Geriatrische Betreuung in der Grundversorgung
Demenz, Fahreignung, Urteilsfähigkeit, Psychopharmaka…

Irene Bopp-Kistler, Dr. med,
FMH Innere Medizin, spez Geriatrie
Medix Gruppenpraxis

Leitende Ärztin Stadspital Zürich
Memory Clinic

Fortbildung
Institut für Hausarztmedizin – MediX
10.3.2022

Abendstimmung aus dem Praxiszimmer Rotbuchstrasse 46

Die Grundversorgung als Pfeiler einer evidenzbasierten, sinnvollen Medizin: die Geriatrie kann da unterstützen.

Medix Rotbuchstrasse

Die Medizin ist angetreten, um das Schicksal zu bekämpfen. Aber gerade dieser erreichte Erfolg droht heute der Medizin zum Verhängnis zu werden, weil die Medizin in ihrer auf Machbarkeit orientierten Grundhaltung dem Irrglauben verfallen ist, dass sie überhaupt kein Schicksal mehr zu akzeptieren brauche…
(Giovanni Maio)

Das Denken bestimmt, wo stehen Demenzerkrankte?

«Die Erkrankung betrifft genau den Bereich, der uns so wichtig ist: unser Denken und unsere Persönlichkeit, weswegen sich die Frage stellt, ob ein solches Leben noch Sinn macht».

Aus demenz. Fakten Geschichten Perspektiven
Irene Bopp-Kistler

Der Beginn der Demenz- Minor Neurocognitive Disorder Früher MCI: schwierige Prognose

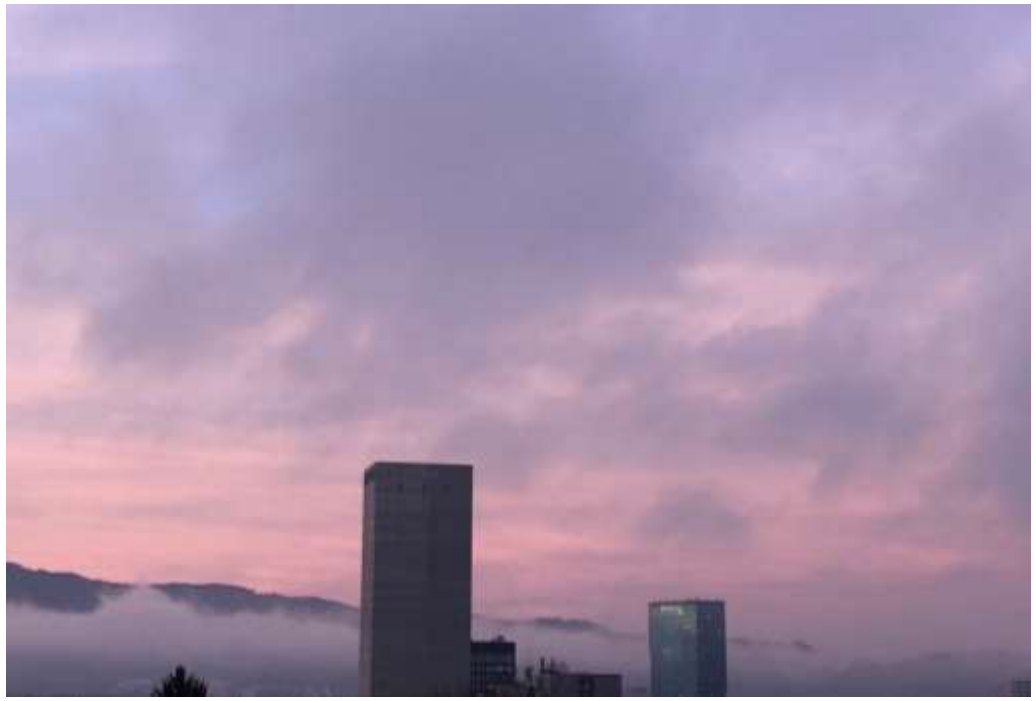
- Wieso versage ich im Beruf?
- Wie sieht meine/unsere Zukunft aus?
- Wieso habe ich mehr Konflikte?
- Wieso sprechen alle über mich
- Mobbing? Depression?
- Verunsicherung
- Krisensituation
- Wieso versteht mich meine Mutter nicht mehr?

Wann und welche Abklärung bei Verdacht auf Demenz Red flags…(adaptiert nach Swiss Memory Clinics 2018)

- Wenn sich Patienten Sorgen machen (nicht einfach vertrösten, ernst nehmen)
- Burnout, Probleme am Arbeitsplatz!
- Hinweise durch Dritte (Angehörige, Spitex u.a.)
- Auffälligkeiten in der Praxis (Termine, Medikamentenmanagement, Mahnungen, Hygiene, Diabetesmanagement u.a.)
- Veränderung des Verhaltens!
- Alert sein bei St. nach Delir!

Verlauf vor der Demenzdiagnose

- Subjective Cognitive Decline
  (kann, muss aber nicht Risiko sein für Demenz!)
- Minor Neurocognitive Disorder
  (leichte Defizite ohne wesentliche Probleme im Alltag)
- Verhaltensveränderung, psychische Veränderung
- Probleme in den AADL
  (Advanced Activities of Daily Living):
  Beruf, Gesellschaft
- Erst danach Probleme in den IADL
  (instrumentierte Fähigkeiten des Alltags!)



Wer soll abgeklärt werden:
Case finding anstelle von generellem Screening!

Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen

Doch was machen wir bei der Fahreignung?

Recommendations of Swiss Memory Clinics for the Diagnosis of Dementia

Markus Bürge[1,2,6], Gabriela Bieri[1,2,7], Matthias Brühlmeier[8], Françoise Colombo[1,5,9], Jean-Francois Demonet[1,3,10], Ansgar Felbecker[1,3,11], Dan Georgescu[1,4,12], Anton Gietl[13,14], Andrea Brioschi Guevara[1,5,10], Freimut Jüngling[15], Eberhard Kirsch[16], Reto W. Kressig[1,2,17], Luka Kulic[13], Andreas U. Monsch[1,5,17], Martin Ott[7,18], Hans Pihan[1,3,19], Julius Popp[20,21], Luca Rampa[22], Brigitte Rüegger-Frey[23], Marianne Schneitter[24], Paul Gerson Unschuld[4,13], Armin von Gunten[1,4,20], Birte Weinheimer[18], Roland Wiest[25] und Egemen Savaskan[1,4,13]

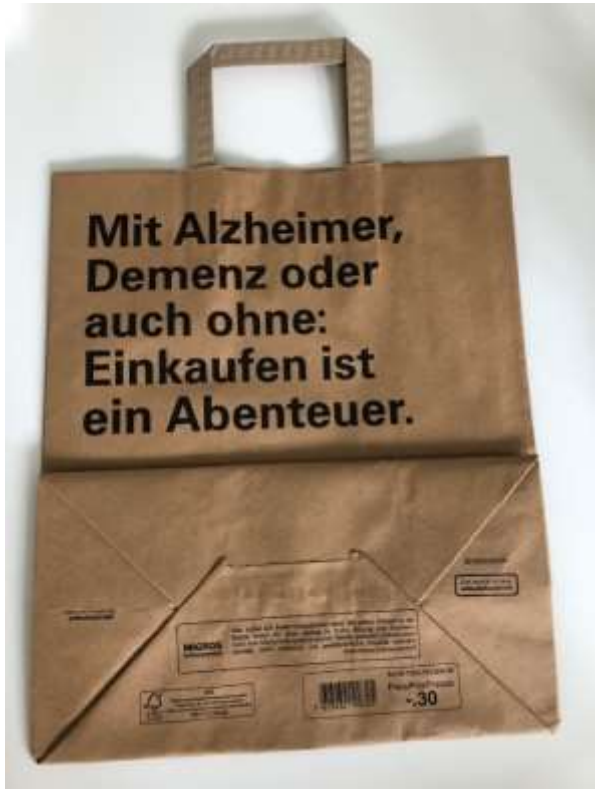
Praxis 2018; 107 (8): 435–451

Welche Abklärungen sind indiziert?

- Anamnese und Fremdanamnese!
  Verlauf, Fragen nach Alltag, Fragen nach Verhaltensänderungen
- Labor, körperliche Untersuchung
  (insbesondere neurologisch)
- Screeningtest
- Danach "Shared Decision Making":
  - Bildgebung
  - Überweisung in eine Memory Clinic

Mögliche Zeichen im Alltag bei Alzheimerdemenz
Instrumental Activity of daily living (IADL): zuvor aber AADL beeinträchtigt (Advanced Activity)

- Finanzen
- Einkaufen
- Kochen
- Wahrnehmung des Tagesgeschehens
- Lesen, Verstehen
- Termine
- Medikamenteneinnahme
- Benützung ÖV, Autofahren



Standardisierter Fragebogen: Fremdanamnese Angehörige: IQCODE (gekürzte Version: Ehrensperger et al: Int Psychogeriatrie 2009, aufgenommen in den Medix Richtlinien)

