

A

B

C

Fig. 5. Evolution of the neurofibrillary changes. Six stages can be distinguished. (a) Stages I-II show alterations virtually confined to the transentorhinal region. (b) A key characteristic of stages III-IV is the severe involvement of both the entorhinal and transentorhinal regions. (c) Stages V-VI are marked by isocortical destruction. Increasing density of shading indicates increasing severity of neurofibrillary changes.

MRT bei Alzheimer Demenz

UPK
 Universität Psychiatrie
 Kliniken Basel

IMAGE 56
 SER. 1-4

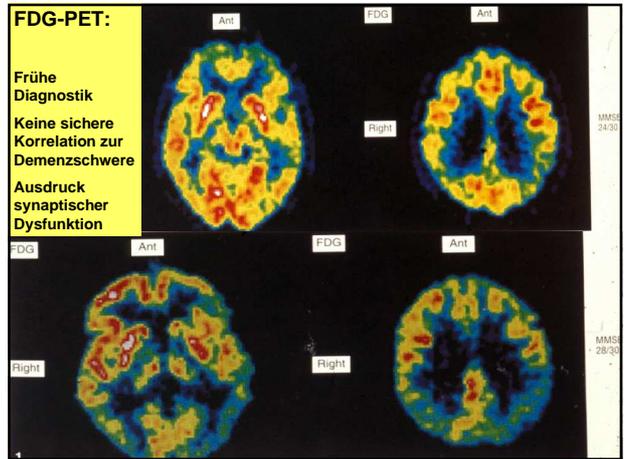
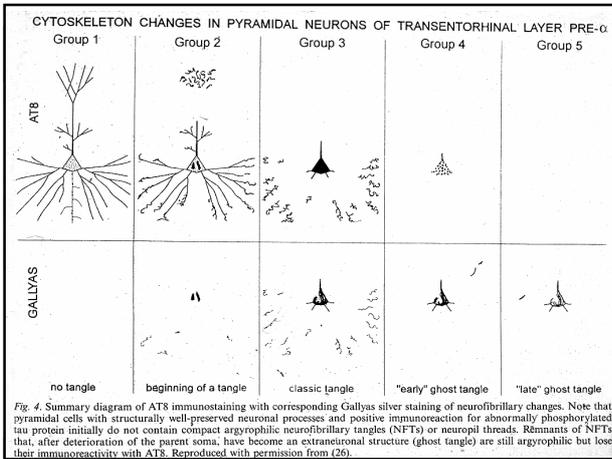
HER

RA

SP

Bilaterale Hippocampusatrophie bei Alzheimer Demenz

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3



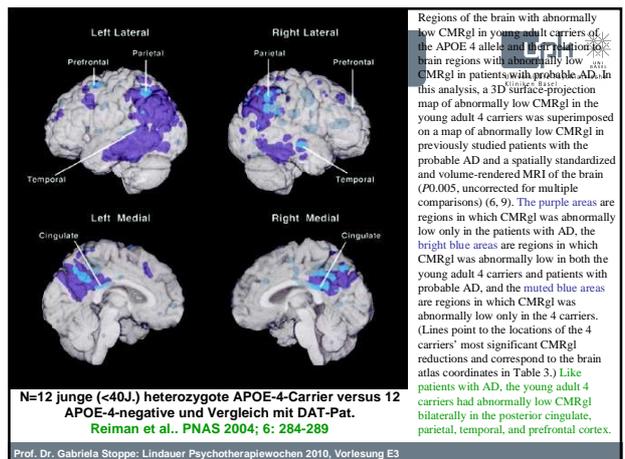
APOE: was wir wissen

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

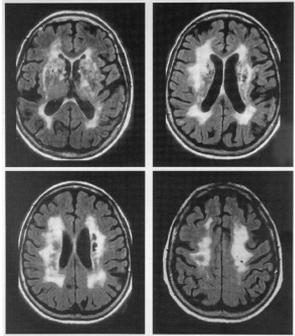
- Das wichtigste ZNS Apolipoprotein:
 - Haupttransporter endogen produzierter Lipide
 - Koordinator der Lipidaufnahme in den Myelin- und Membranmetabolismus, inklusive der Synapsen
- Die Anzahl der APOE Moleküle ist am grössten bei Personen mit APOE 2/2 Genotyp und am geringsten bei 4/4 Genotyp
- Das Risiko für AD ist am geringsten bei APOE 2/2 Genotyp (OR: 0.6) und am höchsten bei APOE 4/4 Genotyp (OR:14.9)
- APOE-4
 - Ist der stärkste bekannte genetische Risikofaktor der AD und beeinflusst das Risiko, das mit anderen Hirnschäden zusammenhängt, z.B. Schädel-Hirn-Traumen oder vaskulären Schäden
 - Induziert metabolische Veränderungen bei nicht dementen Personen, die denen bei AD ähneln (FDG-PET)
 - Beeinflusst das Erkrankungsalter und die Konversion von MCI zur AD

Bartzokis et al. 2006

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3



Risikofaktoren für vaskuläre Hirnerkrankungen



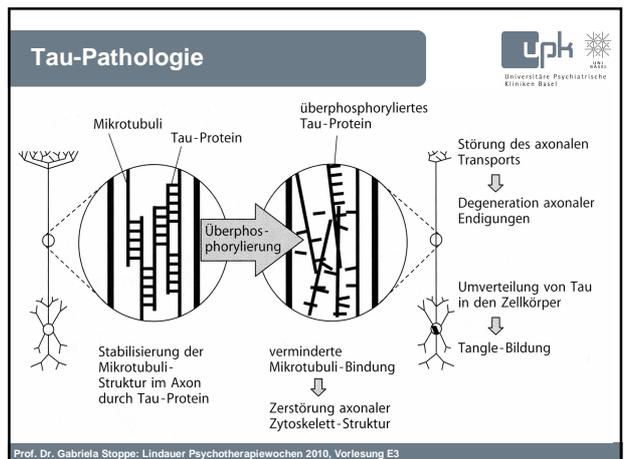
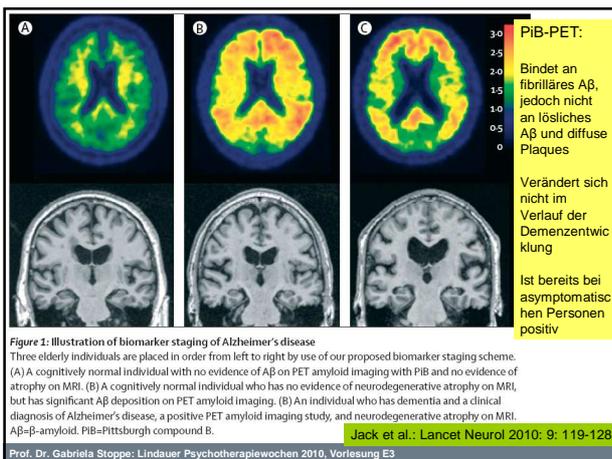
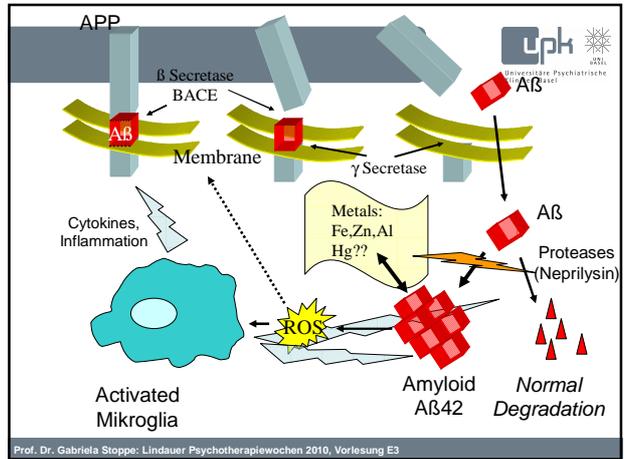
vaskuläre Faktoren:

- höheres Alter
- Stroke in Anamnese
- arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Rauchen
- hoher gesättigter Fettanteil in der Nahrung
- Niedrige Spiegel von Antioxidantien: Vitamin E, Lykopin
- Störungen von Gerinnung oder Blutviskosität
- Erhöhtes Fibrinogen
- Herzerkrankungen
- familiäre Belastung

nicht-vaskuläre Faktoren:

- psychosozialer Stress in frühen Lebensabschnitten
- geringe Bildung
- Arbeiter
- hoher Alkoholkonsum
- Belastung mit Pestiziden, Herbiziden, Lösungsmitteln
- Persönlichkeitsvariablen (Stress-empfindlich...)
- APOE-4-positiv

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3



Liquor: Tau



- **Tau ist erhöht bei erheblichen oder rasch einsetzenden/fortschreitenden neuronalen Schädigungen, z.B.**
 - Schlaganfall
 - Creutzfeld-Jakob-Krankheit
 - Schädel-Hirn-Traumen
- **Tau ist nicht bzw. kaum erhöht bei quantitativ geringer und langsamer neuronaler Schädigung, z.B.**
 - Alkoholdemenz
 - Parkinson Krankheit
 - progressive supranukleäre Paralyse
 - corticobasale Degeneration.

- inkonsistente Beziehung zur Demenzschwere
- Spezifität für die DAT: 65-86%
- Sensitivität für die DAT: 40-86%
- Bei DAT im Mittel etwa 3x höhere Werte als bei Kontrollen
- Unsicher: Erhöhung bei FTD, VaD, LBD

Übersicht: Blennow et al. 2001, Hampel et al. 2004

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

MRC CFAS: Neuropathologie



Jede vierte Kontrolle erfüllte die neuropathologischen Demenzkriterien!

Neurofibrillen und vaskuläre Läsionen erhöhten das Risiko für eine Demenz!

Lancet 2001; 357: 169-175

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Die Nun-Study



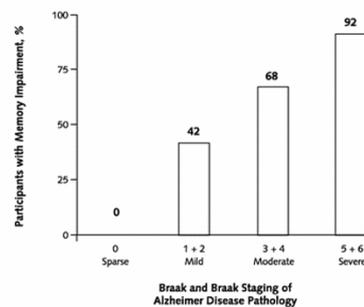
- Von 1991-1993 wurden alle Mitglieder der Schwestern von Notre Dame, die vor 1917 geboren waren in bestimmten Regionen der USA lebten eingeladen, an der Studie teilzunehmen.
- Von 1031 katholischen Schwestern über 75 J. nahmen 66% (N=678) teil.
- Kein Unterschied zwischen Teilnehmerinnen bezüglich Alter, Sterblichkeit, Geburtsregion, Rasse
- Jährliche Untersuchungen von Neuropsychologie, körperliche Untersuchung, Autopsie nach Tod

Snowdon et al.: JAMA 1996, 1997

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Nun-Study:

Viele der neuropathologischen Demenzen waren nicht dement!
Ann Intern Med 2003; 139: 450-454



Die Entwicklung einer Demenz hängt von der Alterung und der kompetitiven Mortalität ab.

Tyas et al. Am J Epidemiol 2006; 165: 1231-1238

The relationship between the Braak and Braak staging of the degree or spread of Alzheimer disease neurofibrillary pathology and the prevalence of impairments in short-term memory (delayed word recall) at the last examination before death.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Die Honolulu Aging Asia-Study



- 443 Autopsien bisher
- Fünf typische Läsionen wurden gefunden.
- Alleinige bzw. dominant vaskuläre Läsionen hatten 33.8%, und Alzheimer Läsionen 18.6%
- 87.9% hatten gemischte Ätiologien
- Die Entwicklung einer Demenz korrelierte am stärksten zur Menge an Läsionen

White: J Alzheimer Dis 2009; 18: 713-725

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Risikofaktoren der Alzheimer-Demenz



- Alter
- positive Familienanamnese
- genetische Faktoren:
 - Chromosomen 1, 12, 14, 19, 21
 - Apolipoprotein E-e4
 - Präsenilin-1,-2
 -
- Kopfumfang
- Schädel-Hirn-Traumen mit Bewußtlosigkeit
- Depressionen
- psychosoziale und motorische Inaktivität
- Bildung (< 6 Jahre)
- Rauchen
- Ernährung: cholesterinreich, Mangel an Antioxidantien

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Depression: Risikoerhöhung für Demenzen



- Bis vor kurzem wurden nur Depressionen mit spätem Beginn und gleichzeitig vorhandenen kognitiven Beeinträchtigungen als Risikofaktoren bzw. Prädiktoren einer Demenz angesehen
- Eine neue Metaanalyse* ermittelt eine generelle Risikoerhöhung:
 - OR 2.03 (CI 1.73-2.38) für Fallkontrollstudien
 - OR 1.90 (CI 1.55-2.33) für Kohortenstudien
- Das Zeitintervall zwischen der Diagnose einer Depression und einer Demenz korrelierte positiv mit dem Risiko für eine AD

*Ownby RL, et al: Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 530-538

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Körperliche und geistige Aktivität:



- Bildung verringert das Demenzrisiko, ist aber auch mit rascherem Fortschreiten assoziiert (dosisabhängig) (Stern 2006)
- Hobbies bzw. Freizeitaktivitäten tragen zu einer erhöhten Reservekapazität bei und verzögern den Demenzbeginn
- ein „reiches“ soziales Netz trägt zu einem geringeren Demenzrisiko bei
- geistige, körperliche und psychosoziale Komponenten verringern in vergleichbarer Weise das Demenzrisiko (RR 0,6-0,7) und Kombinationen können sogar das Risiko halbieren (Karp et al. 2006)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

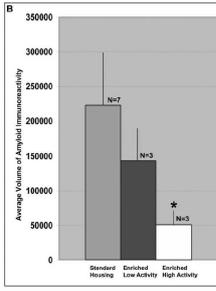
Aktivität und Stimulation im Tierversuch



Environmental Enrichment Reduces A-beta Levels and Amyloid Deposition in Transgenic Mice
Lazarov O, Robinson J, et al.: Cell 2005; 120: 701-713

Cohort of newly weaned, male APP^{swE} X PSI E9 mice were exposed to an enriched environment for 5 months

Enrichment	Enriched High activity	Enriched Low activity
% time running	44.3-62.4	<10.9
% time climbing	<0.5	<1
% time resting	<0.1	3.8-33.6



Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Alkohol



- Meta-Analyse: Aus 38'611 Abstracts konnten 25 prospektive Kohortenstudien (bis 8 Jahre) identifiziert werden, von denen 15 die Kriterien für die Metaanalyse erfüllten (z.B. Kontrolle für Kofaktoren wie Rauchen)
- Leichtes-mässiges Trinken wurde mit 1-28 Standarddrinks/Woche definiert (für M und F!!)
- Schweres Trinken war nicht mit einem signifikant erhöhten Risiko verbunden, cave: Lebensstilmuster und hohes Lebensalter der StudienpatientInnen

Anstey K, et al.: Am J Geriatr Psychiatry 2009; 17: 542-555

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Alkohol



- 8 Studien untersuchten das relative Risiko für verschiedene Demenzen (RR):
 - 0.72 für AD (N=14'646)
 - 0.75 für VaD (N=10'225)
 - 0.74 für alle Demenzen (N=11'875)
- 3 Studien untersuchten zusätzlich getrennt nach Geschlecht (M/F):
 - 0.58 / 0.83 für AD
 - 0.49 / 0.57 für VaD
 - 0.55 / 0.73 für alle Demenzen

Anstey K, et al.: Am J Geriatr Psychiatry 2009; 17: 542-555

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Rauchen



- Zunächst wurde ein Schutzeffekt vermutet. Rauchen war jedoch in ersten Studien nur bei Männern mit familiärer Belastung mit einem geringerem Demenzrisiko verbunden.
- Neuere Studien zeigen jedoch eine Risikoerhöhung auf das Doppelte, abhängig davon, wie viel und wie lange geraucht wurde (pack years)

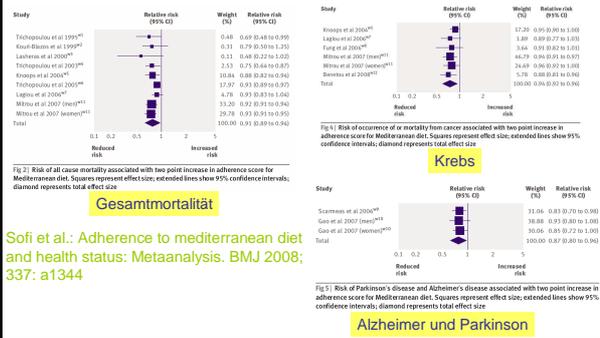
Almeida et al. 2002

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Medikamente

- Als potentiell schützend wurden die folgenden Medikamente diskutiert, jedoch sind die bisherigen Studien negativ:
 - Östrogene
 - Nichtsteroidale Antiphlogistika incl. Aspirin
 - Statine

Ernährung: mediterrane Diät



Empfehlungen

- Die Bereitstellung von Bildung und geistiger Beschäftigung, vor allem auch psychomotorischer Aktivierung über die Lebensspanne hinweg.
- Die Beeinflussung der vaskulären Risikofaktoren: Normalisierung des Bluthochdrucks, der Blutfette, Einstellung des Rauchens, körperliche Aktivität.
- Konsum von reichlich Früchten und Gemüse (5xtäglich), sowie regelmässig Fisch.
- Vermeidung einer Ernährung reich an Cholesterin und gesättigten Fetten.
- Vermeidung von Alkohol in grösseren Mengen.

aus: Stoppe: Demenz UTB, 2007

s. auch: Fratiglioni & Qiu: Exp Gerontol 2009; 44: 46-50

Empfehlungen: Prävention vaskulärer Ereignisse

- Reduktion des Kochsalzkonsums auf unter 10g täglich.
- Blutdrucksenkung
- Gabe von Statinen zur Behandlung der Hypercholesterinämie
- Antikoagulation bei Vorhofflimmern

aus: Stoppe: Demenz UTB, 2007

Behandlung und Prävention von Risikofaktoren schützt nicht nur vor Demenz!

Risikofaktor für	Hirninfrakt	Demenz
Hypertonie	+	+
Rauchen	+	(+)
Übergewicht	+	+
Obstruktive Schlafapnoe	+	+
Diabetes mellitus	+	+
APOE-Epsilon-4-Allel	(+)	+
Hyperlipid-/Cholesterinämie	+	+
Vorhofflimmern	+	+
Offenes Foramen ovale	+	0
Herzinfarkt	+	+
Herzinsuffizienz	+	+
Thrombophilie	+	+
Hyperhomöozysteinämie	+	+
Moderater Alkoholkonsum	(-)	(-)

+ eindeutige Evidenz;
 (+) möglicher Zusammenhang;
 (-) Hinweis auf Risikominderung;
 0 keine Daten

modifiziert nach
 Knecht S, Berger K. Einfluss vaskulärer Faktoren auf die Entwicklung einer Demenz. Dtsch Arztebl 2004; 101: A2185-2189.

UPK
 Universität Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Zusammenfassung:

- Neuropathologisch spielen verschiedene Läsionen zusammen.
- Das Alter, die Bildung und der APOE-Genotyp sind die wesentlichen Risikofaktoren.
- Aβ ist evtl. sehr früh vorhanden, auch Neurofibrillen.
- Die hohen Tau-Spiegel sind noch nicht verstanden.
- Am stärksten zur Demenzschwere korreliert das FDG-PET, am wenigsten die Aβ-Pathologie.
- Die verringerte synaptische Dichte das wesentliche Demenzkorrelat.

UPK
 Universität Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Demenz klinisch

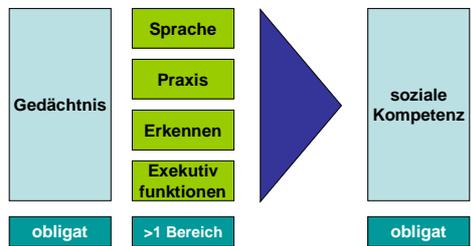


- Definiton Demenz
- Differentialdiagnose
- Formen
- Symptome
- Verlauf

UPK
 Universität Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Demenz nach DSM-IV



Gedächtnis (obligat) + >1 Bereich (Sprache, Praxis, Erkennen, Exekutivfunktionen) → soziale Kompetenz (obligat)

UPK
 Universität Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

„Pseudo“-Demenz

Gründe für die Ablehnung des Konstruktes:

- Sofern Demenzkrankheiten durch Behandlung reversibel würden, wären auch sie „Pseudo-Demenzen“.
- Depressive Symptome bei Demenz müßten analog als „Pseudo-Depression“ bezeichnet werden.
- Assoziation von „Pseudo“ mit „unecht“
- kognitive Störungen z.B. bei Depression sind durchaus nicht immer reversibel.

- Nosologisch versus symptomatisch-psychopathologische Verwendung des Demenzbegriffes
- Trennung von „rein biologischen“ versus „rein funktionellen“ Demenzsyndromen
 - z.B. bei Hysterien (Ganser-Syndrom)
 - z.B. bei Depressionen oder Schizophrenien
- Irreversibilität ist kein Kriterium für eine Demenz mehr.

UPK
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Psychologische Veränderungen im Alter

- Abnahme von
 - Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit
 - Kapazität des Arbeits- und Kurzzeitgedächtnisses
 - Flexibilität
- Zunahme von
 - Wissen
 - Zufriedenheit
 - Stabilität der Affektregulation (weniger Emotionen mit hohem Arousal)
- Hohe interindividuelle Variabilität (Längsschnitt wichtig!)
- Normalerweise stellen die Veränderungen auch für die Betroffenen keine Belastung dar
- Hinweise auf „Beschleunigung“ sind abklärungsbedürftig.

UPK
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Dementielle Syndrome: Basis-Diagnostik

- Anamnese und Fremdanamnese(!):
 - Was waren/sind die ersten Symptome?
 - Wann begannen die Beschwerden?
 - Wie ist/war der Verlauf?
 - Weist die Vorgeschichte Auffälligkeiten auf?
 - Gibt es familiäre Belastungen?
- internistische / neurologische Untersuchung
 - Seh-, Hörstörung?
 - Depression?
 - medikamenten-induzierte Störung?
 - Skalen: MMSE o.a. Kurztests, Uhrenzeichentest, GDS
 - EKG, RR
 - Labor: SMA+TSH+B12+TPHA
 - CT / MRT: s. Kriterien

UPK
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

DD zur Depression

- Eine depressive Störung kann Merkmale einer frühen Demenz zeigen, besonders Gedächtnisstörung, Verlangsamung des Denkens und Mangel an Spontaneität
- Eine Depression und eine Demenz können oft zusammen auftreten!
- Im Zweifel sollte immer (auch) die Depression behandelt werden!
- Gegen eine Depression als **einzig** Ursache der Beschwerden sprechen:
 - Sprachstörungen (Wortfindung, verbale Flüssigkeit)
 - Apraxie
 - Desorientiertheit
 - Konfabulationen
 - Versuch, eine intakte Fassade zu erhalten
 - biologische Hinweise auf eine Demenz (CT, Liquor, EEG....)

UPK
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Symptome der Depression bei Demenz:
Beziehung zur Demenz oder Depression

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

- **Eher demenz-assoziiert** (d.h. häufiger und Zunahme mit Krankheitsprogression):
 - psychomotorische Hemmung
 - reduzierte Schwingungsfähigkeit
 - Agitation
 - sozialer Rückzug
 - Interesseverlust
 - Konzentrationsstörungen
 - Tagesmüdigkeit
- **Eher depression-assoziiert:**
 - Hoffnungslosigkeit
 - Hilflosigkeit
 - Verzweiflung
 - Traurigkeit
 - verringertes Selbstwertgefühl
 - Suizidgedanken
 - Schuldgefühle

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Wie häufig sind reversible Demenzen?

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

- Der Anteil potentiell reversibler Demenzen liegt bei 15,2%.
- Der überwiegende Teil (9,3 % nach konservativer Schätzung) war jedoch partiell reversibel.
- Nur 1,5% remittierten vollständig.

(Clarfield 2003)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Delirfördernde Pharmaka
(nach Turnheim 1998, Burkhardt et al. 2007)

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

Arzneistoff-klasse	Abschätzung des Risikos
Analgetika	Hohes Risiko bei Opiaten, mittleres Risiko bei NSAR (> Indometacin), niedriges Risiko bei Paracetamol
Anticholinergika: Atropin, Scopolamin	Sehr hohes Risiko, insbesondere bei Patienten mit Demenz
Antidepressiva	Hohes Risiko für TZA, insbesondere für Amitriptylin
Benzodiazepine	Mittleres Risiko für alle Benzodiazepine
Digitalisglykoside	Mittleres Risiko, auch bei therapeutischem Serumspiegel
H₂-Blocker	Mittleres Risiko, insbesondere bei Cimetidin
Kortikosteroide	Niedriges Risiko, cave bei hoher Dosierung
Lithium	Bei Hochbetagten trotz therapeutischer Serumspiegel
Neuroleptika	Hohes Risiko bei Phenothiazinen (z.B. Thioridazin, Perazin, Perphenazin, Fluphenazin), wahrscheinlich niedriges Risiko unter atypischen Neuroleptika

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

KRITERIEN FÜR EINE DEMENZ VOM ALZHEIMER TYP
NACH DSM-IV UND ICD-10 (GEKÜRZT):

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

- Vorliegen einer Demenz
- **schleichender Beginn mit progredienter Verschlechterung**
- Die kognitiven Einbußen können nicht zurückgeführt werden auf:
 - andere Erkrankungen des Zentralnervensystems, die fortschreitende Defizite in Gedächtnis und Kognition verursachen (z.B. zerebrovaskuläre Erkrankungen, subdurale Hämatome, Hirntumoren, Normaldruckhydrozephalus)
 - systemische Erkrankungen, die eine Demenz verursachen können (z. B. Hypothyreose, Neuroloues, HIV-Infektion)
 - substanzinduzierte Erkrankungen
- bei Erkrankungsbeginn:
 - vor dem 65. Lebensjahr: präseniler Beginn
 - nach dem 65. Lebensjahr: seniler Beginn

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Probable AD: A plus one or more supportive features B, C, D, or E

Core diagnostic criteria

A. Presence of an early and significant episodic memory impairment that includes the following features:

1. Gradual and progressive change in memory function reported by patients or informants over more than 6 months
2. Objective evidence of significantly impaired episodic memory on testing; this generally consists of recall deficit that does not improve significantly or does not normalise with cueing or recognition testing and after effective encoding of information has been previously controlled
3. The episodic memory impairment can be isolated or associated with other cognitive changes at the onset of AD or as AD advances

Supportive features

B. Presence of medial temporal lobe atrophy

- Volume loss of hippocampi, entorhinal cortex, amygdala evidenced on MRI with qualitative ratings using visual scoring (referred to well characterised population with age norms) or quantitative volumetry of regions of interest (referred to well characterised population with age norms)

C. Abnormal cerebrospinal fluid biomarker

- Low amyloid β_{1-42} concentrations, increased total tau concentrations, or increased phospho-tau concentrations, or combinations of the three
- Other well validated markers to be discovered in the future

D. Specific pattern on functional neuroimaging with PET

- Reduced glucose metabolism in bilateral temporal parietal regions
- Other well validated ligands, including those that foreseeably will emerge such as Pittsburgh compound B or FDDNP

E. Proven AD autosomal dominant mutation within the immediate family

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3


Die Zukunft?:
Positions-Papier zur Revision der NINCDS-ADRDA Kriterien
Dubois B et al.: Lancet Neurology 2007; 6: 667-9

Exclusion criteria

History

- Sudden onset
- Early occurrence of the following symptoms: gait disturbances, seizures, behavioural changes

Clinical features

- Focal neurological features including hemiparesis, sensory loss, visual field deficits
- Early extrapyramidal signs

Other medical disorders severe enough to account for memory and related symptoms

- Non-AD dementia
- Major depression
- Cerebrovascular disease
- Toxic and metabolic abnormalities, all of which may require specific investigations
- MRI FLAIR or T2 signal abnormalities in the medial temporal lobe that are consistent with infectious or vascular insults

Criteria for definite AD

AD is considered definite if the following are present:

- Both clinical and histopathological (brain biopsy or autopsy) evidence of the disease, as required by the NIA-Reagan criteria for the post-mortem diagnosis of AD; criteria must both be present¹⁹
- Both clinical and genetic evidence (mutation on chromosome 1, 14, or 21) of AD; criteria must both be present

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3


Die Zukunft?:
Positions-Papier zur Revision der NINCDS-ADRDA Kriterien
Dubois B et al.: Lancet Neurology 2007; 6: 667-9