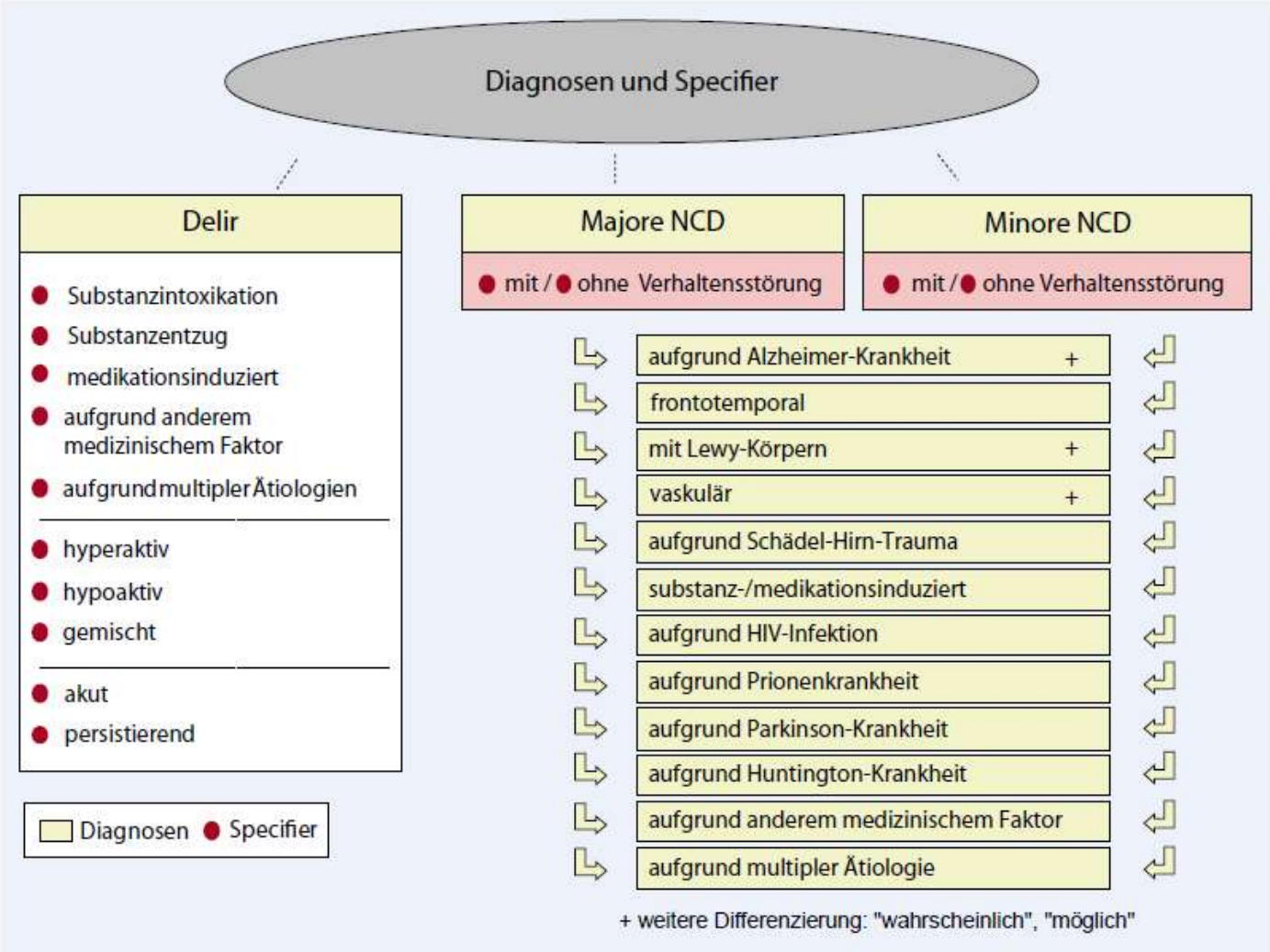
	viel besser	ein bisschen besser	unverän-dert	ein bisschen schlechter	viel schlechter
1. Sich an Dinge erinnern, die Familienmitglieder und Freunde betreffen (z.B. Geburtstage, Adressen, Berufe).	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sich an vor kurzem stattgefundene Ereignisse erinnern.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sich an vor einigen Tagen stattgefundene Unterhaltungen erinnern.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Wissen, welcher Tag und Monat es ist.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sachen wiederfinden, die an einem anderen Ort als üblich aufbewahrt werden.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Neue Dinge im Allgemeinen zu lernen.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Finanzielle Dinge zu regeln wissen (Rente, Überweisungen, Bankgeschäfte usw.).	☐	☐	☐	☐	☐

Nervenarzt 2014 · 85:564–570
DOI 10.1007/s00115-013-3984-4
Online publiziert: 19. April 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

W. Maier[1] · U.B. Barnikol[2]
[1] Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bonn
[2] Institut für Neurowissenschaften und Medizin, Molekulare Organisation des Gehirns INM2, Forschungszentrum Jülich

Neurokognitive Störungen im DSM-5

Durchgreifende Änderungen in der Demenzdiagnostik



Was belastet?

- Unruhe
- Aggressivität
- Verweigerung
- Halluzinationen
- Wahnhafte Züge
- Antriebslosigkeit
- Ängstlichkeit
- Tag – Nachtrhythmus
- Umherwandern….

Menschen mit Demenz sind das Spiegelbild des Umfelds…

NPI-Q/Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire: Kaufer et al., JAGS, 1998; 46(2);210 – 215
Deutsche Übersetzung, Stadtspital Waid, Klinik für Akutgeriatrie, NZ, 8037 Zürich

	Fragebogen zu Verhaltensveränderungen	Nein	Ja	Schweregrad			Belastung					
				1	2	3	0	1	2	3	4	5
1.	**Wahnvorstellungen** Ist der Patient der irrigen Überzeugung, dass andere ihn bestehlen oder ihm irgendwie schaden wollen?											
2.	**Sinnestäuschungen** (optische oder akustische Halluzinationen) Scheint er Dinge zu sehen oder Stimmen zu hören, die nicht existieren?											
3.	**Erregtheit**(Aggression) Widersetzt sich der Patient manchmal der Hilfe, oder ist er zeitweise schwierig im Umgang?											
4.	**Niedergeschlagenheit/Gereiztheit** (Depression/Dysphorie) Ist der Patient traurig oder gereizt oder sagt er, dass er sich bedrückt fühlt?											
5.	**Angst** Ist der Patient unruhig, wenn Sie nicht anwesend sind? Zeigt er andere Anzeichen von Ängstlichkeit, wie Atemnot/Kurzatmigkeit, Herzklopfen, Angespanntsein?											
6.	**Hochstimmung** (Euphorie) Ist der Patient ohne ersichtlichen Grund ausgesprochen fröhlich und ausgelassen oder überaktiv?											
7.	**Antriebslosigkeit//Interesselosigkeit** (Apathie/Indifferenz) Zeigt der Patient weniger Interesse an seinen üblichen Tätigkeiten oder an den Aktivitäten und Plänen seiner Umgebung?											
8.	**Enthemmung/Impulsivität** Handelt der Patient ohne zu überlegen. Spricht er beispielsweise ohne Hemmungen Fremde an, oder sagt er Dinge, die die Gefühle anderer verletzen könnten?											
9.	**Wechselhafte Stimmung** (Labilität) Ist der Patient ungeduldig und schnell irritiert? Hat er Mühe, wenn es Verzögerungen gibt oder wenn er auf eine geplante Aktivität warten muss?											
10.	**Bewegungsdrang** Neigt der Patient dazu, zwecklose Handlungen zu wiederholen, wie hin- und hergehen, an Kleidern nesteln, oder anderes?											
11.	**Nächtliches Verhalten** (Tag-, Nachtumkehr) Weckt der Patient Sie nachts auf, steht er morgens zu früh auf, oder macht er tagsüber längere Nickerchen?											
12.	**Appetit//Essgewohnheiten** Hat der Patient an Gewicht zu- oder abgenommen, oder hat er seine Essgewohnheiten geändert?											
	Total											

Einmal nach nirgendwo: die Anamnese…
Wie geht es den Angehörigen, was belastet?

Aus dem Buch demenz. Fakten Geschichten Perspektiven

»Einmal nach nirgendwo«, so die Aussage eines demenzerkrankten Patienten.
Darauf reagierte die Ehefrau mit den Worten, dass sie in der genau gleichen Situation sei, es sei wie ein Aufbrechen nach nirgendwo, irgendwohin.
Eine andere Partnerin meinte, dass es wie ein Albtraum sei, der nicht mehr aufhöre: »Ich bin Witwe, obwohl mein Mann noch lebt.«

Was macht weh? Kommunikation!

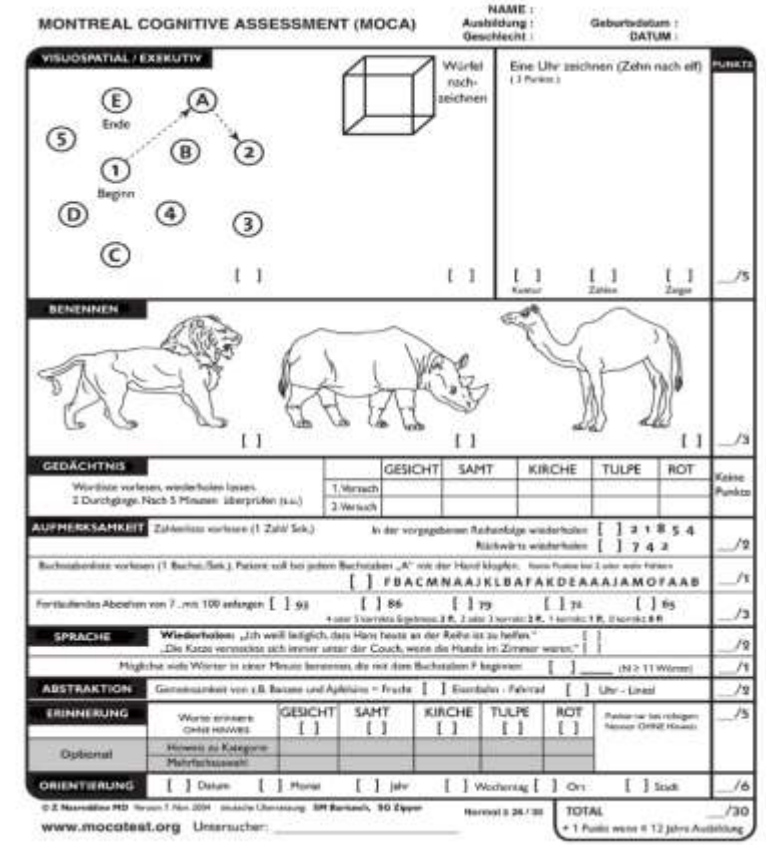
- Fehlende Vertrautheit, Entfremdung
- Auslösung von Scham, Abscheu
- Kindlichkeit
- Gleichgültigkeit
- Antriebslosigkeit
- Sexualität
- Nicht verstanden sein

Screening-Tests: nicht nur quantitativ, auch qualitativ auswerten, auch Beobachtung während des Tests…

Pädiatriezimmer Medix, beliebt bei geriatrischen Patienten

- Erklärungsmodelle
- Verhalten während der Abklärung
- Validation von Seiten der Professionellen
- Aus meiner Sicht möglichst nicht delegieren
- Setting muss stimmern
- Erklärung der Testsituation

MOCA (Montreal cognitive Assessment): www.mocatest.org


MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

NAME :
Ausbildung :
Geschlecht :
Geburtsdatum :
DATUM :

VISUOSPATIAL / EXEKUTIV

Würfel nachzeichnen

Eine Uhr zeichnen (Zehn nach elf)

PUNKTE

Ende
Beginn

/5

BENENNEN

/3

GEDÄCHTNIS

	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT
1. Versuch					
2. Versuch					

Keine Punkte

AUFMERKSAMKEIT

In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen [ ] 2 1 8 5 4

Rückwärts wiederholen [ ] 7 4 2

/2

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

/1

/3

SPRACHE

Wiederholen: „Ich weiß lediglich, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen."

„Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn die Hunde im Zimmer waren."

/2

Mögliche viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen: [ ] ____ (N ≥ 11 Wörter)

/1

ABSTRAKTION

Gemeinsamkeit von z.B. Banane und Apfelsine = Frucht [ ] Eisenbahn - Fahrrad [ ] Uhr - Lineal

/2

ERINNERUNG

Worte erinnern OHNE HINWEIS	GESICHT [ ]	SAMT [ ]	KIRCHE [ ]	TULPE [ ]	ROT [ ]
Optional: Hinweis zu Kategorie					
Mehrfachauswahl					

/5

ORIENTIERUNG

[ ] Datum [ ] Monat [ ] Jahr [ ] Wochentag [ ] Ort [ ] Stadt

/6

www.mocatest.org Untersucher: _____

TOTAL /30

+ 1 Punkt wenn ≤ 12 Jahre Ausbildung

- Prüft Gedächtnis
- Prüft Sprache
- Prüft Visuokonstruktion
- Prüft Aufmerksamkeit
- Prüft Exekutivfunktionen
- Berücksichtigt Ausbildung
- Besser geeignet für MCI, speziell auch für Kognitionsstörung bei Parkinsonerkrankung
- Kostenfrei in vielen Sprachen erhältlich
- Ab 1.9.2020 Certification erforderlich
- http://www.mocatest.ch/test/

Aus meiner Sicht bestes Screeninginstrument!