CERAD-NP

Tab. 1 Beschreibung der Subtests der CERAD-NP-Testbatterie

Subtest	Kognitiver Bereich	Aufgabe des Probanden
1. Verbale Flüssigkeit, Kategorie „Tiere“ [12]	Verbale Produktionsfähigkeit, Exekutive Funktionen, Kognitive Flexibilität, Semantisches Gedächtnis	Aufzählung von so vielen verschiedenen Tieren wie möglich innerhalb einer Minute Maximale Punktzahl: unbegrenzt
2. Modifizierter Boston Naming Test [13]	Wortfindung und -benennung, Visuelle Wahrnehmung	Richtige Benennung von 15 Strichzeichnungen Maximale Punktzahl: 15
3. Mini-Mental-Status-Test [9]	Allgemeines kognitives Funktionsniveau (Screening)	Beantwortung bzw. Bearbeitung von 30 Fragen und Aufgaben aus verschiedenen kognitiven Bereichen (Orientierung, Gedächtnis, Sprache, konstruktive Praxis etc.) Maximale Punktzahl: 30
4. Wortliste Gedächtnis [2, 18]	Verbales Gedächtnis (unmittelbare Merks- und Lernfähigkeit von neuem, nicht assoziierten verbalen Informationen)	Lautes Vorlesen von 10 gedruckten Wörtern mit anschließender freier Reproduktion Drei Durchgänge mit den gleichen Wörtern, jedoch jeweils in unterschiedlicher Reihenfolge Maximale Punktzahl pro Durchgang 10, alle Durchgänge 30
5. Konstruktive Praxis [18]	Visuokonstruktive Fähigkeiten	Genaues Abzeichnen von vier Figuren mit steigender Komplexität (Kreis, Rhombus, zwei sich überschneidende Rechtecke, Würfel) Maximale Punktzahl: 11
6. Wortliste Abrufen	Verbales Gedächtnis (verzögerte Verbale Merkfähigkeit, freie Reproduktion)	Freie Reproduktion der in Aufgabe 4 gelenteten 10 Wörter Maximale Punktzahl: 10
7. Wortliste Wiedererkennen [17]	Verbales Gedächtnis (verzögerte Verbale Merkfähigkeit, Rekognition, Abruf- vs. Speicherdefizit)	Unterscheidung der 10 Wörter aus Aufgabe 4 von 10 Distraktoren Maximale Punktzahl: 20 (10 richtig wiedererkannte und 10 richtig zurückgewiesene Wörter)
8. Konstruktive Praxis Abrufen	Nonverbales Gedächtnis (verzögerte Verbale Merkfähigkeit, freie Reproduktion)	Zeichnen der zuvor abgezeichneten Figuren (Aufgabe 5) aus dem Gedächtnis Maximale Punktzahl: 11

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

CERAD-NP: Normierung im KND

Tab. 2 Soziodemographische Charakteristika der Normierungstabelle (N=391)

Charakteristika	Mittelwert (SD)	n	%
Alter (Jahre)	74,2 (5,6)	391	100,0
Altersgruppen (Jahre)			
75-80		1549	53,6
81-84		1068	36,9
85+		276	9,5
Geschlecht			
Weiblich		1938	67,6
Männlich		953	32,0
Bildungsgrad			
Niedrig		1815	62,8
Mittel		782	27,0
Hoch		294	10,2

CERAD-NP-Testbatterie: Alters-, geschlechts- und bildungs-spezifische Normen ausgewählter Subtests

Ergebnisse der German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe)

Alter > 75 Jahre
Unabhängigkeit Untersuchungsergebnisse
Deutsch nicht als Muttersprache
Einwirkung von anderen Einfluss auf die kognitive Performance*

LUCK T ET AL. FÜR DIE AGECoDe STUDY GROUP: Z. GERONTOL PSYCHOL 2009

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

MRT-Diagnostik

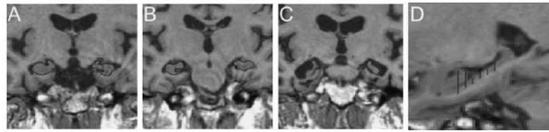


Fig 2. Hippocampal outlining, showing examples of hippocampal outlining in three cases in the coronal plane. (A) Non-atrophied hippocampus (first outlined area) in a 50-year-old woman with normal cognition (MMSE 28). (B) Mildly atrophied hippocampus (first outlined area) in a 75-year-old woman with MCI (MMSE 27). (C) Severely atrophied hippocampus (second outlined area) in a 84-year-old mildly demented woman with Alzheimer's disease (MMSE 21). (D) Sagittal aspect of the hippocampus. Levels of hippocampal area measurements 1-6 (anterior-posterior) are indicated from left to right. The first two measurements were placed in the hippocampal head, the following four in the hippocampal body. Panel D was taken from [50].

- Visuelle Einschätzungen nach Standardschema sind aufwendigen Volumetriem nicht unterlegen
- Die Hippocampusatrophie ist das früheste/sensitivste Zeichen für AD / MCI
- Cave: Untersuchungen im höheren Lebensalter

Wolf H et al.: Neurobiol Aging 2004; 25: 913-924
 Ewers et al.: Neurobiol Aging 2006; 27: 1051-1059
 Bresciani et al.: Aging Clin Exp Res 2005; 17: 8-13

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Liquorpunktion



- Bei Verdacht auf neoplastische oder entzündliche Ursache
- Deshalb immer bei untypischen Verläufen...
- Positivdiagnostik degenerativer Demenzen in der Routine wird noch untersucht.
- Nutzen-Risiko-Abwägung!

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Liquor-Proteine:



- A- β_{1-42} ist bei AD um ca. 50% reduziert.
- P-tau_{181P} ist bei AD mehrfach erhöht.
- Kombiniert haben beide Werte einen hohen prädiktiven Wert bei MCI
- A- β_{1-42} steht in Beziehung zum häufigsten ZNS-Peptid A- β_{x-42} bzw. A- β weshalb ein Quotient zu bevorzugen ist.

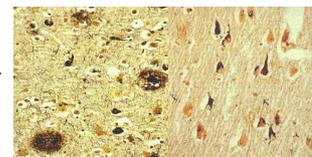
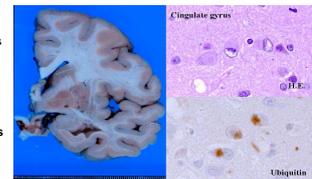
Lewczuk et al. 2007, Wiltfang et al. 2007

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Lewy-Körperchen – Neuropathologie



- Mit dem Aufkommen der Ubiquitin-Immunhistochemie 1989 waren kortikale LKs leicht zu finden.
- Weltweit wurden Hirnbanken auf Fälle von Demenz mit kortikalen LKs durchsucht.
- Anteil der Demenzkranken mit kortikalen LKs in Hirnbanken schwankte zwischen 3,7 und 26,3% der Fälle.
- Über 90% der Patienten mit kortikalen LKs hatten auch Alzheimer-Pathologie.
- Diese war aber geringer ausgeprägt als bei gleich dementen reinen Alzheimer-Patienten.



Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

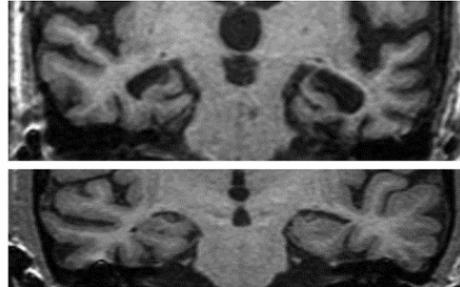
Diagnosekriterien der DLB



- Eingangskriterium:
 - Demenz
- Kernsymptome:
 - Fluktuation der Kognition
 - Parkinsonismus
 - Visuelle Halluzinationen
- „Suggestive Features“ (SF):
 - REM-Schlafstörung
 - Neuroleptikasensitivität
 - Pathologischer DAT-Scan

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

MRT: AD versus LBD



Coronal MRI of patients with Alzheimer's disease and DLB matched for clinical severity of dementia. Medial temporal lobe (particularly hippocampal) atrophy is less pronounced in DLB, consistent with autopsy findings.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Typische okzipitale Minderperfusion bei Lewy Body Demenz

Fig. 1. ^{99m}Tc-HMPAO SPECT with different abnormal perfusion patterns in DLB and AD. Transverse slices at the level of the basal ganglia. Reprinted with permission [24].

Fig. 2. FDG-PET image of a patient with DLB illustrates frontal and occipital hypoperfusion. (Image courtesy of G. Small, UCLA.)

12

14

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

frontotemporale Demenz

Klinisch und neuropathologisch heterogen

FTLD

Clinical syndromes	FTD	Progressive aphasia	Semantic dementia
Neuropathological topography	Prefrontal/anterior temporal	Left fronto-temporal	Temporal
Histological appearance	Microvacuolation of upper cortical layers		
Immunohistochemistry	DLH	FTLD-U	Tauopathy
		Pick's bodies Neurofibrillary tangles	

Figure 2: Relation between the different levels of description of frontotemporal lobar degeneration (FTLD)
DLH=dementia lacking distinctive histological features; FTD=frontotemporal dementia; FTLD-U=frontotemporal lobar degeneration, ubiquitinated type.

Neary D et al.: Lancet Neurol 2005; 4: 771-780

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Pick Krankheit: Neuropathologie

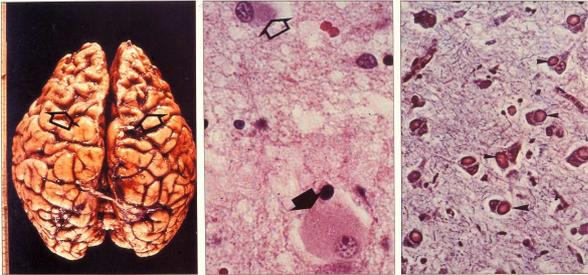


Abbildung 3. Pathologische Merkmale der Pick-Krankheit; a: Die Hirnatrophie ist auf die beiden Frontallappen beschränkt (Lobätratrophy); b: Pick-Zelle (schwarzer Pfeil) und Pick-Kugel (offener Pfeil) als histologische Kennzeichen (HE-Färbung); c: In der Bodian-Versilberung stellen sich die Pick-Kugeln deutlicher als in der HE-Färbung dar (Pfeilspitzen).

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

frontotemporale Demenz

- Männer und Frauen etwa gleich betroffen
- Mittlerer Krankheitsbeginn: 45-65 Jahre (21-85 Jahre)
- Krankheitsdauer: 6-8 Jahre (3 bei FTD-MND)
- Positive Familienanamnese bei 40-50%
- Typische Symptomatik: Verhaltensstörung
- Neuropsychologisch: exekutive Störungen, Veränderungen der Sprache
- Neurologisch meist unauffällig (ausser MND, Parkinsonismus)

Neary D et al.: Lancet Neurol 2005; 4: 771-780

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

FTD-Konsens: Kernsymptome

- **Schleichender Beginn und allmähliche Progression**
- **Frühe soziale Auffälligkeit**
- **Frühe Störung in der Selbstfürsorge**
- **Frühe emotionale Abflachung**
- **Früher Verlust an Einsicht**

Neary D et al.: Lancet Neurol 2005; 4: 771-780

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

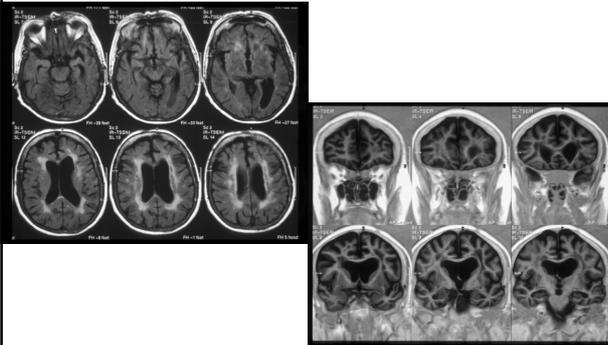
FTD-Konsens: unterstützende Befunde

- **Verhaltensstörungen:**
Nachlässigkeit, Rigidität, Ablenkbarkeit, Hyperoralität und Kohlehydratgier, Perseverationen, Stereotypien etc.
- **Sprechen und Sprache:**
Reduktion des Sprachflusses, Stereotypien, Echolalien, Perseverationen, Mutismus
- **Körperliche Zeichen:**
Primitivreflexe, Inkontinenz, Akinese-Rigor-Tremor, labiler oder niedriger RR
- **Instrumentelle Untersuchungen:**
 - Normales EEG trotz klinisch deutlicher Demenz
 - **Bildgebende Verfahren:** Prädominant frontale oder vordere temporale Abnormalität.
 - **Neuropsychologisch** deutliche Störung in sog. "Frontallappentests" bei in der Regel fehlender schwerer Amnesie, Aphasie oder visuospatialer Störung.

Neary D et al.: Lancet Neurol 2005; 4: 771-780

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Frontotemporale Degeneration

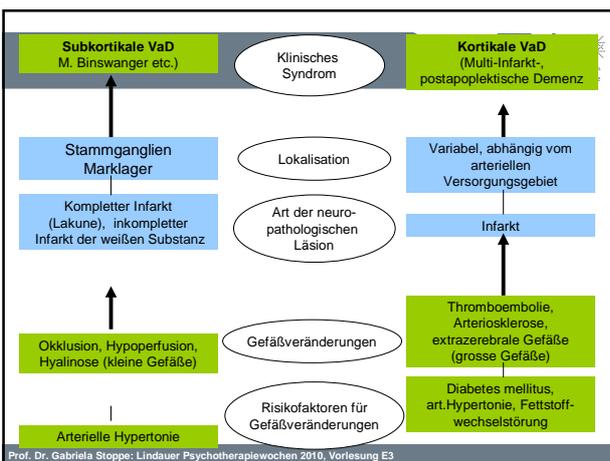


Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

KRITERIEN FÜR EINE VASKULÄRE DEMENZ NACH DSM-IV und ICD-10 (GEKÜRZT):

- Vorliegen einer Demenz
- typischerweise plötzlicher Beginn und schrittweise Verschlechterung mit fluktuierendem Verlauf
- neurologische Herdzeichen und -symptome (z. B. Paresen einer Extremität, positives Babinski-Zeichen, Gangstörung) oder
- Hinweise aus der Anamnese, dem körperlichen Befund und den technischen Zusatzuntersuchungen für eine *bedeutsame* zerebrovaskuläre Erkrankung, die als ursächlich für das Störungsbild eingeschätzt werden.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3



Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Bedeutung der Frühdiagnose von degenerativen Demenzen

- frühe (Differential-)Diagnostik anderer (besser) behandelbarer Störungen (z.B. Depressionen)
- Die Behandlung ist wirkungsvoller, je weniger fortgeschritten die Krankheit ist.
- Die Angehörigen können rechtzeitig über die Krankheit und ihre Folgen sowie über Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden.
- Erschließung von Möglichkeiten zur Prävention bzw. Frührehabilitation
- Erkenntnisse zur Pathophysiologie präklinischer Stadien
- Ethische Konsequenzen: einerseits größere Gefahr "falsch positiver", andererseits "unbedenklichere" Einwilligung in Maßnahmen

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Frühd Diagnose: spezifisch für jede Demenzform?

Position-Paper zur Revision der NINCDS-ADRDA Kriterien
Dubois B et al.: Lancet Neurology 2007; 6: 667-9

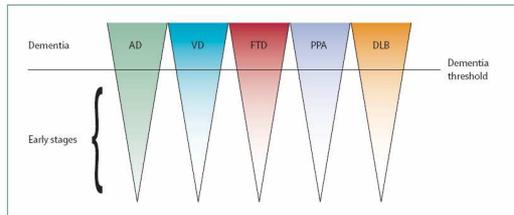
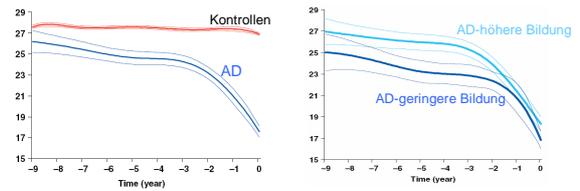


Figure: Alzheimer's disease starts and should be identified before the occurrence of full-blown dementia (as for other dementing conditions)
AD=Alzheimer's disease; VD=vascular dementia; FTD=frontotemporal dementia; PPA=primary progressive aphasia; DLB=dementia with Lewy bodies.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Neuropsychologische Veränderungen vor Demenzbeginn – 9-Jahres Verlauf

MMSE

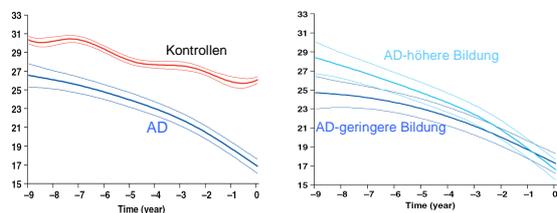


Paquid-Studie, N=215 AD und 1050 Kontrollen;
Amieva H et al.: Brain 2005

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Neuropsychologische Veränderungen vor Demenzbeginn – 9-Jahres Verlauf

Isaac Set Test (verbale Flüssigkeit in 4 semantischen Kategorien)



Paquid-Studie, N=215 AD und 1050 Kontrollen;
Amieva H et al.: Brain 2005

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Screening für Demenzen

Elemente

- (verzögertes) Erinnern
- Sprachliche Funktionen
 - Wortflüssigkeit
 - Benennungsaufgaben
- Leistungsgeschwindigkeit
- Arbeitsgedächtnis
- Visuokonstruktion

Etablierte Tests

- Mini-Mental-Status-Test (MMSE)
- Uhrentest
- DemTECT
- TFDD (Test zur Früherkennung von Demenzen und Abgrenzung zur Depression)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Visuokonstruktive Apraxie in Screeningtests:

UPK
UNIVERSITÄT PSYCHIATRISCHE
KLINIKEN BASEL

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Mild Cognitive Impairment (MCI) Kriterien

UPK
UNIVERSITÄT PSYCHIATRISCHE
KLINIKEN BASEL

Am besten etabliert:

Kriterien von Peterson et al. (1999):

- Vorhandensein einer subjektiven Gedächtnisstörung
- Keine Beeinträchtigung der allgemeinen intellektuellen Funktionen
- Objektivierung einer Gedächtnisstörung in neuropsychologischen Tests (im Allgemeinen >1.5 Standardabweichungen im Vergleich zu Kontrollen)
- Keine Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Ausschluss einer Demenz

Problem:

Der Einsatz in der Allgemeinbevölkerung/Allgemeinpraxis ergab eine schlechte Vorhersagekraft für eine Demenz (Ritchie et al. 2001, Busse et al. 2003).

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Mild Cognitive Impairment Kriterien-Revision (MCI-R)

UPK
UNIVERSITÄT PSYCHIATRISCHE
KLINIKEN BASEL

Überarbeitung auf der Basis eines Konsensus:

- Vorhandensein von Klagen über kognitive Beeinträchtigungen, entweder durch den Patienten selbst oder eine Bezugsperson
- Ausschluss einer Demenz
- Veränderung vom vorhergehenden Funktionsniveau
- Abnahme in einem beliebigen kognitiven Funktionsbereich
- Keine Beeinträchtigung des allgemeinen Funktionsniveaus, möglicherweise grössere Probleme dabei
- Die messbaren kognitiven Defizite in der Regel mehr als 1.5 Standardabweichungen unter den Normalwerten

(Winblad et al. 2004, Artero et al. 2006)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

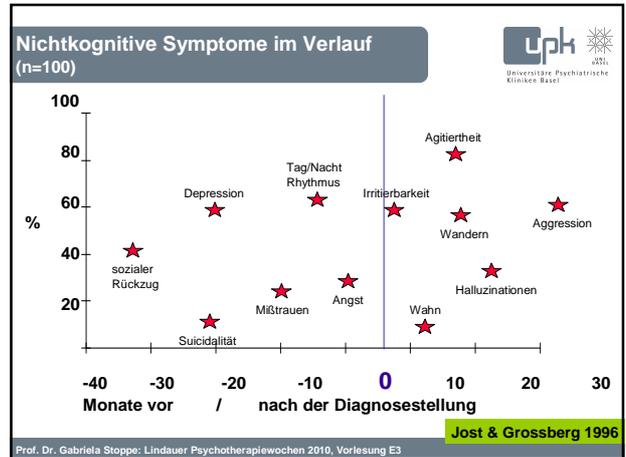
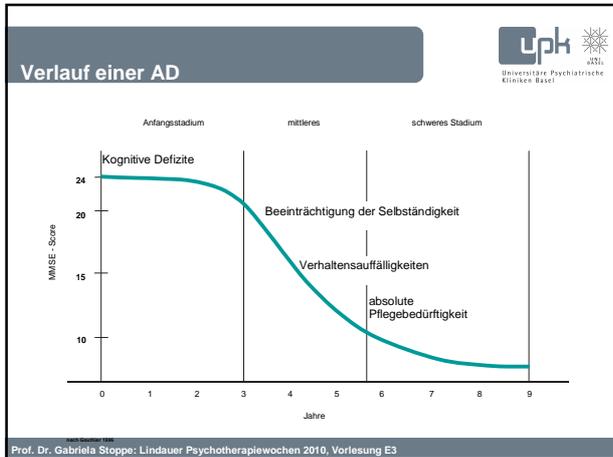
MCI-R: Konversion zur Demenz

UPK
UNIVERSITÄT PSYCHIATRISCHE
KLINIKEN BASEL

- Repräsentative Stichproben über 65J. aus drei französischen Städten (Montpellier, Bordeaux, Dijon) (3C-Study)
- Rekrutierung von 6892 = N Personen ohne Demenz
- Evaluation von kognitiven Funktionen, Demenzdiagnose sowie klinischen und weiteren Risikofaktoren zu Beginn, nach zwei und vier Jahren
- 42% hatten MCI-R zu Beginn (N = 2882)
 - 6.6% (N = 189) Konversion innerhalb von vier Jahren
 - 37% (N = 1067) Normalisierung
 - 56.5% (N = 1626) Befundstabilität
- Die Gruppen mit MCI und ohne unterschieden sich zu Beginn in vielen Variablen
- Das relative Risiko, nach vier Jahren eine Demenz zu erhalten, unterschied sich für Männer und Frauen signifikant

(Artero et al. 2008)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3



Überlebensrate bei Demenz

IRIC CFAS-Studie (UK); 1991 – 2005 N = 438 inzidente Demenzen

Variable	Frauen	Männer	Alle
Geschlecht	4.6 (2.9 – 7.0)	4.1 (2.5 – 7.6)	4.5 (2.8 – 7.0)
Mittleres Alter bei Beginn			
65 – 69 Jahre	7.5 (NA)	NA	10.7 (5.6 – NA)
70 – 79 Jahre	5.8 (3.6 – 8.3)	4.6 (3.0 – 8.6)	5.4 (3.4 – 8.3)
80 – 89 Jahre	4.4 (2.8 – 7.0)	4.7 (2.5 – 6.3)	4.3 (2.8 – 7.0)
über 90 Jahre	3.9 (2.4 – 5.2)	3.4 (1.5 – 5.5)	3.8 (2.3 – 5.2)
Bildung (Jahre)			
weniger als 9 Jahre	4.7 (3.1 – 7.3)	4.0 (2.8 – 7.0)	4.6 (2.9 – 7.0)
10 – 11 Jahre	4.5 (3.0 – 7.1)	3.3 (2.2 – 6.6)	4.0 (2.8 – 6.6)
≥12 Jahre	3.6 (2.0 – 6.7)	4.2 (1.9 – 8.6)	3.7 (2.0 – 6.7)

Xie, et al.: BMJ 2008

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

- ### Prädiktoren für einen raschen Verlauf
- Demographie:
 - Früher Krankheitsbeginn
 - Schlechter Allgemeinzustand
 - Hohe Bildung
 - Klinische Symptome:
 - Störung von Aufmerksamkeit und exekutiven Funktionen bei Beginn
 - Hinweise auf LBD oder subkortikale Störungen
 - Genetisch:
 - APOE-E4 positiv
- Gauthier et al.: Alzheimer's & Dementia 2006; 2: 210-217
- Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

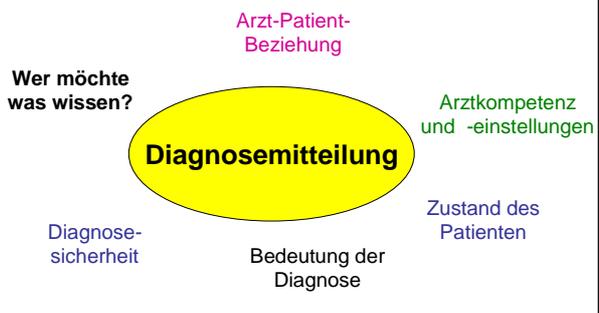
Ethisch-rechtliche Aspekte




- **Aufklärung**
- **Stigma**
- **Fahrtauglichkeit**
- **Patientenverfügung**
- **Urteils-, Geschäfts- und Testierfähigkeit**
- **Sterbehilfe**

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Wichtige Aspekte

Arzt-Patient-Beziehung

Wer möchte was wissen?

Arztkompetenz und -einstellungen

Diagnosemitteilung

Zustand des Patienten

Diagnose-sicherheit

Bedeutung der Diagnose

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Diagnose: Aufklärung



- Recht auf Aufklärung
- Recht auf Leugnung der Symptome
- >90% aller älterer Menschen wünschen sich für den Fall einer Demenzerkrankung die Vermittlung der Diagnose
- Angehörige und Ärzte wollen im Fall einer Demenz aufgeklärt werden, jedoch sehen sie dies anders bei Angehörigen und Patienten
- Krankheitseinsicht oft vermindert (mindestens 30%)
- Unterschiede zwischen Arztgruppen (z.B. Psychiater > GP im Opdal survey 2002)
- Hausärzte haben weniger Angst, die Angehörigen als die Patienten aufzuklären (Downs 1996, 2002)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Konsens:



Die Diagnose sollte mitgeteilt werden, ausser in folgenden Situationen

- Wenn die Demenz so schwer ist, dass der Patient sie nicht mehr verstehen kann.
- Wenn der Patient sie nicht wissen will, auch wenn ihm die Nachteile des Nicht-Wissens deutlich gemacht wurden.
- In der fundierten Einschätzung, dass die Diagnosemitteilung die Situation des Patienten verschlechtern würde.

Grundsätzlich sollte der Experte aufklären, der die Diagnose macht.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Gründe für die Frühdiagnose von degenerativen Demenzen



- frühe (Differential-)Diagnostik anderer (besser) behandelbarer Störungen (z.B. Depressionen)
- Die Behandlung ist wirkungsvoller, je weniger fortgeschritten die Krankheit ist.
- Die Angehörigen können rechtzeitig über die Krankheit und ihre Folgen sowie über Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden.
- Ethische Konsequenzen: einerseits größere Gefahr "falsch positiver", andererseits "unbedenklichere" Einwilligung in Maßnahmen
- Möglichkeiten zur Prävention bzw. Frührehabilitation

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Gründe gegen die Frühdiagnose von Demenzen: Patientenperspektive



Wenn ich Alzheimer hätte:

- würde ich nicht wünschen, dass meine Familie das weiß
- würde ich mich von Familie und Angehörigen schlecht behandelt fühlen
- würde ich nicht mehr ernst genommen werden
- würde ich mich schämen und zurückziehen
- hätte ich weniger Motivation, weiterzuleben
- würde mein Arzt mich und meine anderen Probleme vielleicht nicht mehr so ernst nehmen
- würde meine Krankenversicherung davon Kenntnis erhalten
- STIGMA

Wenn ich Alzheimer hätte:

- würde ich keine Gesundheitsversicherung mehr bekommen
- würde ich keine Lebensversicherung mehr bekommen
- würde ich meine Wohnung verlieren
- würde ich in ein Pflegeheim kommen
- würde ich meinen Führerausweis verlieren und andere „Privilegien“
- Befürchtungen zur Autonomie und Sicherheit

Boustani et al.: Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23: 812-820

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Empirische Untersuchungen zur haus- und fachärztlichen Kompetenz



Dementia
Open Access

Original Research Article
Dement Geriatr Cogn Disord 2007;21:207-214
DOI: 10.1159/000109283

Accepted Paper No. 106
Published online: February 2, 2007

Diagnosis of Dementia in Primary Care: A Representative Survey of Family Physicians and Neuropsychiatrists in Germany

Gabriela Stoppe^a, Sebastian Haak^b, Anita Knoblauch^c, Lienhard Maeck^d
^aUniversity Psychiatric Hospital, Basel, Switzerland; ^bMärklin-Oldenburg, Oldenburg, and ^cHebendorfer Landeskrankenhaus, Werdohl, Germany

Dementia
Open Access

Original Research Article
Dement Geriatr Cogn Disord 2014
DOI: 10.1159/000355508

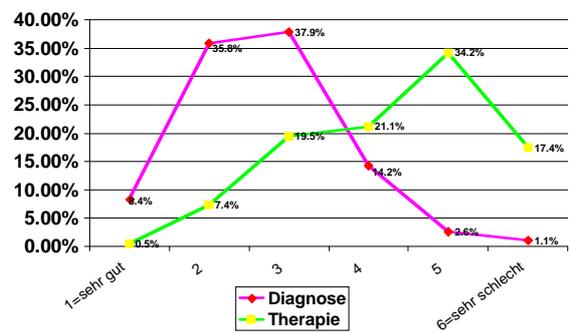
Accepted
Published

Dementia Diagnostics in Primary Care: A Representative 8-Year Follow-Up Study in Lower Saxony, Germany

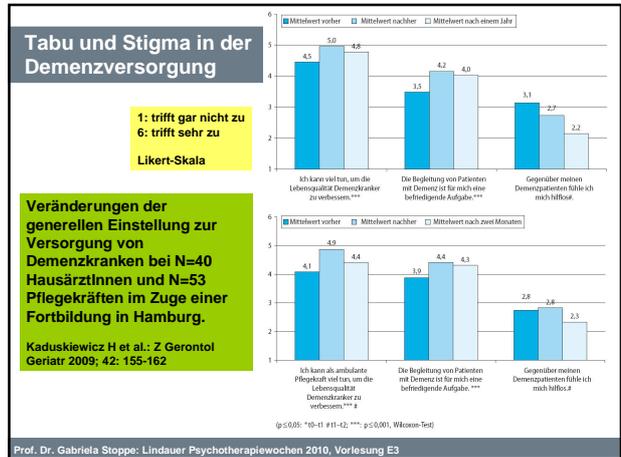
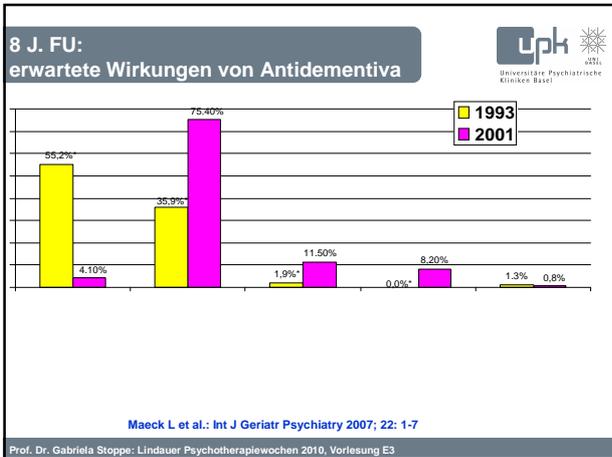
Lienhard Maeck^a, Sebastian Haak^b, Anita Knoblauch^c, Gabriela Stoppe^d
^aUniversity Psychiatric Hospital, Basel, Switzerland; ^bMärklin-Oldenburg, Oldenburg, and ^cHebendorfer Landeskrankenhaus, Werdohl, Germany

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

subjektive Kompetenz 2001: Diagnose versus Therapie



Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3



Fahrerlaubnis

Wenn ein Patient bei Demenzdiagnose um seinen Führerschein fürchten muss, wird er dann die Diagnose wollen?