Der Minimentalstatus: der Oldie…

J. psychiat. Res., 1975, Vol. 12, pp. 189–198. Pergamon Press. Printed in Great Britain.

"MINI-MENTAL STATE"

A PRACTICAL METHOD FOR GRADING THE COGNITIVE STATE OF PATIENTS FOR THE CLINICIAN*

MARSHAL F. FOLSTEIN, SUSAN E. FOLSTEIN
and
PAUL R. MCHUGH

Department of Psychiatry, The New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division, White Plains, New York 10605, U.S.A.
and
Department of Psychiatry, University of Oregon Medical School, Portland, Oregon 97201, U.S.A.

(*Received* 17 *December* 1973; *in revised form* 25 *November* 1974)

MMS(E)

- Seit 1975 eingesetzt
- Verschiedene Versionen

  Trennschärfe bei Cut-off 27/30: Sensitivität 77%, Spezifität 75%
  Kombination mit Uhrentest Sensitivität 81%, Spezifität 90%

Vorteile	Nachteile
Wenig aufwendig	Nicht für frühe Stadien Untersucherabhängig
Vergleichbarkeit	Prüft kaum Exekutivfunktionen oder semantisches Gedächtnis
Kostengünstig	Lerneffekt
	Berücksichtigt weder Alter, Geschlecht noch Ausbildungsniveau

Uhrentest: der geniale einfache Test

Bild: Internet

Ohne Vorlage

Visuokonstruktion
Planung

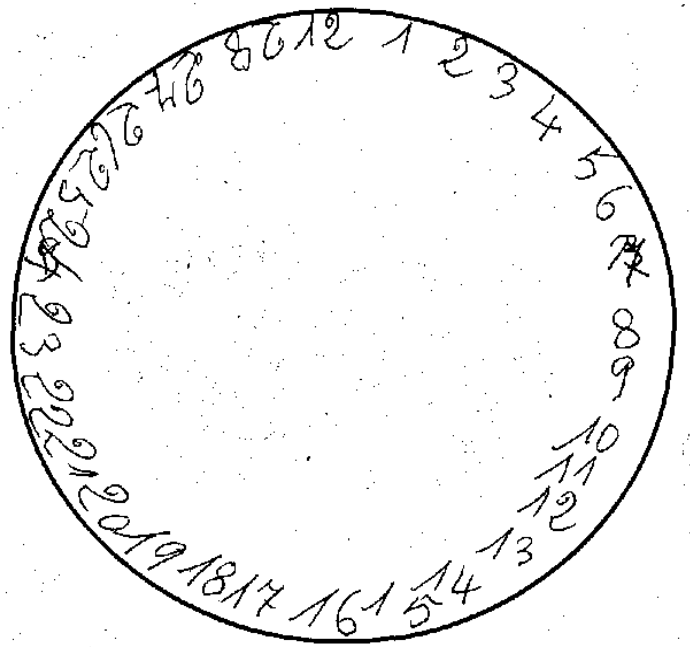
UHRENTEST

KG 2.1/31b

Thalmann Beat et al., Basel. Geriatrie Praxis 2/1997, 31.

Bitte zeichnen Sie eine Uhr!

Mit allen Zahlen und Zeigern



Bezeichnen Sie die Zeit auf Ihrer Uhr so, wie sie z.B. in einem Fahrplan stünde:

Mit Vorlage

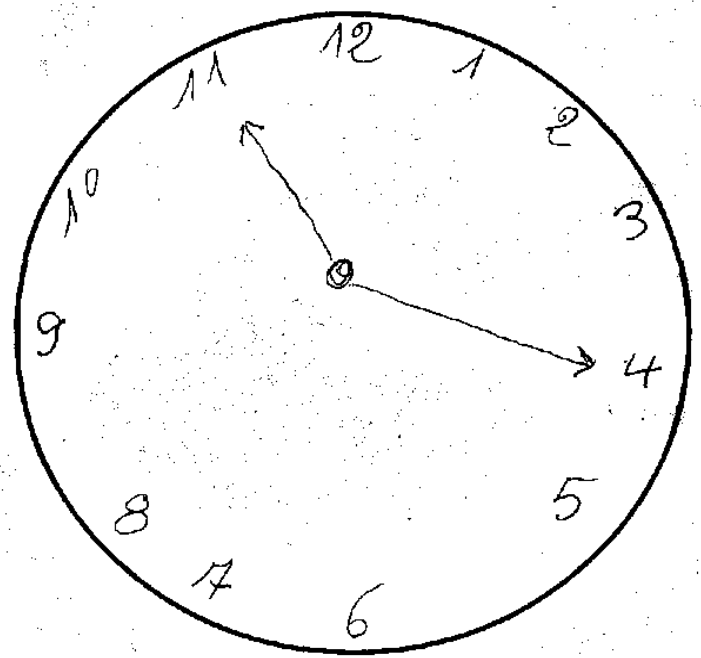
UHRENTEST

KG 2.1/31b

Thalmann Beat et al., Basel. Geriatrie Praxis 2/1997, 31.

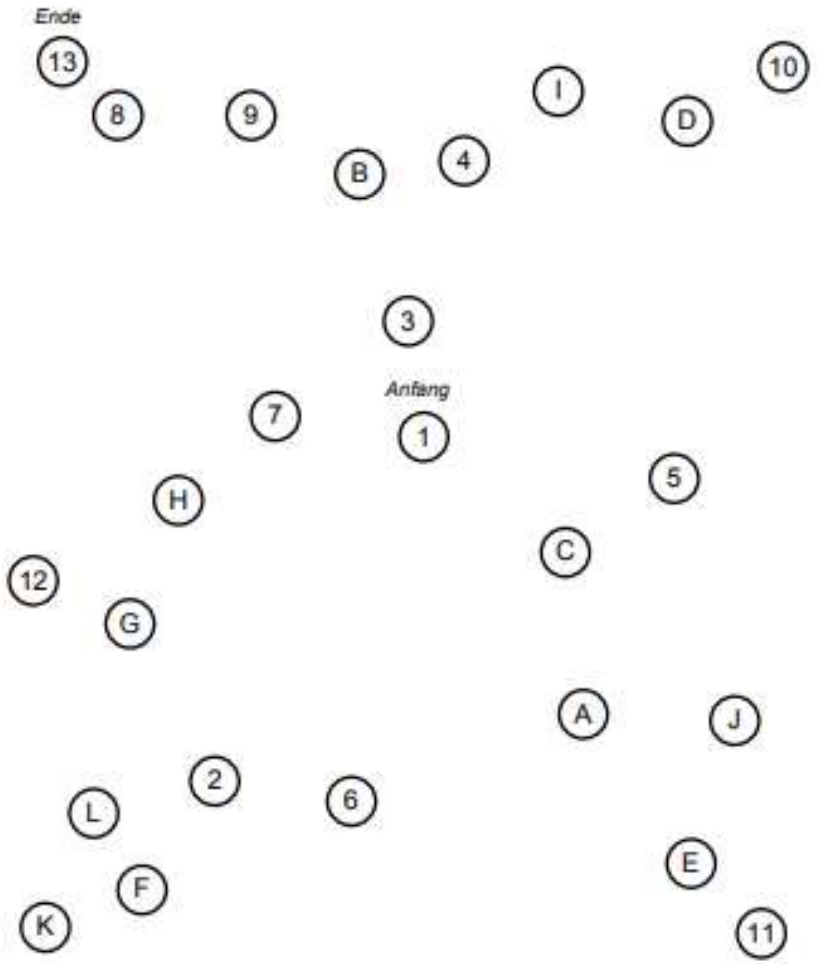
Bitte zeichnen Sie eine Uhr!

Mit allen Zahlen und Zeigern



Bezeichnen Sie die Zeit auf Ihrer Uhr so, wie sie z.B. in einem Fahrplan stünde:

undici e venti



Der TMT B:

- Dysexekutive Störungen
- Visuokonstruktive Fähigkeiten
- Geteilte Aufmerksamkeit

Ein einfacher guter Test:
"kann sich der Patient verfahren?"

In den Medixrichtlinien abrufbar, aus dem CERAD

Wann soll ein MRI oder ein CT durchgeführt werden:

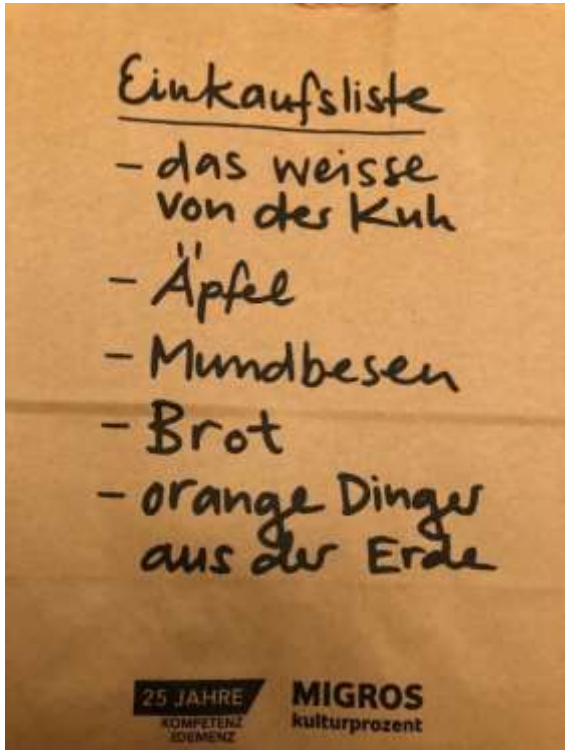
Möglichst einmal im Laufe der Demenzerkrankung, es gibt Ausnahmen

Unbedingt erforderlich (Richtlinien Medix, adaptiert Swiss Memory Clincs)