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Fahreignung und Demenz

In einer Befragung von 134 Hausärzten im Rahmen des Kompetenznetzes Demenzen gaben 49% an, dass die Fahrtauglichkeit schon bei leichter Demenz nicht mehr gegeben sei.

Pentzek et al. 2005

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Verkehrsunfälle und Alter



- Im Verhältnis zu Jüngeren haben Ältere > 65 Jahre eine geringere Unfallhäufigkeit
- Bezogen auf die Fahrleistung pro Jahr ist das Unfallrisiko für Ältere > 65 Jahre größer als in Gruppen mittleren Alters 35-65 Jahre
- Der Anteil Ältere > 65 Jahre als Hauptversacher von Pkw-Unfällen stieg von 5,4% (1991) auf 6,8% (1998) [Emsbach 1999]
- Aber: Alte Menschen sind häufiger auch Opfer im Strassenverkehr

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Verkehrsunfallsstatistik D: Getötete



im Alter von ... bis unter ... Jahren	2006	2007	2008	2009
unter 15	136	111	102	91
15 - 18	173	176	174	133
18 - 25	1 011	971	887	797
25 - 65	2 615	2 535	2 242	2 029
65 und mehr	1 154	1 153	1 066	1 104
Insgesamt²	5 091	4 949	4 477	4 154

je 1 Mill. Einwohner der jeweiligen Altersgruppe	2006	2007	2008	2009
unter 15	12	10	9	8
15 - 18	61	64	65	52
18 - 25	149	143	130	117
25 - 65	58	56	50	45
65 und mehr	72	70	65	66
Insgesamt²	62	60	54	51

- ¹ Einschließlich innerhalb von 30 Tagen Gestorbene.
² Einschließlich ohne Angabe des Alters.
³ Vorläufige Ergebnisse.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Verkehrsunfallsstatistik D: Verletzte



im Alter von ... bis unter ... Jahren	2006	2007	2008	2009 ²
unter 15	34 398	33 693	31 546	30 746
15 - 18	26 733	26 764	23 994	21 571
18 - 25	83 292	86 138	80 555	78 958
25 - 65	235 522	240 103	228 609	222 026
65 und mehr	41 728	43 917	43 461	43 530
Insgesamt¹	422 337	431 419	409 047	397 448

je 100 000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe	2006	2007	2008	2009
unter 15	298	297	280	276
15 - 18	937	975	893	848
18 - 25	1 226	1 265	1 183	1 155
25 - 65	522	534	509	496
65 und mehr	259	268	263	260
Insgesamt¹	513	524	498	485

- ¹ Einschließlich ohne Angabe des Alters.
² Vorläufige Ergebnisse.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Unfälle und Alter



- Unfallursachen im Alter >65 Jahre sind
 - Vorfahrtsfehler
 - Fehler beim Abbiegen insbesondere nach Links
 - Wenden
 - Rückwärtsfahren
 - Ein- und Ausfahren
 - Falsches Verhalten gegenüber Fußgängern

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Demenz und Autofahren: Evidenz



UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

- Die Fahrprobe ist der beste Test. Simulatoren sind bisher nicht gleichwertig.
- Das Risiko, den Fahrtstest nicht zu bestehen, steigt mit zunehmender Demenz. Dennoch bestehen ihn 41-85% der Personen mit CDR 0.5-1.0 (Kontrollen z.T. auch nur 78%)
- Der MMSE zeigt keine gute Korrelation zum Fahrtstest.
- Eine Vorgeschichte mit Verkehrsunfällen, sagt weitere Unfälle tendenziell besser voraus als die Demenzschwere.
- Das Angehörigenvotum ist wichtig, die Selbsteinschätzung nicht.
- Selbständige Reduktion des Fahrens ist ein Prädiktor für unsichereres Fahren. Das Umgekehrte gilt nicht.
- Aggressive oder impulsive Persönlichkeitseigenschaften erhöhen das Risiko.
- Es gibt keinen Hinweis auf positive Effekte von Trainings.

American Academy of Neurology, Neurology 2010; 74: 1316-1324

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Published Ahead of Print on April 12, 2010 as 10.1212/WNL.0b013e3181da3b0f

SPECIAL ARTICLE



Practice Parameter update: Evaluation and management of driving risk in dementia

Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology

D.J. Iverson, MD
G.S. Gronseth, MD
M.A. Reger, PhD
S. Claessens, PhD, MPH, OTR/L
R.M. Dubinsky, MD, MPH
M. Rizzo, MD

Address correspondence and reprint requests to American Academy of Neurology, 1000 Monroeville Avenue, St. Paul, MN 55116
gdukes@aan.com

ABSTRACT

Objective: To review the evidence regarding the usefulness of patient demographic characteristics, driving history, and cognitive testing in predicting driving capability among patients with dementia and to determine the efficacy of driving risk reduction strategies.

Methods: Systematic review of the literature using the American Academy of Neurology's evidence-based methods.

Recommendations: For patients with dementia, consider the following characteristics useful for identifying patients at increased risk for unsafe driving: the Clinical Dementia Rating scale (Level A), a caregiver's rating of a patient's driving ability as marginal or unsafe (Level B), a history of crashes or traffic citations (Level C), reduced driving mileage or self-reported situational avoidance (Level C), Mini-Mental State Examination scores of 24 or less (Level C), and aggressive or impulsive personality characteristics (Level C). Consider the following characteristics not useful for identifying patients at increased risk for unsafe driving: a patient's self-rating of safe driving ability (Level A) and lack of situational avoidance (Level C). There is insufficient evidence to support or refute the benefit of neuropsychological testing, after controlling for the presence and severity of dementia, or interventional strategies for drivers with dementia (Level U). *Neurology*® 2010;74:1316-1324

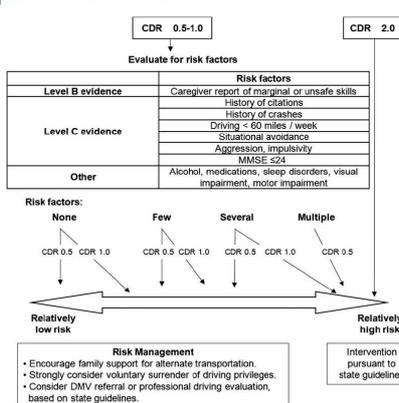
GLOSSARY

AAN = American Academy of Neurology; **AD** = Alzheimer disease; **CDR** = Clinical Dementia Rating; **CI** = confidence interval; **MMSE** = Mini-Mental State Examination; **OR** = odds ratio; **ORDT** = on-road driving test; **QSS** = Quality Standards Subcommittee; **RR** = relative risk.

American Academy of Neurology, Neurology 2010; 74: 1316-1324

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Figure Sample algorithm for evaluating driving competence and risk management in patients with dementia



Wichtig und neu:

Einbeziehung von Vorgeschichte, Persönlichkeit, Fremdanamnese

Geringere Relevanz neuropsychologischer Funktionen

American Academy of Neurology, April 2010

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Demenzschwere: Clinical Dementia Rating 0, 0.5, 1



UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

Bereich	0	0.5	1
Gedächtnis	kein Gedächtnis-Verlust oder leichte, nicht ständig auftretende Vergesslichkeit	beständige leichte Vergesslichkeit, teilweise Erinnerung an Ereignisse „gütartige“ Vergesslichkeit	mäßiger Gedächtnisverlust; ausgeprägter für kurz zurückliegende Ereignisse; Defizit beeinträchtigt Alltagsaktivitäten
Orientierung	vollständig orientiert	vollständig orientiert; nur leichte Zeitlisterstörung	mäßige Zeitlisterstörung; zum Ort der Untersuchung orientiert; kann andere Probleme mit der topographischen Orientierung haben
Urteilsvermögen und Problem-lösen	löst alltägliche Probleme und bewältigt geschäftliche und finanzielle Angelegenheiten gut; Urteilsvermögen verglichen mit früherer Leistungsfähigkeit gut	leicht beeinträchtigt beim Lösen von Problemen und beim Beurteilen von Ähnlichkeiten und Unterschieden	mäßige Schwierigkeiten bei der Lösung von Problemen und beim Beurteilen von Ähnlichkeiten und Unterschieden; soziale Urteilsfähigkeit normalerweise erhalten
Leben in der Gemein-schaft	normale Leistung und Selbständig-keit bei der Arbeit, beim Einkaufen, in ehrenamtlichen Tätigkeiten und bei sozialen Aktivitäten	leichte Beein-trächtigung dieser Aktivitäten	kann bei diesen Aktivitäten nicht selbständig etwas leisten, auch wenn diese zum Teil noch ausgeübt werden; erscheint bei häufiger Beobachtung normal
Haushalt und Hobbies	Das Leben zu Hause, Hobbies und intellektuelle Interessen sind gut erhalten	Das Leben zu Hause, Hobbies und intellektuelle Interessen sind ein wenig beeinträchtigt	leichte aber eindeutige Beein-trächtigung der Leistungsfähigkeit zu Hause; schwierige Aufgaben werden nicht mehr ausgef-ührt; komplizierte Hobbies und Interessen werden aufgegeben
Körperpflege	vollständig in der Lage, sich um sich selbst zu kümmern		muß aufgefordert werden

(Hughes et al., 1982)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit von Demenzkranken



- Stärkung von „Verbraucher“- und Patientenrechten
- Wandel von der patriarchalischen zur partizipativen Medizin
- Ansteigende Zahl von Demenzkranken
- Immer häufiger alleinstehende Demenzkranke

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Operationalisierung von Verhandlungsfähigkeit / Urteilsfähigkeit



- Fähigkeit zur autonomen prozessualen Interessenvertretung
- Fähigkeit,
 - Der Verhandlung folgen zu können
 - Sich sachgerecht einlassen zu können
 - Anträge stellen zu können und eigene Interessen zu vertreten
- Keine Störung von Bewußtsein, Erinnerung, Wahrnehmung, Denkfähigkeit, Einsichtsfähigkeit

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Einwilligungsfähigkeit bei Demenzkrankheiten



- Bisher in der Forschung einseitige Ausrichtung auf Kognition!
- Demenzsymptomatik ist heterogen (z.B. VaD, AD, FTD etc.)
- Krankheitseinsicht liegt in 20-30% der Fälle nicht vor
- Persönlichkeit spielt auch bei Demenz eine Rolle
- Grössere Gefahr der Manipulation von Aussen/Dritten

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Probleme in der Versorgung



- Demenzerkrankungen werden nicht ausreichend erkannt: Diagnoseraten von 12-33% bei leichter und von 34-73% bei fortgeschrittenen Demenzen (Stoppe et al. 2007, Waldemar et al. 2007)
- Es ist derzeit unklar, ob z.B. Patientenverfügungen in „jedem mentalen Zustand“ rechtsgültig verfasst werden können.
- Notare haben zwar die Verpflichtung, die Einwilligungs- und Urteilsfähigkeit zu prüfen, es besteht jedoch keine Vorgabe, wie das geschehen soll (Stoppe & Lichtenwimmer: D NotZ 2005; 11: 806-813)
- Die Aufmerksamkeit für Manipulationen von Aussen ist gering (Peisah C et al.: Int. Psychogeriatrics, im Druck)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Vorabverfügung / Patiententestament



- Kann die Verfügung ausreichend genau und damit bindend die zu regelnden Situationen beschreiben?
- In welchem Zustand werden die Verfügungen erstellt?
- Wie lange haben sie Gültigkeit (Erneuerungspflicht)?
- Juristisch besser: Bevollmächtigung

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Entscheidung für lebenserhaltende Maßnahmen



- **Einfluss kognitiver Beeinträchtigungen:**
 - Ambulante Patienten, die nicht mehr geschäftsfähig waren, entschieden sich signifikant häufiger für lebenserhaltende Maßnahmen als eine kognitiv intakte Kontrollgruppe (keine Beziehung zur prämorbidem Intelligenz) (n=50) (Fazel et al. 2000)
- **Einfluss des Alters:**
 - In allen Altersgruppen korrelierte eine größere Akzeptanz der Sterbehilfe mit dem Vorhandensein von bekannten Risikofaktoren für Suizidalität.
 - Ältere waren signifikant häufiger gegen eine Legalisierung von Sterbehilfe (Seidlitz et al. 1995 (n=802))

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Testierfähigkeit



Grössere Gefahr von unzulässiger Beeinflussung bei psychischen Störungen, aber auch bei (finanzieller) Abhängigkeit. Empfehlenswert deshalb die Überprüfung von :

- Unabhängigkeit der Testamentserstellung
- Potentieller Hilfe durch einen Begünstigten
- Beziehung zu den Begünstigten und Nicht-Begünstigten
- Bedingungen der Testamentserstellung

(Peisah et al. 2008)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Forschung bei Nicht-Einwilligungsfähigen: Bedingungen



- **Das Forschungsvorhaben sollte einen möglichst unmittelbaren Nutzen für die Betroffenen bringen können.**
- **Das Nutzen-Risiko-Verhältnis wird als angemessen eingeschätzt.**
- **Informationen zu früheren Einstellungen und Wünschen (vermuteter Wille) sollten eingeholt werden.**
- **Es findet sich kein Hinweis, dass der Betroffene nicht einwilligt.**
- **Die Einwilligung wird von einer mit der Studie nicht befassten unabhängigen Person eingeholt.**

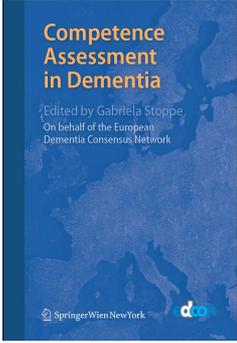
Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Patientenverfügungen, Testamente, Fahrtauglichkeit bei Demenz

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

Currently, competency evaluations are usually performed by individuals in isolation, who make judgements by intuitively applying broad criteria. The expert-judgement methodology has the potential of making thresholds for competence transparent and reliable. This would be an extremely useful contribution of empirical science to ethical practice...