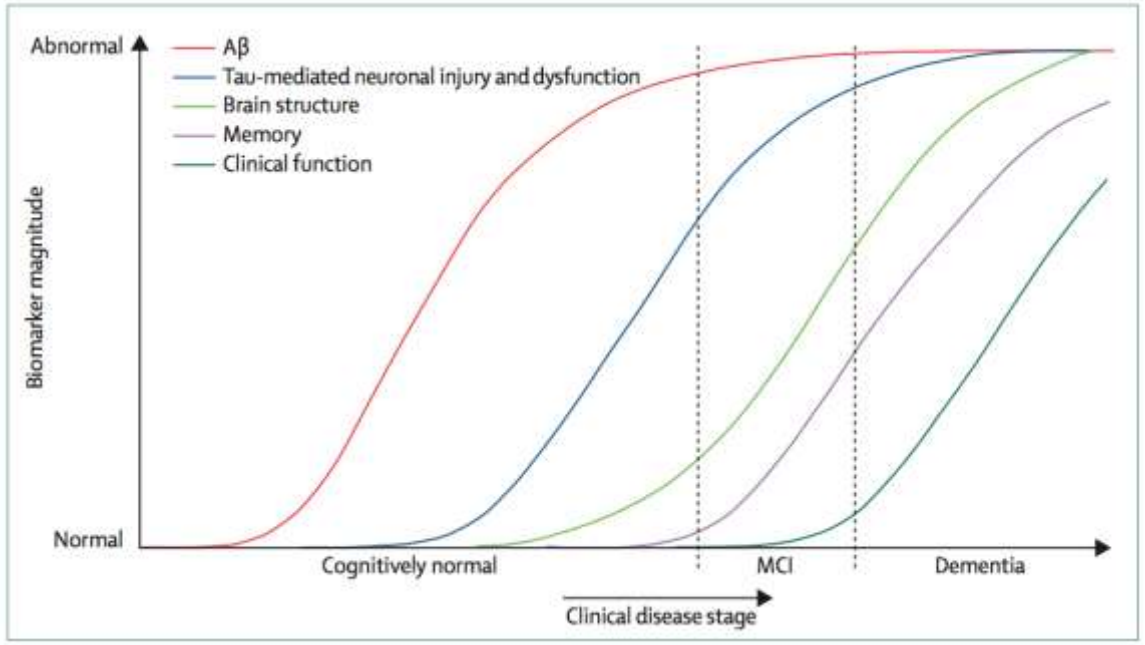
- Atypischer oder unklarer Verlauf
- rasche Symptomentwicklung (innerhalb eines Jahre)
- Jüngere Patienten (< 65 Jahre, evtl. auch älter?)
- Sturzereignisse in der Anamnese, St. nach Schädelhirntrauma
- Ungeklärte neurologische Symptomatik (z. B. Krampfanfälle, Inkontinenz, Gangstörungen, fokale Symptomatik…)
- Karzinom in der Anamnese (in Absprache)
- Antikoagulantieneinnahme oder Blutgerinnungsstörung
- Wenn sich Symptome unter Aspirin oder OAK rasch verschlechtern (Frage nach Amyloidangiopathie! dann immer MRI!)
- Bei polymorbiden betagten Patienten zum Ausschluss einer Blutung genügt ein CT

Schweregrad der Demenz: Abhängig von Alltagsfunktionen, nicht MMS oder MoCA!

- Leicht: instrumentierte Fähigkeiten des Alltags: Haushalt, Umgang mit Finanzen, Einnahme von Medikamenten
- Mittelschwer: Basale Aktivitäten des Alltags: Nahrungsaufnahme, Ankleiden u.a.
- Schwer: vollständig abhängig.



Diagnosestellung: Zusammenfassung



- Alltagsstörung (Anamnese, Anamnese….. Anamnese…. Alltag, Verhalten, Verlauf u.a.)
- Testung:
  Psychometrie
  evtl. neuropsychologisch
- Klinische Untersuchung
- Labor
- Bildgebung
- Evtl. PET
- Evtl. Marker im Liquor

Die Diagnoseübermittlung: Wie ein Filmriss…

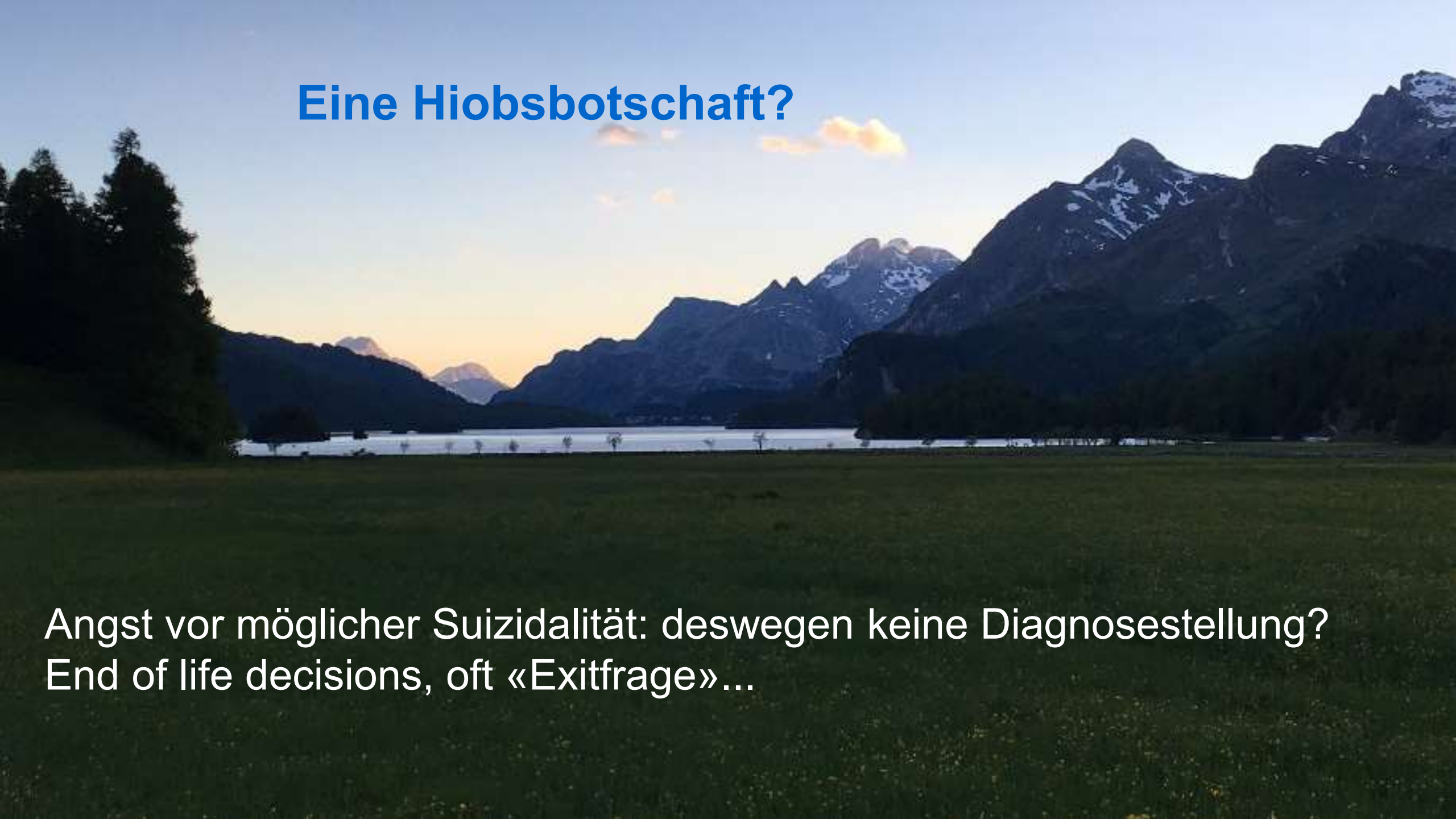
- Da verarmen wir: wie sollen wir das finanziell schaffen?
- Ich habe so Angst, dass mich meine Frau nicht mehr erkennt…

- Qualität der Diagnoseübermittlung
- Recht auf Information!
- Beginn von Advance Care Planning

Das Diagnosegespräch: am Anfang steht die Kommunikation Betroffene und Angehörige haben das Recht auf Information!

- Das Diagnoseeröffnungsgespräch ist immer mit Emotionen verbunden und bleibt deswegen im Gedächtnis der Betroffenen stark gespeichert.
- Es stellt sich oft die Frage: wie reagiert mein Umfeld?
  Angst auch, nicht mehr autonom zu sein.
- Stigmatisierung?

Eine Hiobsbotschaft?



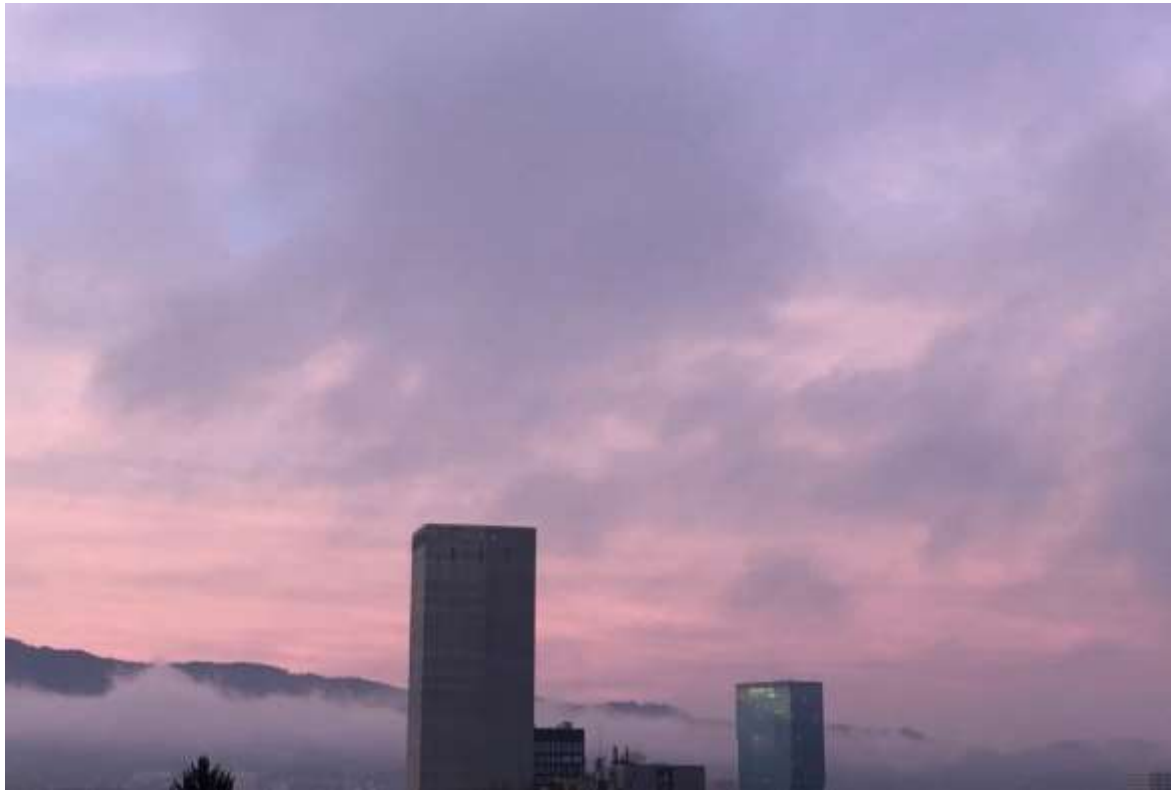
Angst vor möglicher Suizidalität: deswegen keine Diagnosestellung?
End of life decisions, oft «Exitfrage»...