Kim et al. 2002



Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Sterbehilfe bei Demenz

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

Ergebnisse & Kasuistik

A. Karger - M. Haupt - Gerontopsychiatrische Abteilung (Abteilungsrätin: Fr. Dr. C. Kretschmar), Rheinische Kliniken, Psychiatrische Klinik (Direktor: Prof. Dr. W. Gaebel) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Sterbehilfe bei Demenz

Ethische Überlegungen zwischen Paternalismus und Autonomie

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

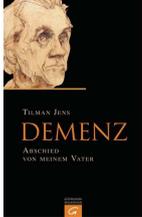
Ethische Probleme: Sterbehilfe bei Demenz

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel



SEINE FRAU INGE FAND IHREN MANN EINMAL INMITTEN VON BÜCHERN, DIE ER WAHLLOS AUS DEM REGAL GEZOGEN HÄTTE. IN EINEM HÄTTE ER ZU LESEN BEGONNEN, NUR HIELT ER ES, WIE SIE MIT SCHRECKEN BEMERKTE, VERKEHRT HERUM. BESUCHER ERKENNT ER NICHT MEHR, INZWISCHEN AUCH NICHT MEHR INGE JENS, MIT DER ER SEIT 57 JAHREN VERHEIRATET IST. "ER IST NICHT MEHR MEIN MANN", SÄGT SEINE FRAU. "ER IST IN EINER WELT, ZU DER ICH WENIG ODER GAR KEINEN ZUGANG HABE."

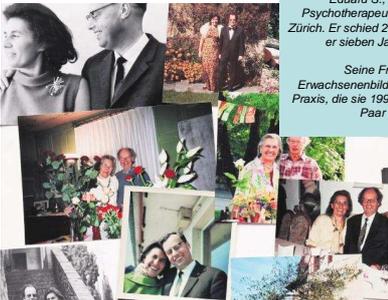
INGE JENS ÜBER WALTER JENS IM "STERN". (FOTO: AP)



Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

„Du hast es entschieden, und es ist gut so...“

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel



Eduard S., geboren 1928, war Pfarrer und Psychotherapeut. Er lebte mit seiner Frau im Kanton Zürich. Er schied 2005 mit Exit aus dem Leben, nachdem er sieben Jahre an Alzheimer gelitten hatte.

Seine Frau Ruth, geboren 1930, war Erwachsenenbildnerin und führte eine psychologische Praxis, die sie 1999 aufgab, als ihr Mann erkrankte. Das Paar war 49 Jahre verheiratet.

Seine Frau hat ein Buch darüber geschrieben. Es rührt an ein Thema, das bisher tabu war: Sterbehilfe bei Demenzkranken.

Tagesanzeiger, Basler Zeitung, Mai 2009

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Sterbehilfe / Suizid: Zunehmend akzeptierende Haltung gegenüber Sterbewunsch bei Demenz?



Artikel 8: Zeit-Fragen Nr.22 vom 7.6.2004

Demenz als Todesurteil auch in Deutschland?

Berlin. «Jetzt ist die Katastrophe da, vor der die Deutsche Hospiz-Stiftung immer gewart hat: der Freifahrtschein zum Totspritzen dementer Menschen in den Niederlanden», sagt Eugen Brysch, Geschäftsführender Vorstand der Deutschen Hospiz-Stiftung.

Die niederländische Staatsanwaltschaft schliesst erstmals nicht aus, dass Demenz als Grund für aktive Sterbehilfe akzeptiert wird. Voraussetzung für Euthanasie in den Niederlanden sind unerträgliches Leiden des Patienten und dass er eindeutig seinen Willen bekundet hat. «Wer will bestimmen, was unerträgliches Leiden ist? Wie verwirrt darf ein Patient denn höchstens sein, wenn er sagt, dass er getötet werden will? Dieser Fall beweist: Die Sorgfaltskriterien der Niederlande in bezug auf aktive Sterbehilfe sind eine Farce.»

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Schlußfolgerungen I:



- Jede Begutachtung der Urteilsfähigkeit sollte Auskunft über die Anknüpfungstatsachen, die verwendeten Tests und Methoden sowie deren Befunde geben.
- Es kann auf etablierte Suchtests (z.B. MMSE, GDS etc.), neuropsychologische Tests (z.B. TMT) und strukturierte Assessments zurückgegriffen werden.
- Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit muss die Komplexität des zu beurteilenden Sachverhalts einbeziehen.
- Die Messinstrumente müssen der zu beurteilenden (Teil)kompetenz angemessen sein.
- Körperliche Faktoren sind auch bei psychischen Störungen oft „relevanter“, z.B. Sehstörungen, beeinträchtigte Mobilität und Koordination

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Schlußfolgerungen II:



- Es fehlen empirische Daten z.B. zu:
 - Bedeutung des Angehörigen/Caregiver-Urteils
 - Verbesserung durch Therapie (Antidementiva z.B.)
 - Verschiedenen Demenzformen (FTD, DAT, LBD...)
 - Unfallverhütenden Wirkung von Gesundheitschecks (Nutzen versus Aufwand versus Kosten)
- Die Notare, die die Urteilsfähigkeit einschätzen sollen, könnten von in der Medizin/Psychologie entwickelten Methoden profitieren (z.B. Screening)
- Für die Beurteilung braucht es Kompetenz

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Behandlung und Versorgung



- Basistherapie
- Medikamente
- nicht-medikamentöse Strategien
- Versorgung ambulant
- Versorgung im Krankenhaus
- Versorgung im Pflegeheim

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Basis: Stabilisierung der Rhythmen

- Feste Zeiten bzw. Regelmässigkeit von
 - Schlaf
 - Bewegung
 - Toilettengang
 - Ernährung
- Ausreichende Lichtexposition

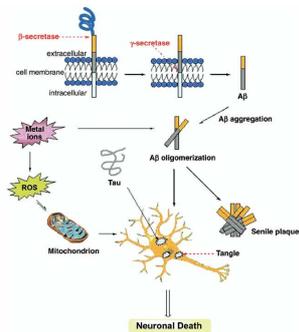
Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Medikamentöse Therapie

- Antidementiva
 - Wirksamkeitsparameter
 - Cholinesterasehemmer
 - Memantine, Ginkgo
- Andere Psychopharmaka

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Zukunft?: Wirkstoffe mit Fokus auf die Amyloidpathologie



- Sekretasehemmer
- Impfung
- Entzündungshemmer

FIG. 1. Schematic illustration of the amyloid pathway that has been recognized as fundamental in the pathogenesis of AD. Aβ = amyloid-β protein; ROS = reactive oxygen species; Tau = the tau protein.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Impfung: Sepsis angebracht

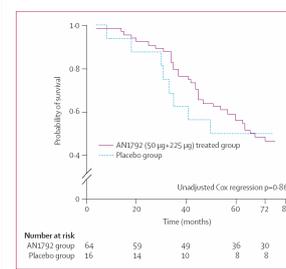


Figure 4: Kaplan-Meier estimates of survival time to death by treatment group

Holmes C et al.: Lancet 2008; 372: 216-223

Untersuchung von den ersten Patienten, die mit AN1792 (Elan Pharma) geimpft worden sind.

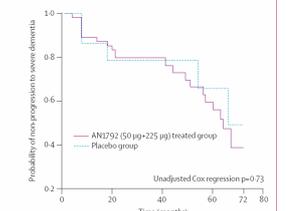


Figure 5: Kaplan-Meier estimates of time to severe dementia by treatment group

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Therapie vaskulärer Demenzen/Pathologie



Prävention ischämischer Ereignisse

- Behandlung der cerebrovaskulären Risikofaktoren
- Reduktion des Kochsalzkonsums auf unter 10g täglich
- Statine zur Behandlung der Hypercholesterinämie
- Antikoagulation bei Vorhofflimmern

(Knecht & Berger 2004, Wolf & Gertz 2004, Weih et al. 2004).

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Therapie vaskulärer Demenzen/Pathologie

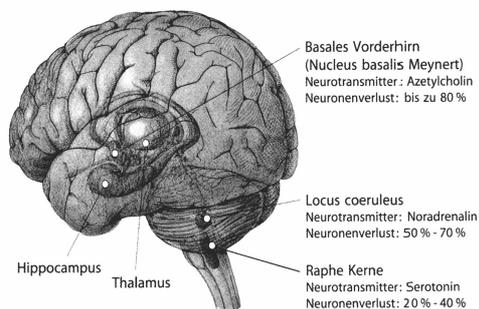


- ASS: 50 – 150mg/d
- Clopidogrel 75mg/d
- Dipyridamol (2 X 200mg/d)
kombiniert mit ASS (2X 25mg/d)

(Antidementiva)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Transmitterveränderungen bei Alzheimer Demenz



Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Cholinerge Neurone des basalen Vorderhirns



- **Lernen**
 - **Gedächtnis**
 - **Schlaf-Wach-Rhythmus**
 - **Vigilanz**
 - **Aufmerksamkeit**
- Am weitesten rostral gelegener Teil des *aufsteigenden aktivierenden retikulären Systems (ARAS)*
 - strukturelle Basis der neokortikalen Aktivierung

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Derzeitige Zulassungskriterien



Der **Wirksamkeitsnachweis eines Antidementivums** erfordert eine **Besserung der Symptomatik auf mind. 2 der folgenden Ebenen, wobei die Besserung der Kognition obligat ist:**

Kognition
(kognitive Ebene)

Aktivitäten des
täglichen Lebens
(funktionale Ebene)

Klinischer
Gesamteindruck
(globale Ebene)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

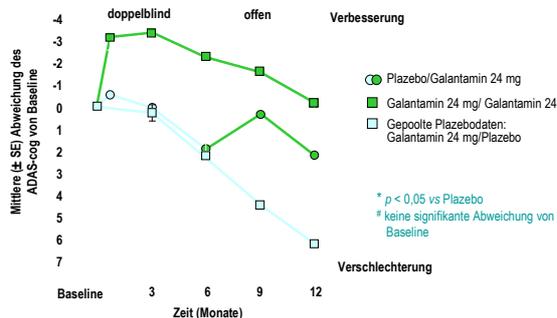
„relevante Zielgrößen“ des IQWiG



- Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Andere Symptome (Depression, Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen, Aggression....)
- Kognitive Störungen
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Institutionalisierung
- Mortalität
- Therapieassoziierte unerwünschte Ereignisse
- Angehörigenrelevanz
 - Lebensqualität der Angehörigen
 - Betreuungsaufwand

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Zulassungsstudien: z.B. Galanthamin



Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Cochrane Bewertung



CONCLUSIONS:

The three cholinesterase inhibitors are efficacious for mild to moderate Alzheimer's disease. It is not possible to identify those who will respond to treatment prior to treatment. There is no evidence that treatment with a ChEI is not cost effective. Despite the slight variations in the mode of action of the three cholinesterase inhibitors there is no evidence of any differences between them with respect to efficacy. There appears to be less adverse effects associated with donepezil compared with rivastigmine. It may be that galantamine and rivastigmine match donepezil in tolerability if a careful and gradual titration routine over more than three months is used. Titration with donepezil is more straightforward and the lower dose may be worth consideration.

Birks J: Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD005593.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Bewertung durch das IQWiG (2/2007):



Fazit

Die Cholinesterasemmer Donepezil, Galantamin und Rivastigmin haben bei Patienten mit einer Alzheimer Demenz leichten bis mittleren Schweregrades einen Nutzen bezüglich des Therapieziels der kognitiven Leistungsfähigkeit. Für Donepezil gilt dies über alle eingesetzten Dosen hinweg, für Galantamin und Rivastigmin nur bei mittleren und hohen Dosen.

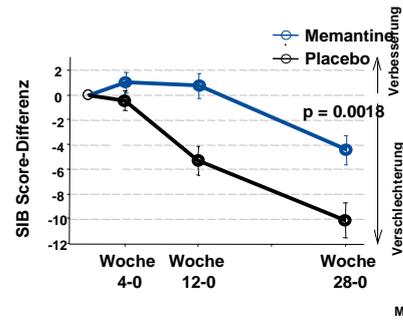
Weiterhin gibt es für alle drei Substanzen Hinweise auf einen Nutzen im Hinblick auf das Therapieziel der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die oben getroffenen Aussagen beziehen sich im Wesentlichen auf den den meisten Studien zugrunde liegenden Zeitraum von bis zu 6 Monaten. Für eine weitergehende Nutzen-Schaden-Abwägung wären direkte Vergleichsstudien zu anderen Behandlungsoptionen (andere Medikamente oder nichtmedikamentöse Behandlungsstrategien) wünschenswert.

Der Stellenwert der Cholinesterasemmer gegenüber anderen medikamentösen und nichtmedikamentösen Behandlungsoptionen ist mangels Daten unklar.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Verbesserung der Kognition durch Memantine



Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3. Reisinger et al., Neurobiol. Aging, 21(1S) 275, 2000

Memantin



CONCLUSIONS:

Memantine has a small beneficial effect at six months in moderate to severe AD. In patients with mild to moderate dementia, the small beneficial effect on cognition was not clinically detectable in those with vascular dementia and was detectable in those with AD. Memantine is well tolerated.

McShane R et al.: Cochrane Database Syst Rev. 2006 Apr 19(2):CD003154.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Memantin: IQWiG



Fazit

Es gibt keinen Beleg für einen Nutzen der Memantin-Therapie bei Patienten mit Alzheimer Demenz. Dies gilt für Patienten mit mittelschwerer und schwerer Alzheimer Demenz gleichermaßen. Auch für die Behandlung als Monotherapie sowie in Kombination mit anderen Antidementiva gibt es jeweils keinen Beleg für einen Nutzen.

In den Bereichen Aktivitäten des täglichen Lebens und kognitive Leistungsfähigkeit zeigten sich zwar Effekte der Memantin-Therapie. Aufgrund der geringen Ausprägung dieser Effekte ist deren Relevanz jedoch fraglich, sodass sich ein Nutzen der Memantinbehandlung daraus nicht ableiten ließ.

Die Daten zu unerwünschten Ereignissen einer Memantin-Therapie ergaben keinen Beleg für ein im Vergleich zu Placebo erhöhtes Schadenpotenzial.

Alle Aussagen beschränken sich auf einen Behandlungszeitraum von bis zu 6 Monaten. Langzeitstudien zu Memantin fehlen.

Studien zum direkten Vergleich von Memantin mit anderen medikamentösen und nichtmedikamentösen Behandlungsoptionen liegen nicht vor.

IQWiG Bericht 2009/59 vom 08.07.2009

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Ginkgo biloba

Birks J, Grimley Evans J: Cochrane Database Syst Rev. 2007 Apr 18(2):CD003120



CONCLUSIONS:

Ginkgo biloba appears to be safe in use with no excess side effects compared with placebo. Many of the early trials used unsatisfactory methods, were small, and we cannot exclude publication bias. The evidence that Ginkgo has predictable and clinically significant benefit for people with dementia or cognitive impairment is inconsistent and unconvincing.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Behandlung bei MCI?



- Bisher wurden Studien mit Donepezil, Donepezil + Vitamin E, Rivastigmin, Galantamine, Rofecoxib, Piracetam durchgeführt
- Keine konnte bisher einen Wirksamkeitsnachweis bringen
- Aber:
 - Alle schlossen MCI-Patienten vom amnestischen Subtyp ein
 - Hohe Drop-out Raten (bis zu 40% in 24 Monaten)
 - Geringere Konversionsraten als vorher angenommen
 - APOE status war relevant
 - Grössere Mortalität in der Galantamin-Studie (OR: 3.05), jedoch nicht bei den anderen CHEI
- **Schlussfolgerung:** Das Studiendesign muss weiterentwickelt werden speziell im Hinblick auf den Einbezug biologischer Marker und die Wahl der Wirksamkeitsparameter

(Jelic, Kivipelto & Winblad: J Neurol Neurosurg Psychiatry 2006; 77: 429-438)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Antidementiva Behandlungsgrundsätze (1)



- individuell so hoch wie möglich dosieren (gilt vor allem für Rivastigmin und Galantamin)
- Im Einzelfall kann auch schon bei niedrigerer Dosis Erfolg verzeichnet werden.
- Die Einschätzung der Wirksamkeit sollte frühestens nach drei und spätestens nach 6 Monaten erfolgen.
- Zur Dokumentation empfiehlt es sich, analog zu den von den Zulassungsbehörden als relevant betrachteten Beobachtungsebenen zu dokumentieren:
 - Veränderung der Kognition, z.B. mit dem bereits initial eingesetzten Test
 - Veränderungen der Aktivitäten des täglichen Lebens
 - Klinisches Gesamturteil (evtl. erweitert um die Einschätzung von Angehörigen, BetreuerInnen und PatientInnen)
- Kriterien für eine Response sind noch nicht im Konsens festgelegt worden. Empfehlenswert ist auch ein Vergleich der Progressionsgeschwindigkeit der Demenzsymptome vor und unter der Therapie.

aus Stoppe: Demenz, UTB, 2006

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

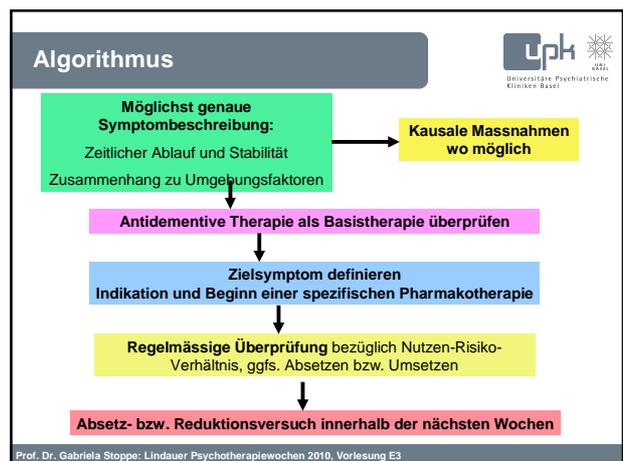
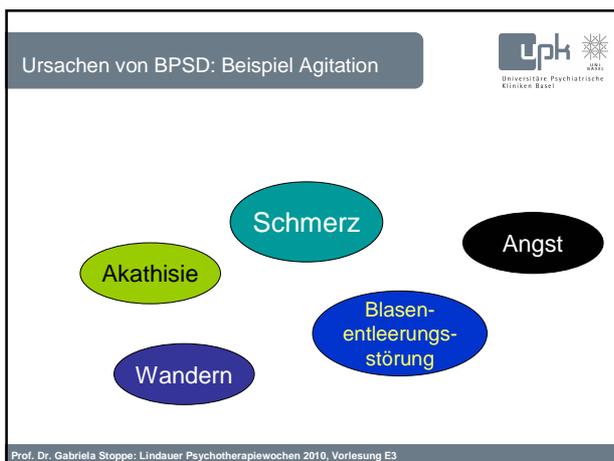
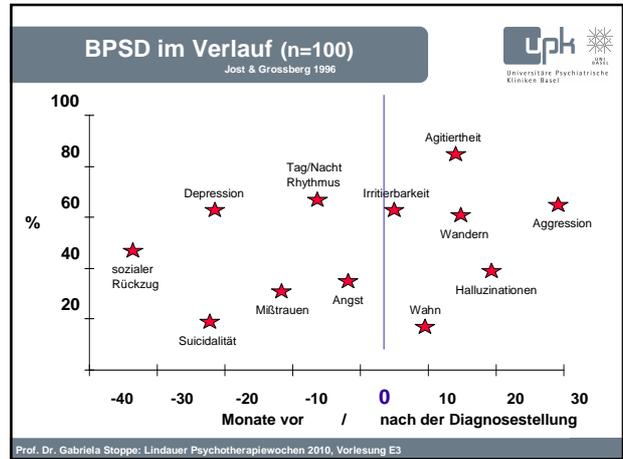
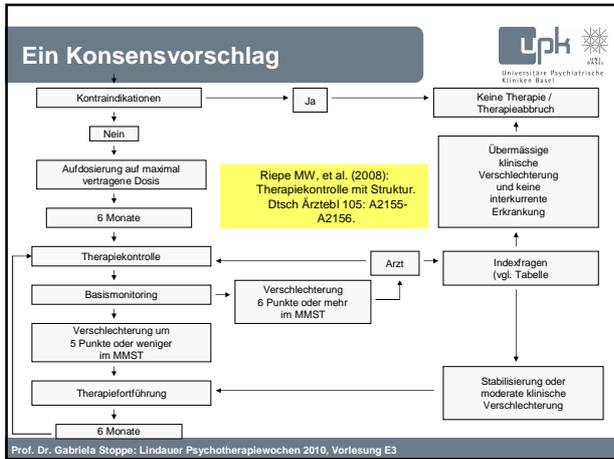
Antidementiva: Behandlungsgrundsätze (2)



- Absetzkriterien sind bis heute nicht im Konsens definiert.
- Sollte ein Präparat bei ausreichend hoher Dosierung nicht wirksam sein, kann auf ein anderes Präparat dieser Wirkstoffgruppe zurückgegriffen werden. Dies belegen entsprechende Switching-Studien und die sehr unterschiedliche Pharmakologie der Substanzen.
- Grundsätzlich wird die Kombination zweier Cholinesterasehemmer nicht empfohlen. Entsprechende Studien liegen nicht vor.
- Eine Kombination mit Memantin ist pathophysiologisch sinnvoll.

aus Stoppe: Demenz, UTB, 2006

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3



Psychopharmaka und Demenz - Grundregeln -



- Medikamente nur wenn nötig und gut dokumentiert einsetzen
- Immer sollte geprüft werden, ob ein Therapieversuch mit Antidementiva angezeigt ist bzw. ausreicht
- Das Verträglichkeitsprofil ist sehr wichtig
 - Nicht anticholinerg, nicht antidopaminerg
 - Kurze Halbwertszeit
 - Keine aktiven Metabolite

Stoppe G, Maeck L: Nichtpharmakologische Therapie bei Demenz. Die Psychiatrie 2007; 4: 33-36
Maeck L, Müller-Spahn F, Stoppe G: Pharmakotherapie der Demenz. Die Psychiatrie 2007; 4: 41-49

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Behandlung von Schlafstörungen



- **strukturierter Tagesablauf**
 - **allgemeine Schlafhygiene**
 - **Lichttherapie**
 - **in Heimen: das Nachtcafé**
 - **nur bei zuviel Schlaf am Tag: Restriktion**
- **Neuroleptika:**
 - Risperidon
 - Quetiapin
 - Aripiprazol
 - Olanzapin
 - Pipamperon
 - **sedierende Antidepressiva ohne anticholinerge Wirkkomponente:**
 - Trazodon
 - Mirtazepin
 - **Benzodiazepine**
 - Oxazepam
 - Temazepam
 - Lorazepam
 - Lormetazepam
 - **Zolpidem**
 - **Melatonin**

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Nutzen-Risiko von Langzeittherapie mit Neuroleptika?



- Studien zeigen einen signifikanten, mässigen Effekt auf BPSD bei Demenz. Dies gilt vor allem für die Behandlung von Aggressionen.
- Die Wirksamkeit konnte für Behandlungsdauern von 6-12 Wochen, weniger für längere Therapiedauern gezeigt werden.
- Anstieg von Nebenwirkungen, vor allem Sedierung, EPMS, Infektionen, kognitive Verschlechterung, zerebrovaskuläre Ereignisse (OR 2.5)
- Erhöhte Mortalität.
- Dennoch ist Langzeitbehandlung über mehrere Monate die Regel.
- In Pflegeheimen werden ca. 60% der Demenzkranken mit NL behandelt

(z.B. Ballard et al. 2009, Ballard & Howard 2006, Schneider et al. 2006)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Symptome, die auf Medikamente (v.a. Neuroleptika) ansprechen



- ja:
 - Angst
 - Agitation
 - Affektlabilität
 - Halluzinationen
 - Wahn
 - Feindseligkeit
- Eher nein:
 - Wandern
 - Räumen, Horten
 - Vernachlässigung
 - Schreien
 - andere Verhaltensstereotypien

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Medikamentöse Therapie der Lewy Body und Parkinson Demenz

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

- Parkinsonmedikation:
 - Bevorzugt mit Levodopa
- Cholinesterasehemmer:
 - zugelassen ist Rivastigmin
 - Keine Verschlechterung der Parkinson-Symptomatik
- Antipsychotika:
 - Möglichst niedrig dosiert
 - Idealerweise Atypika (Clozapin, Quetiapin, Olanzapin)

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Hirnleistungstraining:

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

bei Nicht-Dementen:	bei Dementen:
<ul style="list-style-type: none"> • hilfreich • cave: subjektiv wahrgenommene und objektivierbare Störungen korrelieren oft nicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Training hilft nur solange es angewendet ist • oft kein "Transfer" • Training muß auf individuelle Defizite eingehen • positiv: Einbeziehung der Angehörigen

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Realitätsorientierungstherapie (ROT)

Cochrane: Spector et al. 2003

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

- **Grundgedanke:** durch die wiederholte Präsentation orientierender Informationen dem Klienten die Umgebung erschließen; Gruppen-setting: „Classroom ROT“; individualisiert: „24 Std. ROT“
- **Ziel:** Erhöhung des Kontroll- und damit des Selbstbewußtseins; Verbesserung kognitiver und Verhaltensparameter
- **Ergebnisse:**
 - 6 Studien mit 125 Patienten: Kognition+, Verhalten+; überdauernde Effekte ? Transfereffekte -

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Validation

Cochrane: Neal & Briggs 2001

UPK
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

- **Grundgedanke:** Verbesserung der Kommunikation durch bedingungslose Akzeptanz; „4 Aufarbeitungsphasen des Lebens: 1) mangelhafte Orientierung, 2) Zeitverwirrtheit, 3) repetitive Bewegungen, 4) Vegetieren“
- **Ziel:** Erhöhung des Selbstbewußtseins; Reorientierung auf die Welt; Reduktion von Angst und Stress
- **Ergebnisse:** 2 Studien mit 87 Patienten: „möglicherweise einige positive Effekte“

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Subjektive Barrieren

Cochrane: Price et al. 2001



- **Grundgedanke:** Demente reagieren anders auf Umweltreize, so daß manche möglicherweise selektiv nur für solche Bewohner Hinweischarakter haben; gezielte Nutzung des Spiegel-zeichens oder der Verwechslung 2- mit 3-dimensionalen Strukturen
- **Ziel:** Reduktion von Weglaufepisoden
- **Ergebnisse:**
 - ◆ keine randomisierten oder kontrollierten Studien
 - ◆ Outcome nur als Weglaufepisoden und nicht bezügl. der Lebensqualität ermittelt
 - ◆ nur in Institutionen

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Musiktherapie



- Unter Musiktherapie versteht man die Anwendung von Musik bzw. musikalischer Elemente (Melodie, Rhythmus, Harmonie) in einer Einzel- oder Gruppenintervention.
- **Ziele:**
 - Verhinderung von Reizdeprivation
 - Gruppenerfahrung
 - Reduktion von Angst und Unruhe
- **Ergebnisse:** bisher keine ausreichende Evidenz, jedoch gute Praktikabilität durch Technik, mobile Angebote in Entwicklung

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Sinnesorientierte Verfahren



- **Grundgedanke:** Demente reagieren noch auf Berührungen, Gerüche etc. und erschliessen dadurch auch Erinnerungen. Zudem wird Reizisolation verhindert.
- **Verfahren:**
 - Snoezeln
 - Basale Stimulation
 - Kinästhetik
 - Aromatherapie (Melisse, Orange, Lavendel, Pinie..)
- **Ergebnisse:** bisher keine ausreichende Evidenz

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Lichttherapie bei Demenz



- in randomisiert kontrollierter Studie wirksam (Riemersma-van der Lek RF et al. 2008)
- verlängert Schlafzeit, reduziert Verhaltensstörungen
- wirksam vor allem bei Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, Sundowning, leichterem Demenz

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3



Somatische Versorgung bei Demenz



- Unter- und Fehlversorgung
- Fehlernährung und schlechte Versorgung der somatischen Komorbidität
- Gelegenheitsdiagnostik der Demenz durch Konsil
- Delir- und Sturzprävention
- Gestaltung des Tagesablaufs und der Umgebung
- Rechtliche Aspekte: Einwilligung in Massnahmen
- Ethische Aspekte: z.B. PEG

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Ärztliche Versorgung im Pflegeheim (SÄVIP-Studie, Hallauer et al. 2005)



- Nur etwa 20% der Bewohner machen Arztbesuche ausserhalb des Heims
- Die Verordnung einer (Fach-)arztkonsultation erfolgt überwiegend durch die Pflegekräfte
- Nahezu fehlende Versorgung in den Gebieten: HNO, Ophthalmologie, ZMK, Gynäkologie, Urologie, Orthopädie
- Nur ein Drittel neuropsychiatrische Betreuung
- Hoher Weiterbildungsbedarf des Pflegepersonals

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Demenzgerechte Architektur und Gestaltung, z.Bsp. Iris Murdoch Building Sterling UK



Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Upk
 Universitäre Psychiatrische
 Kliniken Basel

Wenn Massnahmen den Demenzkranken nützen und die Nicht-dementen nicht belasten, sollten sie verbindlich für alle stationären Einrichtungen vorgeschrieben werden!