Man erfindet nicht eine Diagnose, sondern man gibt belastenden Symptomen einen Namen…Der Weg ist lang…

Aussagen von Betroffenen…

- „Können Sie mir helfen, ich bin so stumm…“
- „Ich weiss, was ich sagen möchte, doch ich kann es nicht sagen…“
- Muss ich nun mein Leben lang mit Alzheimer leben?

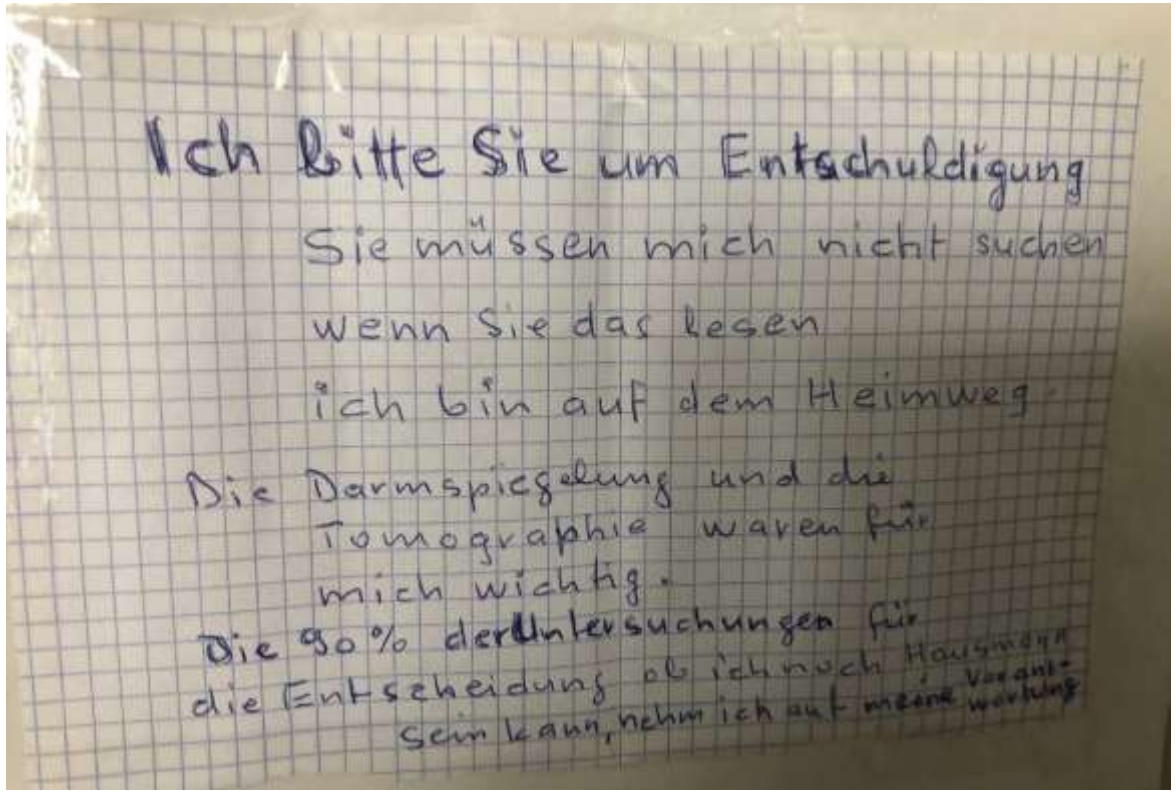
Wann ist eine Überweisung in eine Memory Clinic sinnvoll?



Nebel am Morgen, Rotbuchstrasse 46

- Junge Patientinnen und Patienten
- Atypische Symptomatik
- Rasche Progredienz
- Unklare Einordnung, seltene Demenzformen
- unklare Diagnostik (z.B.DD Depression)
- Überforderungssituation (Betroffene, Angehörige, Professionelle)
- Bedürfnis der Betroffenen und Angehörigen
- Alternativ z.B. Ältere, die keine so breite Abklärung wünschen: Geriater*in in der Praxis

Was für Therapien gibt es?



- Vertrauen
- Nicht medikamentös vor medikamentös
- Advance Care Planning äusserst wichtig!

Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie & Alterspsychotherapie (SGAP)[1]; Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG)[2]; Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)[3]; Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)[4]; Swiss Memory Clinics (SMC)[5]; Schweizerische Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP)[6]; Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP)[7]; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)[8]; Schweizerische Alzheimervereinigung[9]

[1]Egemen Savaskan, [3]Irene Bopp-Kistler, [5]Markus Buerge, [9]Regina Fischlin, [1,4]Dan Georgescu, [1]Umberto Giardini, [6]Martin Hatzinger, [1]Ulrich Hemmeter, [1]Isabella Justiniano, [3]Reto W. Kressig, [7]Andreas Monsch, [1]Urs P. Mosimann, [2]Renè Mueri, [9]Anna Munk, [1]Julius Popp, [8]Ruth Schmid, [1]Marc A. Wollmer

Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD)

Therapy Guidelines for the Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia

Praxis 2014

Primär nicht medikamentöse Therapien!!

Verschiedene Sichtweisen…
Anosognosie: mangelnde Krankheitseinsicht

Umgang mit der Anosognosie (mangelnde Krankheitseinsicht):
ich brauche doch keine Hilfe…

- Spiegeln…
- Möglichst wenig Argumentation
- Wertschätzung für das Erreichte
- Selbstwert stärken

Kommunikation (Validation)

- Spiegeln der Gefühle
- Versuch, wahrzunehmen, was mir der Demenzerkrankte sagen möchte
- Demenzerkrankte sprechen oft wie in Metaphern
- Menschen mit Demenz möchten verstanden werden!
- Angehörige möchten auch verstanden werden in ihrer Not.

Die Angehörigen im Nebel..
Gratwanderung Arbeit – Betreuung – Finanzierung

- «Es sind nicht Ratschläge, die ich bekomme, sondern Schläge ins Gesicht...»
- Angehörige wollen verstanden werden, nicht nur Entlastung!

- Hochrisikogruppe
- Elderly Abuse

Partnerschaft? Loslassen von der Beziehung?

- Ich bin ein Pflegeheim mit einem Patienten und einer Angestellten, die 24 Stunden arbeitet…
- Ich sehne mich nach einer neuen Partnerschaft, kann aber nicht einmal daran denken….
- Daneben sollte ich noch die sexuellen Bedürfnisse meines Partners stillen…
- Ich kann nicht mehr…
- Ich fühle mich schuldig….

Vom Loslassen der gemeinsamen Vergangenheit

Das Sprechen über Gemeinsames ist zunehmend nicht mehr möglich

In diesem fragmentierten Lebensweg sind die Angehörigen zutiefst verunsichert

Was können wir tun für die Betroffenen?
Selbstwert stärken, nicht mit Defiziten konfrontieren!

- Selbsthilfegruppe
- "Gipfeltreffen", andere Treffs
- Musiktherpie, Tanz, Singen
- Malen, Maltherapie
- Museumsbesuch u.a.
- Freizeitgestaltung
- Vernetzung von Betroffenen
- Wenn es Angehörigen gut geht, geht es auch den Betroffenen gut…

Was können wir tun für die Angehörigen?

- Begleiten auf dem Weg ins Ungewisse
- Finanzielle Situation klären, Unterstützen (Treuhanddienst!)
- Genügend Zeit haben (Entlastung)
- Erlernen der Validation, Kommunikation
- Ganzheitliche Behandlung und Betreuung
- Strukturen schaffen, wo sich Betroffene wohl fühlen, dann geht es den Angehörigen auch gut
- "Normalisieren"

Wann kommt der Zeitpunkt für eine Institutionalisierung?

Demenz. Fakten Geschichten Perspektiven.

"Für mich gibt es nur eines: Ich bleibe immer in meiner Wohnung, dieser Wunsch steht über allem!» Der Gedanke, das eigene Heim, das eigene Zuhause verlassen zu müssen, scheint unerträglich. Doch ich frage mich, ob sich Menschen mit Demenz ab einem gewissen Stadium in ihren eigenen vier Wänden wirklich noch zu Hause fühlen."

Fragen
Pause

Medikamente: sind ein Stock, mehr nicht..
Demenz – Delir – BPSD (behaviorale und psychologische Symptome der Demenz)

- Was behandle ich?
- Primärsymptome
- Sekundärsymptome (BPSD)
- Erkenne ich das Delir (oft gar nicht so einfach!)
- Kann ich das Umfeld anpassen? (z.B. Entlaufen)

Offizielle Kriterien der Demenz (DSM V): Primärsymptome

1. Lernen und Gedächtnis
2. Komplexe Aufmerksamkeit
3. Exekutive Funktionen (Planen, logisches Denken u.a.)
4. Sprache
5. Komplexe motorische Fähigkeit
6. Soziale Kognition

Es braucht immer eine Verschlechterung im Alltag!
Wie Regelung der Finanzen oder **Medikamenteneinnahme**

Acetylcholinesterase-Hemmer und Memantin: Shared decision making:

- Ein Teil der Patienten hat einen erkennbaren Effekt auf Kognition (15%) und Alltagsbewältigung (8%)
- Langzeit-Outcome Pflegeheimeinweisung kontroverse Resultat.
- Praktisch alle publizierten Guidelines empfehlen die Therapie mit Antidementiva, sogar bei Progredienz in ein schweres Stadium

- Pro und contra sollte aus meiner Sicht immer diskutiert werden!
- Nutzen-Risiko Abwägung sehr wichtig
- Verhaltensauffälligkeiten mit einbeziehen!
- Studien: primäres Endziel ADAS-cog, Lebensqualität kaum einbezogen
- Aus meiner Sicht palliatives Medikament

Antidementiva bei Verhaltensauffälligkeiten (BPSD): zu wenig bekannt!

(mehrere Studien, zusammengefasst in Praxis 2014, Savaskan et al)

Acetylcholinesterase-Hemmer:

Verbesserung der BPSD:

↓

- Apathie
- Irritabilität
- Depression
- Angespanntheit

Meiste Studien mit Donepezil
Bei leichter bis mittelschwerer Demenz

Memantin:

Verbesserung der BPSD

↓

- Agitation
- Wahn
- Halluzination
- Aggression

Auch weniger Neuaftreten von BPSD!
Bei mittelschwerer bis schwerer Demenz

Treatment options of agitation in dementia:

***Current Treatment Options in Neurology* 2019, JM Ringman et al**

Acetylcholinesterase inhibitors and **memantine** should be initiated to enhance cognition, and if present, management of **insomnia or sundowning** with **trazodone** is indicated.

Treatment with low doses of atypical antipsychotics such as **risperidone** or **quetiapine** can be effective after appropriate consideration of and disclosure of potential adverse effects.