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Upk
 Universitäre Psychiatrische
 Kliniken Basel

Modelle im Krankenhaus

- Segregative Demenzbetreuung innerhalb des somatischen Krankenhauses
- Integrierte geriatrisch-gerontopsychiatrische Abteilungen: Zentren für Altersmedizin
- Gerontologische Teams im Akutkrankenhaus

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Upk
 Universitäre Psychiatrische
 Kliniken Basel

Kompetenzmangel und Überforderung gehen Hand in Hand

The diagram illustrates a cycle of factors contributing to 'Überforderung' (overexertion). At the top left is 'Geringe Kompetenz' (Low competence), at the top right is 'Wenig Erfolgserlebnisse' (Few achievement experiences), at the bottom left is 'Geringe Wertschätzung von außen' (Low external appreciation), and at the bottom right is 'Geringes Selbstwertgefühl' (Low self-esteem). Double-headed arrows connect 'Geringe Kompetenz' to 'Wenig Erfolgserlebnisse', and 'Geringe Wertschätzung von außen' to 'Geringes Selbstwertgefühl'. Single-headed arrows point from 'Geringe Kompetenz' to 'Überforderung', from 'Wenig Erfolgserlebnisse' to 'Überforderung', from 'Geringe Wertschätzung von außen' to 'Überforderung', and from 'Geringes Selbstwertgefühl' to 'Überforderung'. The central term 'Überforderung' is written in a larger, bold font.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Upk
 Universitäre Psychiatrische
 Kliniken Basel

Zusammenfassung

- Die heutigen Antidementiva, vor allem die Cholinesterasehemmer, korrigieren Transmitterdefizite.
- Sie sind wirksam und die derzeit einzige medikamentöse Option.
- Über die zugelassenen Indikationen hinaus gibt es nachgewiesene Wirksamkeit, u.a. bei schwerer Demenz, vaskulärer und Parkinson Demenz.
- Die Messung der Wirksamkeit und ihrer klinischen Relevanz wird diskutiert. Biomarker gelten als objektiver.
- Neue Entwicklungen zielen auf die Amyloid- und Tau-pathologie. Skepsis ist angebracht.
- Jede Pharmakotherapie muss in ein Gesamtkonzept zur Demenzbehandlung eingebettet sein.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Zusammenfassung

- Nicht-medikamentöse Verfahren sind bisher schlecht untersucht.
- Sie sind erfreuen sich oft grosser Akzeptanz und werden zunehmend angeboten.
- Die baulichen Strukturen – vor allem auch in Heimen und Krankenhäusern – können und müssen „demenzgerecht“ werden.
- Für die bessere Versorgung ambulant und in Institutionen gibt es immer mehr Modelle.
- Notwendig ist jedoch auch ein kompetentes Personal.

C. Fuchs / B.-M. Kurth / P.C. Scriba (Reihen-Hrsg.)
Report Versorgungsforschung

G. Stoppe (Hrsg.)
Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen
Ergebnisse und Forderungen an die Versorgungsforschung

Deutscher Ärzte-Verlag

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Angehörige

- **Belastung**
- **Entlastungsmöglichkeiten**

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Belastung durch die Demenz

Insgesamt fühle ich mich durch die Betreuung bzw. Pflege.....

Klingenberg & Szecseny, ZfA 1999;75:1113-1118

Jährliche Gesamtkosten (gewichtet) für einen DAT-Patienten:

Hallauer et al., Gesundheit ökon Qual manag 2000;5:73-79

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Dementia Carer Survey AE

Key service	Private (%)	Insurance (%)	Publicly funded (%)
Home care	65%	6%	35%
Day care	55%	12%	45%
Residential/nursing home care	88%	19%	25%

Note: where totals are greater than 100%, this reflects funding from more than one source

Figure 5. Funding of key services.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Upk
 Universitäre Psychiatrische
 Kliniken Basel

Etwa 50% der pflegenden Angehörigen werden selbst seelisch und/oder körperlich krank!

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Upk
 Universitäre Psychiatrische
 Kliniken Basel

Wechselbeziehung zwischen Angehörigen- und Patientenbefinden

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Upk
 Universitäre Psychiatrische
 Kliniken Basel

Was belastet die Angehörigen am meisten?

- **Zeitmangel**
 „Ich habe wenig Zeit, mich um mich selbst zu kümmern.“
- **soziale Isolation**
 „Niemand kommt mehr vorbei.“
- **Traurigkeit**
 „Diese Situation zermürbt mich.“
- **Verlust der Beziehung**
 „Ich kann meine Gedanken nicht mehr mit dem Kranken teilen.“
- **Verlust der Unabhängigkeit**
 „Ich habe ein schlechtes Gewissen, wenn ich nicht da bin“

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Upk
 Universitäre Psychiatrische
 Kliniken Basel

Unterstützungswünsche der Pflegenden:
 (n=1911; Gräßel 1997)

- **53%** nicht-professionelle praktische Hilfe
 (von Angehörigen, Bekannten, Nachbarn)
- **44%** professionelle praktische Hilfe
- **38%** strukturelle Hilfe
 (Pflegehilfsmittel, Wohnungsgestaltung etc.)
- **69%** Anerkennung der Pflgetätigkeit
 (ideell, materiell)
- **25%** medizinische Information und Beratung

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Probleme für die Familien



- Rollen ändern sich
- Zukunftspläne werden "umgeworfen"
- Belastung der Partnerschaft
- besondere Probleme der "Sandwich-Generation"
- Zunehmende Singles
- Berufstätigkeit der Frauen

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Angehörige und Hilfsdienste



- die Inanspruchnahme von professionellen Hilfsdiensten wird von den Angehörigen oft schuldhaft erlebt
- **Faktoren:**
 - befürchtete Bevormundung durch professionelle Kräfte
 - Scham und Schuldgefühlen

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Angehörigentraining nach Mittelman et al. 1996



Behandlungsgruppe

- individuelle und Familienberatung, zugeschnitten auf spezifische Probleme
- Teilnahme an wöchentlicher Gruppe
- Jederzeitige Erreichbarkeit von Beratern

Kontrollgruppe

- Beratung und Unterstützung nur auf Anfrage

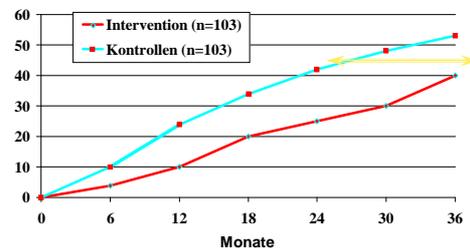
Ergebnisse:

- Im Mittel erfolgte die Heimaufnahme in der Behandlungsgruppe 329 Tage später
- Das Risiko der Heimaufnahme in der Behandlungsgruppe lag insgesamt bei 2/3 des Risikos der Kontrollgruppe
- Je geringer die Demenz ausgeprägt war, desto deutlicher war der protektive Effekt der Angehörigenarbeit

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Angehörigenarbeit verzögert Heimaufnahme

nach: Mittelman et al. 1996



Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

4-Interventionen-Vergleich



- gute Akzeptanz (>90% in allen Gruppen)
- nur Gruppe 1 verbesserte Kognition
- Gruppe 3 verschlechterten "Moral"
- Gruppe 4 reduzierte Feindseligkeit und Stress der Ang.
- n=103 Dyaden (Pat. + Ang.)
 - ◆ Pat.: mild/mäßig dement, 38F + 65M, 74,5J.
 - ◆ Ang.: 65F + 38M, 71,8J.
- 5 Gruppen:
 - kognitive "Stimulation" (beide) (n=21)
 - dyadische Beratung (n=29)
 - supportive Gruppen für beide (z.T. getrennt) (n=22)
 - 4-Stunden/Woche Tagespflege + 1/Monat Gruppe für Ang. (n=16)
 - Warteliste

Quayhagen MP et al.: Int Psychogeriatrics 2000; 12: 249-265

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Entlastungsangebote für Angehörige



- Flexibel und kreativ!
- Tagesbetreuungen und Nachtbetreuungen?
- Gemeinsame Betreuungen, z.B. mit Kindern zusammen
- Urlaubsangebote
- Spaziertherapeuten
- Sportgruppen
- Tanzcafes

Gibt es immer häufiger...

- **Voraussetzung:**
 - Kompetente Betreuung
 - Versicherungsschutz
 - Bekanntheit / Zuweisungen

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Notwendige Verbindung von medizinischem Bereich und Betagtenbetreuung



- Memory Clinic mit Care Management
- PRODEM
- PAGT
- MORE
- Göttinger Laienhilfeprojekt

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Alzheimer!

Allein in der Stadt Göttingen leiden ca. 1700 Menschen an der Alzheimer Krankheit.

Schon mit geringem zeitlichen Aufwand können Sie deren Angehörige entlasten, z.B. durch Spaziergänge und Gespräche mit den Betroffenen.

Fachkräfte bereiten Sie in einer kostenlosen Schulung (mit Zertifikat) auf Ihre Betreuungstätigkeit vor.

Für Ihre Hilfe erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung.

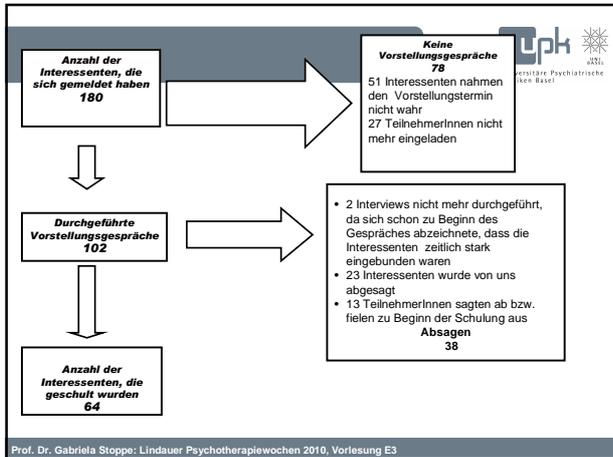
Sind Sie interessiert?
Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Petra Gellert (Diplom-Psychologin) Geschlechtsprechstunde, Universitätsklinikum Göttingen	Inge Tackler (seniorierte Altenpflegerin) Dialyse Station Göttingen-Ost
☎ 0551/3914172	☎ 0551/76066(67)

Naheliegend?!:

Frühdiagnose und frühe Vermittlung von Unterstützung für die Angehörigen kombiniert..

Vorlesung E3



LaienhelferInnen: Profil

- 58F, 6M, 50J. (21-69J.)
- Berufshintergrund:**
 - Pflege 26.5%
 - Wirtschaft / Handel 17.6%
 - Soziales / Pädagogik 13.7%
- Arbeitssituation:**
 - Arbeitsplatz 34.2%
 - Ohne Arbeit 17.6%
 - Hausfrau 26.5%
 - Rentner 18.6%
- Es wurden mehr Frauen, Mütter und weniger Arbeitslose ausgewählt für die Schulung

UPK
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Motive zur Laienhilfe / andere Studien

<p>Die/der ehemalige pflegende Angehöriger</p> <ul style="list-style-type: none"> Ich war pflegender Angehöriger freie Zeit vorhanden bzw. nicht ausgelastet Wissen über Demenz vergrößern wollen 	<p>Die/der eine Neuorientierung suchende</p> <ul style="list-style-type: none"> positive Vorerfahrungen in der Betreuung alter Menschen neuer Lebensabschnitt – z.B. Pensionierung oder Partner verstorben
<p>Die/der Aufgabensuchende</p> <ul style="list-style-type: none"> Suche nach sinnvoller Aufgabe Sicherheit im Umgang mit Demenzkranken erwerben 	<p>Die/der mit Demenzbezug</p> <ul style="list-style-type: none"> bestehender oder früherer Kontakt zu Demenzkranken im beruflichen oder privaten Bereich Wissen über Demenz vergrößern wollen
<p>Die/der altruistische Helfer</p> <ul style="list-style-type: none"> Ich möchte stundenweise tätig sein pflegende Angehörige entlasten wollen anderen helfen wollen nicht die Chancen zum beruflichen Wiedereinstieg erhöhen wollen 	<p>Die/der mit Vorwissen (ohne pflegende Angehöriger gewesen zu sein)</p> <ul style="list-style-type: none"> Vorwissen in die Tätigkeit einbringen können Auseinandersetzung mit Demenz als Vorbereitung für später
	<p>Die/der den beruflichen Wiedereinstieg Anstrebende</p> <ul style="list-style-type: none"> Chancen für den beruflichen Wiedereinstieg erhöhen

UPK
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Das Schulungsprogramm

- 40 Stunden incl. Kleingruppen, Rollenspiele
- Verschiedene DozentInnen
- Jeweils Donnerstag Abend und 14tägig ein Samstag
- Zertifikat
- Evaluation

Zertifikat

Ich habe die 40 Stunden Schulung absolviert und bin bereit, meine Fähigkeiten in der Betreuung von Demenzkranken einzusetzen.

Am 14.08.2010

Signaturen: [Name], [Name]

- Darstellung der Situation pflegender Angehöriger, Belastung, Überforderung und Gewalt**
- Krankheitsbild Demenz**
- Umgang mit dementen Menschen**
- Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's)**
- Pflegeversicherung, Rolle des MDK, etc.**
- Betreuungsrecht**
- Ernährung**
- Kommunikation und Gesprächsführung**

UPK
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

Leseempfehlung

upk
 Universität Psychiatrie
 Kliniken Basel

Gabriela Stoppe
 Demenz

Reinhardt **UTB**

Gabriela Stoppe, Eva Mann
Geriatric für Hausärzte
 HUBER

Gabriela Stoppe, Gertraud Steiner (Hrsg.)
Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken
 Grundlagen und Unterrichtsmaterialien
 Schöningh

Prof. Dr. Gabriela Stoppe: Lindauer Psychotherapiewochen 2010, Vorlesung E3