REVIEW

Trazodone for Insomnia: A Systematic Review

Innov Clin Neurosci. 2017;14(7–8):24–34

- Uraltes Medikament (seit 1982)
- SARI (Serotonin Antagonist Reuptake Inhibitor)
- Besonders gut bei Schlafstörung bei Alzheimerdemenz!
- Auch bei anderen Komorbiditäten gut dokumentiert
- In tiefen Dosen (25-100mg) schlafanstossend

- Meine Erfahrung: wenn Retardform (1/3-2/3Tbl 150mg) verabreicht wird, sind die Patienten auch am Morgen noch ruhiger.
  Einsatz bei BPSD kontrovers: aus meiner Sicht bei vielen Patienten gute Wirkung

Neuroleptika bei BPSD (Konsensus 2014)

- Typische Neuroleptika:
  Haldol äusserst zurückhaltend, höchstens bei Übergang zum Delir
  Pipamperon: gut wirksam, obwohl kaum Studien
- Atypische Neuroleptika:
  Metaanalyse: Wirkung für **Risperidon** (einzig offiziell zugelassenes Neuroleptikum bei Demenz in der Schweiz!), **Aripiprazol** (Abilify), **Olanzapin** vs Placebo.
- Gabe primär von Risperidon, alternativ Aripiprazol.
  Quetiapin: kaum Evidenz, aber gute klinische Erfahrung (cave: QT-Zeit, aber in palliativer Situation auch abwägen)

Neuroleptika bei Demenz: manchmal nicht zu umgehen: aber typische Neuroleptika haben nicht geringere Mortalität!

Tabelle 5
Dosisempfehlungen der American Psychiatric Association 2007

Substanz	Einsatz bei Demenz	
	Startdosis	Zieldosis
Risperidon (1. Wahl)	0,25–1	1,5–2
Clozapin	12,5	75–100
Olanzapin (2. Wahl)	1,25–5	10
Quetiapin* (2. Wahl)	12,5–50	200–300
Aripiprazol (2. Wahl)	5	15
Haloperidol (3. Wahl)	0,25–0,5	2

**signifikante Wirksamkeit bei Demenzpatienten nicht nachgewiesen*

Quelle: APA Work Group on Alzheimer's Disease and other Dementias. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Second edition. Am J Psychiatry. 2007 Dec;164(12 Suppl):5–56

- Haldol höchste Mortalität
- Risperidon,
- Olanzapin
- Valproinsäure
- Quetiapin

↓ abnehmende Mortalität

Risk of Mortality Among Individual Antipsychotics in Patients with Dementia, Am J Psychiatry 2012: Helen C. Kales et al

Meine Favoriten:
Risperidon, Quetiapin
auch Pipamperon

Weitere Psychopharmaka bei Demenz
(nach Praxis 2014 Savaskan et al)

- **Antidepressiva: SSRI:**
  häufige Komoribdität Angst, Depression (DD Apathie): wirksam
  keine sichere Wirksamkeit bei anderen BPSD (z.B. Agitation)
- **Carbamazepin (Tegretol)**
  gute Wirksamkeit, aber zu viele NW
- **Valproat (Depakine)**
  keine Wirkung, nur NW
- **Gabapentin (Neurontin):**
  kaum Studien, aber Wirksamkeit bei Agitation, Aggression, Angst, Schlafstörung
- **Lamotrigin (Lamictal)**
  Kaum Studien, aber wirksam bei Agitation, Aggression, Enthemmung, Depression

Und wie wäre es mit Ginkgo?

* International Psychogeriatrics 2017, E. Savaskan et al

- Wirkt bei BPSD…
  Angst, Reizbarkeit, Apathie und Depression*
- Gute Alternative zu Antidementiva bei Unverträglichkeit
- Genügend hoch dosiert (240mg) und genügend lang
  (mind 24 Wochen)
- Auch in deutschen S3-Richtlinien
- Vorsicht bei antikoagulierten Patienten

Und wie wäre es mit Ginkgo?

Received: 23 October 2018 | Revised: 27 November 2018 | Accepted: 28 November 2018

DOI: 10.1111/cns.13095

CLINICAL GUIDELINES

WILEY CNS Neuroscience & Therapeutics

Treatment of dementia and mild cognitive impairment with or without cerebrovascular disease: Expert consensus on the use of *Ginkgo biloba* extract, EGb 761®

Nagaendran Kandiah[1] | Paulus Anam Ong[2] | Turana Yuda[3] | Li-Ling Ng[4] | Kaysar Mamun[5] | Reshma Aziz Merchant[6] | Christopher Chen[7] | Jacqueline Dominguez[8] | Simeon Marasigan[9] | Encarnita Ampil[9] | Van Thong Nguyen[10] | Suraya Yusoff[11] | Yee Fai Chan[12] | Fee Mann Yong[13] | Orapitchaya Krairit[14] | Chuthamanee Suthisisang[15] | Vorapun Senanarong[16] | Yong Ji[17] | Ramesh Thukral[18] | Ralf Ihl[19]

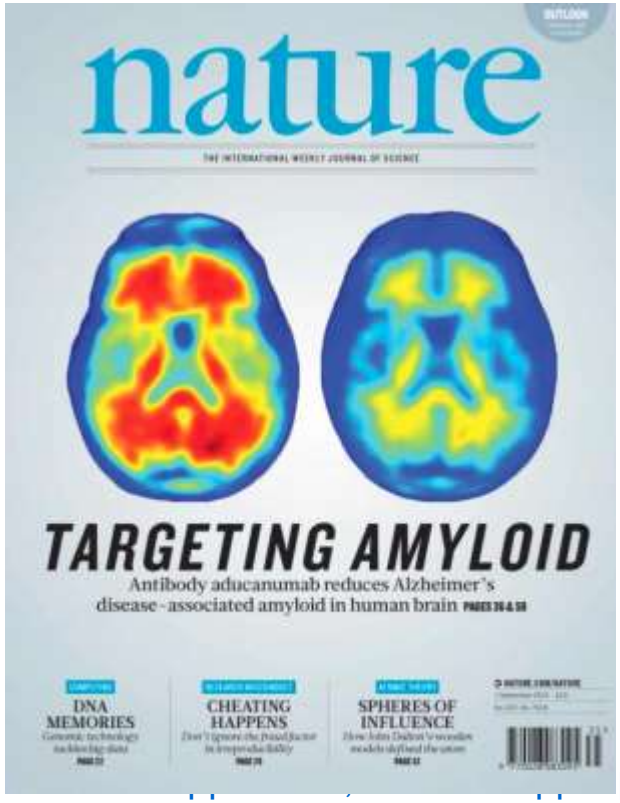
Behandlung Delir

D
Drugs

Medikament	Übliche Erstdosierung / 24 h	Eigenschaften
Quetiapin® 5 mg Kps. oder Sequase® (Quetiapin) 25 mg Tbl.	Bis 4 × 5 mg 6.25 – 12.5 – 25 mg max. 50 mg	**1. Wahl** Atypisches Neuroleptikum, leicht sedierend, gut verträglich bei Parkinson/Lewybody-Erkrankung. T max: 1.5 h HWZ: 6–11 h
Haldol® (Haloperidol) Trpf. 2 mg/ml (1 Tropf = 0.1 mg)	3 – 5 –10 Tropfen 2 × tgl 5–10 Tropfen bei Bedarf zusätzlich alle 4 Stunden[2] max. 2–3 mg/Tag	**2. Wahl** Gut antipsychotisch, verursacht weniger häufig Hypotonien als Quetiapin, weniger sedierend. Cave: extrapyramidale Nebenwirkunegen (EPS). Tardive Dyskinesien. Max. Effekt oral nach 4–6 h HWZ: 12–36 h[1]
Dipiperon® 40 mg Tbl. (Pipamperon)	10–20 mg max. 40–80 mg	Sedierendes Neuroleptikum, weniger antipsychotisch, bei höherer Dosierung EPS. Wirkeintritt 2–4 h HWZ: 17–22 h
Risperdal® 0.5 mg Tbl. (Risperidon)	0.25 mg–0.5 mg, max. 2 ×/24 h	Gut antipsychotisch, ebenfalls EPS möglich. T max: 1–2 h HWZ: 17–23 h
Temesta expidet® 1 mg Tbl. (Lorazepam)	0.5 mg–1 mg max. 3 mg/24 h	V.a. bei Angst und Entzugsdelirien, sedierende Wirkung. Cave: Atemdepression.
Trittico® 50 mg Tbl. (Trazodon)	25 mg–50 mg	Angstlösend, weniger sedierend.

Delir ABC
Universitärer Geriatrieverbund Zürich

Nature 2016…
Eine Hoffnung mehr, eine falsche Hoffnung??
(Von der FDI zugelassen 2021, in Europa abgelehnt Swissmedic wartet noch zu…)



The antibody aducanumab reduces Aβ plaques in Alzheimer's disease

Jeff Sevigny[1]*, Ping Chiao[1]*, Thierry Bussière[1]*, Paul H. Weinreb[1]*, Leslie Williams[1], Marcel Maier[2], Robert Dunstan[1], Stephen Salloway[3], Tianle Chen[1], Yan Ling[1], John O'Gorman[1], Fang Qian[1], Mahin Arastu[1], Mingwei Li[1], Sowmya Chollate[1], Melanie S. Brennan[1], Omar Quintero-Monzon[1], Robert H. Scannevin[1], H. Moore Arnold[1], Thomas Engber[1], Kenneth Rhodes[1], James Ferrero[1], Yaming Hang[1], Alvydas Mikulskis[1], Jan Grimm[2], Christoph Hock[2,4], Roger M. Nitsch[2,4]§ & Alfred Sandrock[1]§

Received: 1 December 2020 | Accepted: 6 December 2020

DOI: 10.1002/alz.12286

Alzheimer's & Dementia®
THE JOURNAL OF THE ALZHEIMER'S ASSOCIATION

Aducanumab

POLICY FORUM

ENGAGE and EMERGE: Truth and consequences?

Lewis H. Kuller[1] | Oscar L. Lopez[2,3]

[1] Department of Epidemiology, Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, USA

[2] Department of Neurology, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, USA

[3] Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, USA

Correspondence
Dr. Lewis H. Kuller, Department of Epidemiology, University of Pittsburgh, 130 North Bellefield Avenue, Room 354, Pittsburgh, PA 15261, USA.
Email: kullerl@edc.pitt.edu

Abstract

The potential benefit of the anti-amyloid drug aducanumab based on results of recent EMERGE and ENGAGE clinical trials has generated great controversy and has very important implications for the future of anti-amyloid drug therapies. The two trials of 18-month duration were done in patients with mild cognitive impairment (MCI) and early dementia. The ENGAGE trial showed no benefit while the high-dose EMERGE trial initially also showed no benefit but with longer follow-up there was a significant positive benefit. A recent review form the U.S. Food and Drug Administration (FDA) Advisory Committee was negative while the FDA Office of Neurological Drugs was positive and the statisticians negative. This has generated debate about whether the drug should be approved, disapproved, require a new clinical trial, or approved for a subsample only. The implications for treating both MCI and Alzheimer's disease (AD) patients with anti-amyloid drugs is very substantial as well as the brain amyloid-AD-dementia hypothesis.

Urteilsfähigkeit: wird immer tangiert im Laufe der Erkrankung: äusserst schmerzlich

MEDIZIN-
ETHISCHE
RICHT-
LINIEN
Betreuung und
Behandlung von
Menschen mit Demenz
SAMWASSM

MEDIZIN-
ETHISCHE
RICHT-
LINIEN
Urteilsfähigkeit in der
medizinischen Praxis
SAMWASSM

Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis

SAMW ASSM

2019

2.1. Grundsätzlich wird von Urteilsfähigkeit ausgegangen

Eine Person gilt grundsätzlich als urteilsfähig. Die Urteilsfähigkeit wird nur dann systematisch evaluiert, wenn begründbare Zweifel an dieser aufkommen oder die Feststellung aus juristischen Gründen* erforderlich ist. Die Patientin ist über die Evaluation zu informieren. In der Regel lässt sich weder aus dem Lebensalter noch aus einer bestimmten Diagnose auf Urteils*un*fähigkeit schliessen.

Urteilsfähigkeit: es gibt keinen Test, die Diagnostik hilft oft der Ursprung von Konflikten:

1. Informationen verstehen (Erkenntnisfähigkeit)
2. Situationen und Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, richtig abwägen (Wertungsfähigkeit)
3. Fähigkeit, die erhaltenen Informationen im Kontext eines kohärenten Wertesystems rational gewichten (Willensbildungsfähigkeit)
4. Fähigkeit, eigene Wahl zu treffen (Willensumsetzungsfähigkeit)

Welche Funktion tangiert am meisten die Urteilsfähigkeit

1. Lernen und Gedächtnis
2. Komplexe Aufmerksamkeit
3. Exekutive Funktionen (Planen, logisches Denken u.a.)
4. Sprache
5. Komplexe motorische Fähigkeit
6. Soziale Kognition

Urteilsfähigkeit und Demenz: Was kann man vorsorgen?

- Patientenverfügung
- Vorsorgeauftrag?
- Vollmacht?
- Testament
- "Exit"?

Wichtig: gute Dokumentation und persönliches Gespräch

- Wenn keine Vorsorge: Meldung an KESB (zuvor Entbindung vom Berufsgeheimnis!)

Vorsorgeauftrag

- Tritt erst in Kraft, wenn jemand nicht mehr urteilsfähig ist
- Bei der Erstellung muss man urteilsfähig sein!
- Validation, wenn man urteilsunfähig ist
- Abgrenzung Vollmacht: diese tritt sofort in Kraft!
  Aber Banken akzeptieren sie nicht, wenn sie erst in der Phase der Urteilsunfähigkeit erstellt werden

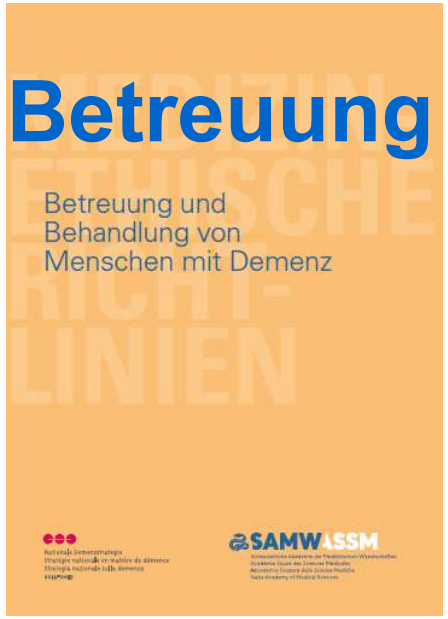
Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis

Urteils*un*fähigkeit ist keine inhärente Eigenschaft, sondern wird dem Patienten zugeschrieben. Diese Zuschreibung beruht auf einem Abwägen relevanter Informationen; sie erfolgt unter Einbezug der moralischen Prinzipien «Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten» und «Fürsorge». Sie gründet somit auf ethisch-normativen Überlegungen, ob dem Patienten die Entscheidverantwortung abgenommen werden muss.

Urteilsfähigkeit…
Autonomie vs Fürsorge

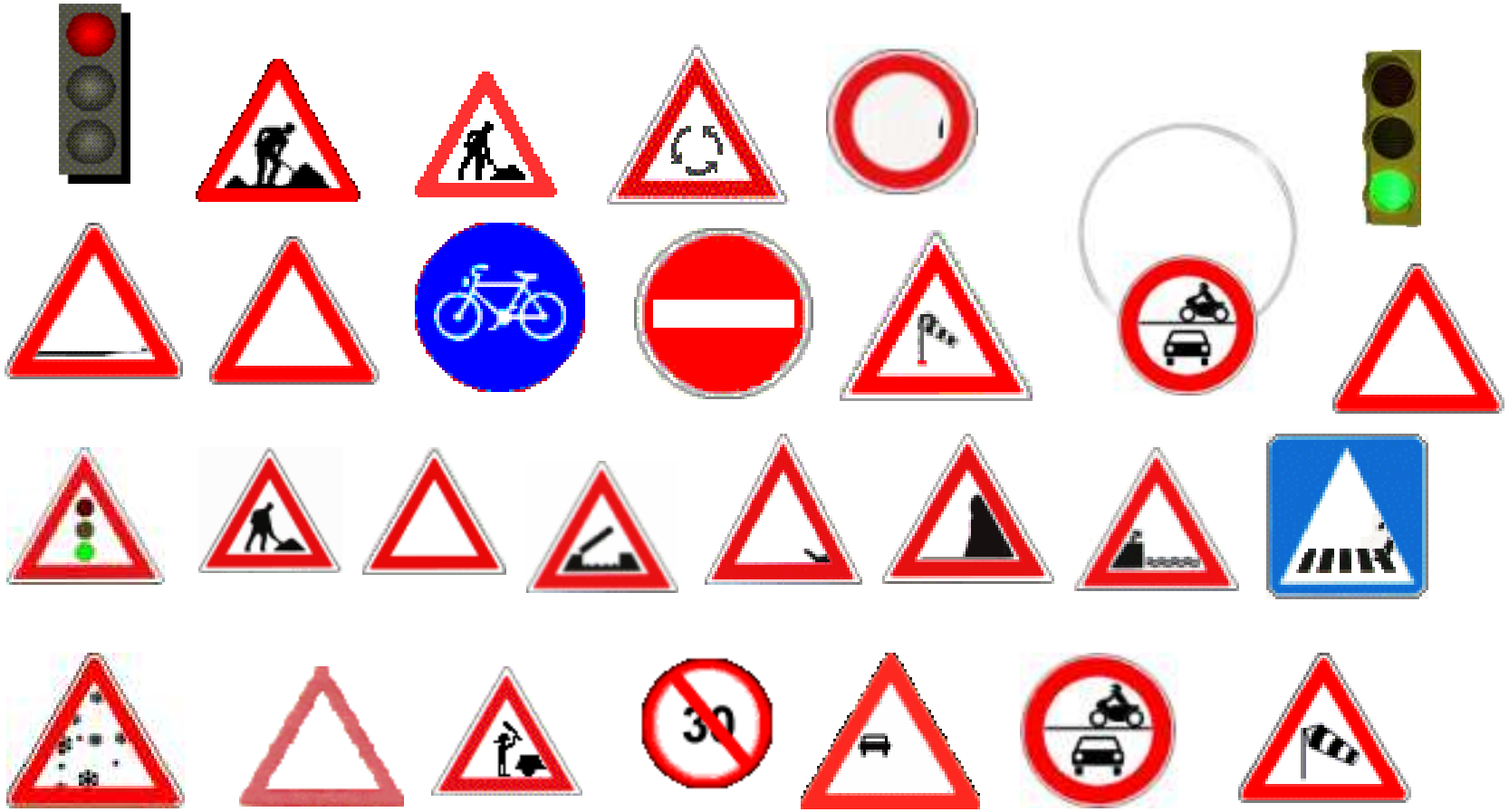
- Ärztlich: gleichzeitige Gewichtung zweier ethischer Prinzipien: Respekt vor Selbstbestimmung vs. Gewährleistung von Schutz
- Urteilsfähigkeit kann schwanken (Delir!)
- Mitbestimmung: wie weit ist das möglich?

Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz



Die Urteilsfähigkeit ist immer mit Bezug auf eine konkrete Entscheidung zu beurteilen. Sie kann bei der demenzkranken Person z. B. für einfache Eingriffe und alltägliche Betreuungsmassnahmen, Essenswünsche etc. noch vorhanden sein, wenn sie für komplexere Angelegenheiten und solche von grosser Tragweite (z. B. Abschluss eines Pflegevertrags) bereits fehlt. In jedem Fall ist auch zu überprüfen, ob die getroffene Wahl wirklich freiwillig und ohne äusseren Druck getroffen wurde. Sofern die Urteilsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, muss die demenzkranke Person für den konkreten Entscheid vertreten werden.

Autofahren im Alter
Gestern und heute?



Was braucht es zum Autofahren?

1. Lernen und Gedächtnis
2. Komplexe Aufmerksamkeit
3. Exekutive Funktionen (Planen, vorausschauendes Denken u.a.)
4. Sprache
5. Komplexe motorische Fähigkeit
6. Soziale Kognition

Ressourcen: prozedurales Gedächtnis (Fahrfertigkeit!)

Fahreignung bei älteren Menschen

- Erhöhte Unfallgefahr
  (pro gefahrener Kilometer)
- Erhöhtes Risiko eines fatalen Unfalles
- > 85 J: Fatale Unfallrate 9x ↑verglichen mit 25-69 Jährigen
- Erhöhte Unfallgefahr bei Demenzerkrankten
- Mehr Unfälle an Kreuzungen
- Probleme bei Lichtsignalen
- Spurhalten
- Spurwechsel

Claire et al: JAGS 2004; 52: 143-49
Gillepsie et al: Age and Aging 99;28: 53-57
Carr et al: Handbook of Neurology 2019

Auswirkungen der Alzheimerdemenz auf das Autofahren

- Langsamer
- „zu langsam, zu schnell“
- Spurhalten
- Kreuzungen
- Lichtsignale
- Unerwartetes Bremsen
- Aber: nicht alle Demenzerkrankte sind zu Beginn der Erkrankung unsichere Autofahrer

Aber: Eigenregulation

- Weniger Kilometer
- Fahren bei niedriger Risikosituation (gutes Wetter, tagsüber)
- Keine Rushhours
- Fahrten nur in bekannter Umgebung
- Verminderte Geschwindigkeit
- Weniger Überholen
- Weniger Imponiergehabe

Die Ärztinnen und Ärzte im Clinch…

- Konflikt zwischen ärztlicher Beziehung und Verantwortungsbewusstsein
- Wie sage ich es?
- Soll ich etwas sagen?
- Muss ich ein Screening machen????

Revision gesetzliche Mindestanforderungen

Anhang 1 Verkehrszulassungsverordnung (VZV) 2016

Organisch bedingte Hirnleistungsstörungen:
Was heisst das, ist Ausschlusskriterium?

"Keine Krankheiten oder organisch bedingte psychische Störungen mit bedeutsamer Beeinträchtigung von Bewusstsein, Orientierung, Gedächtnis, Denkvermögen, Reaktionsvermögen oder andere Hirnleistungsstörung.
Keine manische oder erhebliche depressive Symptomatik. Keine verkehrsrelevanten Verhaltensstörungen. Keine Beeinträchtigung von verkehrsrelevanten Leistungsreserven".

Swiss Medical Forum 2017;17(07): 155-160

Revision gesetzliche Mindestanforderungen

Ist das praktikabel?

Anhang 1 Verkehrszulassungsverordnung (VZV) 2016

Bei Demenz ist die «Clinical Dementia RatingScale» (CDR) ein wichtiger Indikator Anhand des CDR-Score, für den die Einschätzung eines Angehörigen erforderlich ist, kann der Schweregrad der Demenz (von 0 = keine Demenz bis 3 = schwere Demenz) anhand eines strukturierten Fragebogens zu sechs Funktionen (Gedächtnis, Orientierung, Urteilsvermögen, Leben in der Gemeinschaft, Hobbys und Körperpflege) beurteilt werden. Eine leichte Beeinträchtigung (CDR = 0,5) bereitet kaum Probleme, während ein CDR ab 1 ein Risiko für eine ziemlich rasche Verschlechterung der Fahreignung darstellt [5]. Bei CDR 1 sollte demzufolge insbesondere bei Unfällen und/oder «Parkremplern» beziehungsweise bei Besorgnis eines Angehörigen empfohlen werden, auf das Führen eines Motorfahrzeugs zu verzichten.

Anhang 1 Verkehrszulassungsverordnung (VZV)

Die Kurzevaluation bestimmter kognitiver Funktionen sollte mittels «Mini Mental State Examination» (MMSE), Uhrentest sowie «Trail Making Test B» (Zahlen-Verbindungs-Test) erfolgen. Bei schweren Beeinträchtigungen in diesen Tests (insbesondere einer MMSE <25 und einem Uhrentest unter 5/7 Punkten) bestehen starke Zweifel an der Fahreignung und es wird eine geriatrische/neuropsychologische Fachuntersuchung empfohlen [3].

Wie sieht das in der hauärztlichen Praxis aus??
MMS <25 ist das schon schwer?

Originalartikel Praxis 2012; 101 (7): 451–464 451

[1,9]U.P. Mosimann, [2]J. Bächli-Biétry, [3]J. Boll, [4]I. Bopp-Kistler, [5]F. Donati, [6]R.W. Kressig, [7]B. Martensson, [6]A.U. Monsch, [8,9]R. Müri, [9]T. Nef, [10]A. Rothenberger, [2]R. Seeger, [11]A. von Gunten, [12]U. Wirz

Konsensusempfehlungen zur Beurteilung der medizinischen Mindestanforderungen für Fahreignung bei kognitiver Beeinträchtigung

Consensus Recommendations for the Assessment of Fitness to Drive in Cognitively Impaired Patients

Tab. 2: Risikoeinschätzung für die Beurteilung der medizinischen Mindestanforderungen bei beginnender Demenz.

	Risikoeinschätzung		
Anamnese	**klein**	**mittel**	**hoch**
Polizeikontrollen, Verkehrsbussen, Unfälle (letzte 2 Jahre)		X	
Beifahrer fühlt sich unsicher		X	
Vermeidungsstrategien – Einschränkung Fahrleistung		X	
Clinical Dementia Rating (CDR)			
CDR: 0,5	X		
CDR: 1,0		X	
CDR: >1,0			X
Alltagsaktivitäten			
Leichte Beeinträchtigung IADL		X	
Beeinträchtigung BADL			X
Mini Mentalstatus			
MMSE >24	X		
MMSE 22–24		X	
MMSE ≤21			X
Trail Making B Test			
Testwert <180 s	X		
Testwert >180–200 s		X	
Testwert >300 (d.h. nicht mehr durchführbar)			X
Sehen			
Fernvisus >0,6; Gesichtsfeld >140 Grad; keine Doppelbilder, kein Neglekt	X		
Fernvisus <0,6			X
Gesichtsfeld <140 Grad			X
Doppelbilder			X
Hemispatialer Neglect			X
HWS-Beweglichkeit			
Kopfdrehen >45 Grad	X		
Kopfdrehen <45 Grad			X
Demenzätiologie und Schweregrad			
Sehr leichte Alzheimer-Demenz (CDR 0,5; MMSE ≥24, Trail B <180)	X		
Leichte Alzheimer-Demenz (CDR 1, MMSE ≥24, Trail B <180)		X	
Frontotemporale Degeneration (Verhaltensvariante)			X
Lewy Körperchen-Demenz (MMSE ≥24, Trail B <180)		X	
Parkinson-Demenz (MMSE ≥24, Trail B <180)		X	
+ zusätzliche demenzassoziierte Komorbiditäten			
Impulsiv, aggressiv (z.B. neuropsychiatrisches Interview)			X
Fehlende Krankheitseinsicht			X
Tagesschläfrigkeit (Epworth Fragebogen ≥12)			X

Demenzätiologie und Schweregrad			
Sehr leichte Alzheimer-Demenz (CDR 0,5; MMSE ≥24, Trail B <180)	X		
Leichte Alzheimer-Demenz (CDR 1, MMSE ≥24, Trail B <180)		X	
Frontotemporale Degeneration (Verhaltensvariante)			X
Lewy Körperchen-Demenz (MMSE ≥24, Trail B <180)		X	
Parkinson-Demenz (MMSE ≥24, Trail B <180)		X	

Cave: Anosognosie!!!
Cave: Eigeninteresse der Angehörigen!

Red flags bezüglich Autofahren

- CDR > 1 (mehr als leichte Demenz)
- MMS < 23? (oder schon früher?)
- Pathologische MMS-Figur
- Pathologischer Uhrentest
- Patienten und/oder Angehörige fühlen sich nicht mehr sicher
- Selbständigkeit in mehreren instrumentierten Aktivität beeinträchtigt
- Selbständigkeit in einer basalen Aktivitäten beeinträchtigt
- Keine Krankheitseinsicht
- Aggressives Verhalten

Braucht es nur Tests oder doch mehr?
Anamnese zur Kognition ist sehr wichtig

- Alltagsaktivität (CDR-Stadium, Fremdanamnese, Alltagsfunktionen
- Fremdanamnese bezüglich Fahrverhalten (Enkelfrage!)
- Auffallendes Fahrverhalten (Fremdanamnese, Polizei)
- Unfälle, Blechschäden vermehrt
- Verminderter Radius
- Selbstgeschildertes Vermeidungsverhalten
- Aggressives, impulsives Verhalten

Die Krux der Polymorbidität: komplex

- Krankheiten: Diabetes mellitus, Herzkreislauferkrankung, Schlafapnoe
- Bewusstlosigkeiten, Schwindelattacken, Verwirrtheitszustände Synkopen, Epilepsie, möglicher Sekundenschlaf…
- Sensomotorik: Polyneuropathie, motorische Schwäche u.a.
- HWS: Einschränkung der Beweglichkeit
- Visus: klare Richtlinien, aber bei zusätzlicher Demenz anders werten!
- Polypharmazie, Schlafmedikation!, auch nicht verordnete Medikamente
- Neue Medikation, Compliance, Adhärenz

Cardiovascular Medicine

Official communication | Published 20 June 2019 | doi:10.4414/cvm.2019.02023
Cite this as: Cardiovasc Med. 2019;22:w02023

Fahreignung und kardiovaskuläre Erkrankungen: gemeinsame Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin

Genehmigt am 5.5.2019 durch die Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie und am 9.5.2019 durch die Sektion Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin

Beispiel Synkope:
Oft Ursache nicht klar, besonders in der Geriatrie

Tabelle 1: Fahreignung bei Synkopen.

		1. Gruppe	2. Gruppe
Vasovagale Synkope	Einmalige vasovagale Synkope, nicht im Sitzen/ beim Fahren	Fahrgeeignet	Fahrgeeignet
	Rezidivierende vasovagale Synkopen oder einmalige vasovagale Synkope im Sitzen/beim Fahren	Fahrgeeignet, Wartefrist 1 Monat ab letztem Ereignis	Einzelfallbeurteilung, Wartefrist minimal 3 Monate ab letztem Ereignis
Synkope mit auslösenden, behebbaren Faktoren (z.B. Schmerz, Anämie, Fieber, Dehydratation)		Fahrgeeignet, sobald auslösender Faktor behoben	Fahrgeeignet, sobald auslösender Faktor behoben
Synkope bei Brady- oder Tachyarrhythmien		Siehe Tabellen 4, 5 und 6	Siehe Tabellen 4, 5 und 6
Unklare Synkope ohne Prodromi, die eine adäquate Schutzreaktion des Patienten erlauben		Fahrgeeignet, Wartefrist 3 Monate ab letztem Ereignis	Nicht fahrgeeignet, bis Diagnose gestellt und Therapie eingeleitet. Bei fehlender Diagnose Wartefrist minimal 12 Monate ab letztem Ereignis

Handbook of Clinical Neurology, Vol. 167 (3rd series)
Geriatric Neurology
S.T. DeKosky and S. Asthana, Editors
https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804766-8.00031-5
Copyright © 2019 Elsevier B.V. All rights reserved

Chapter 31

Driving in the elderly in health and disease

DAVID B. CARR[1], JAMES D. STOWE[2], AND JOHN C. MORRIS[3]*
[1]*Departments of Medicine and Neurology, Washington University School of Medicine, St Louis, MO, United States*
[2]*Aging and Adult Services, Mid-America Regional Council, Kansas City, MO, United States*
[3]*Department of Neurology and Director, Knight Alzheimer Disease Research Center, Washington University School of Medicine, St Louis, MO, United States*

- Es gibt keine Patentlösung
- Allgemeines Screening bezüglich Demenz sinnvoll: keine klare Evidenz
- GPS kann hilfreich sein, muss früh eingesetzt werden
- Kein Test alleine ist aussagekräftig
- Probefahrt kann hilfreich sein: in der Schweiz offizielle Probefahrt nur nach Abklärung durch einen Verkehrsmediziner
- Bei Krankheit aus meiner Sicht nicht durch einen Fahrlehrer überprüfen

Komorbidität und Fahreignung

- Komorbidität ist mindestens so einschränkend wie Kognition
- Kein Dual Tasking während Autofahrt!
- Kein Alkohol
- Richtlinien bezüglich Diabetes sind in Geriatrie oft ein Tabu
- Beachte Richtlinien bezüglich Epilepsie (unterdiagnostiziert)
- Kardiale Richtlinien komplex, zu large bei geriatrischen Patienten?
- Denke an neu verordnete Medikamente!!!!
  (Betrifft Fahrfähigkeit, Dokumentation!)

Besteht Fahreignung bei älteren Menschen?

- Ab 85 Jahren grössere Gefahr
- Komorbidität und Alter beachten bei Demenz
- Velo: meist Gefahr der eigenen Person
- E-Bike kann gefährlich sein
- Traktor auf eigenem Terrain auf eigene Gefahr
- Gute Lichtverhältnisse
- Keine Rush Hour
- Möglichst eigenverantwortliche Abgabe
- Komorbdität hervorheben!

Lieben Dank fürs
Zuhören
Der Weg ist eine
Gratwanderung…