

Demenz: Herausforderung – gibt es Hoffnung?

13.1.2022

Pharmazeutische Gesellschaft

**Irene Bopp-Kistler, Dr. med.
Leitende Ärztin
Universitäre Klinik für Akutgeriatrie
Medix Gruppenpraxis Zürich**



Das Denken bestimmt, wo stehen Demenz Erkrankte?

«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

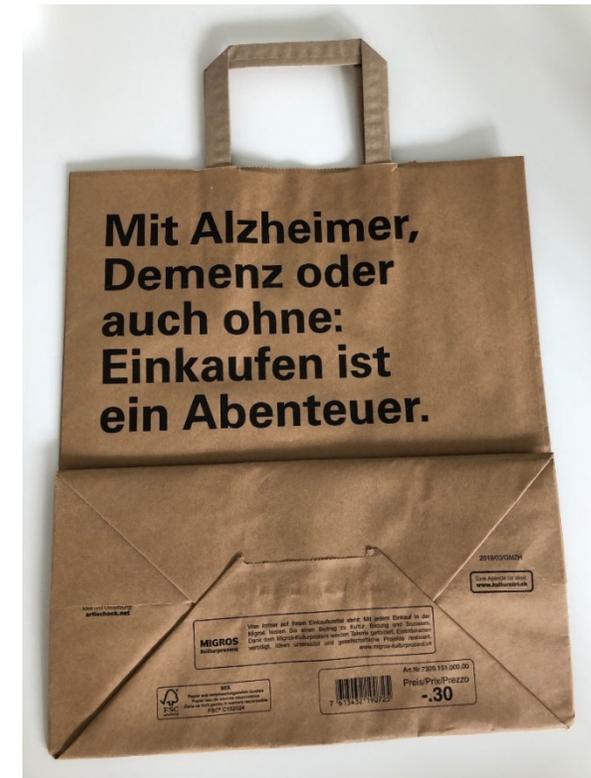
- Wieso versage ich im Beruf?
- Wie sieht meine/unsere Zukunft aus?
- Wieso habe ich mehr Konflikte?
- Wieso sprechen alle über mich
- Mobbing? Depression?
- Verunsicherung
- Krisensituation
- Wieso finde ich die Wörter nicht?



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



Vom Loslassen

Das Schicksalshafte des Loslassens kann geradezu als Metapher der Demenz angesehen werden.

Das Loslassen von Fähigkeiten, der Sprache, von Beziehungsmustern, der Arbeitsstelle, vom Autofahren tut weh, doch diese Menschen haben keine Alternativen.



demenz. Fakten Geschichten Perspektiven

Offizielle Kriterien der Demenz (DSM V)

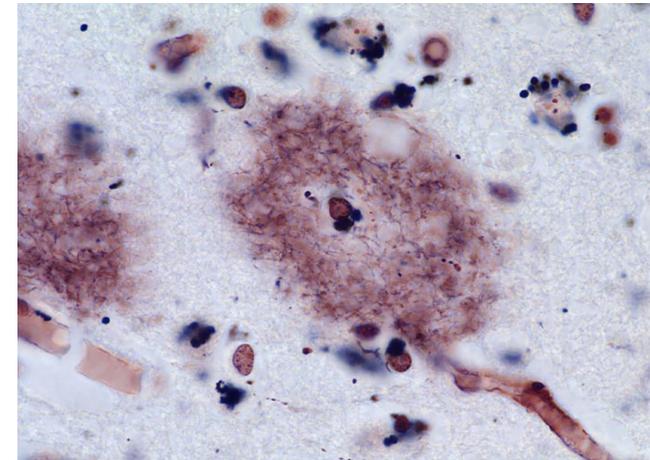
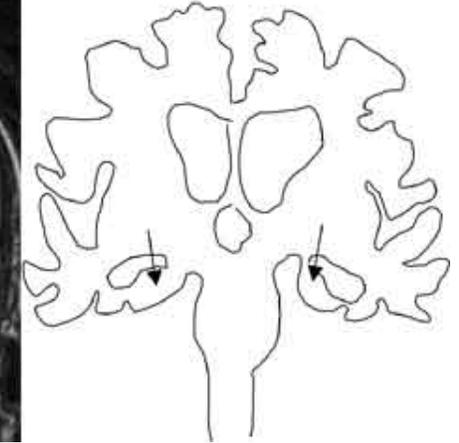
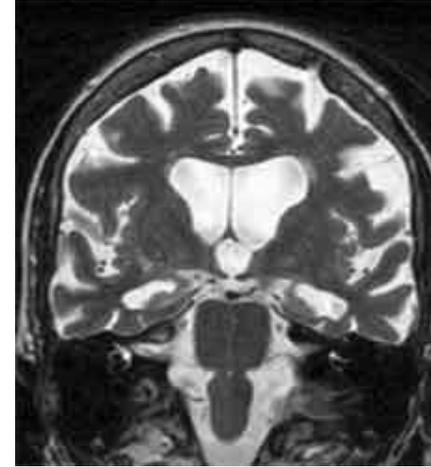
1. Lernen und Gedächtnis
2. Komplexe Aufmerksamkeit
3. Exekutive Funktionen (Planen, logisches Denken u.a.)
4. Sprache
5. Komplexe motorische Fähigkeit
6. Soziale Kognition

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

Demenz: ist ein Überbegriff

Alzheimer ist die häufigste Demenz

- Prototyp: **Alzheimerdemenz**
- Dominante Klinik:
Gedächtnisstörung
- Andere Hirnleistungsdefizite
- Störung im Alltag:
Medikamenteinnahme und
Finanzen oft sehr früh betroffen



Es gibt nicht nur die Alzheimerdemenz!

z.B. Frontotemporale Demenz

kaum jemand spricht darüber...



- Soziales Verhalten
- Empathie
- Impulsverhalten
- Dysexekutive Störung
- Antriebsstörung
- Perseveratives Verhalten
- Mangelnde Krankheitseinsicht

Published Ahead of Print on June 7, 2017 as 10.1212/WNL.0000000000004058

VIEWS & REVIEWS

Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies

Fourth consensus report of the DLB Consortium

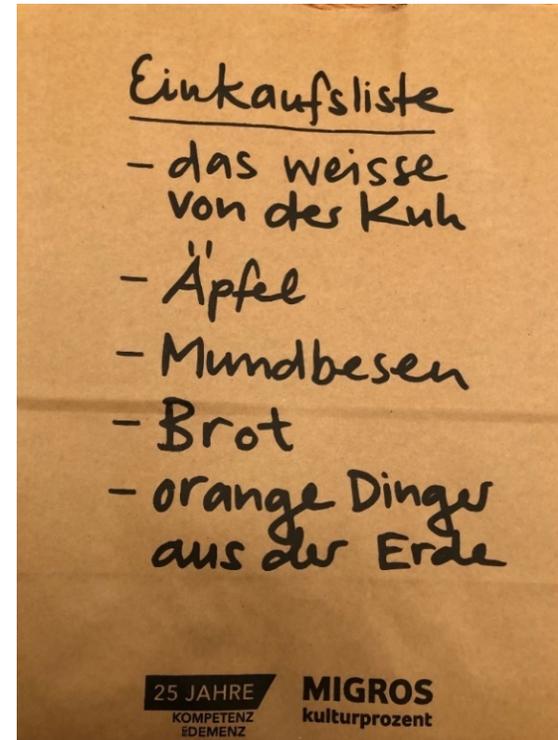
[OPEN](#)

Ian G. McKeith, MD,

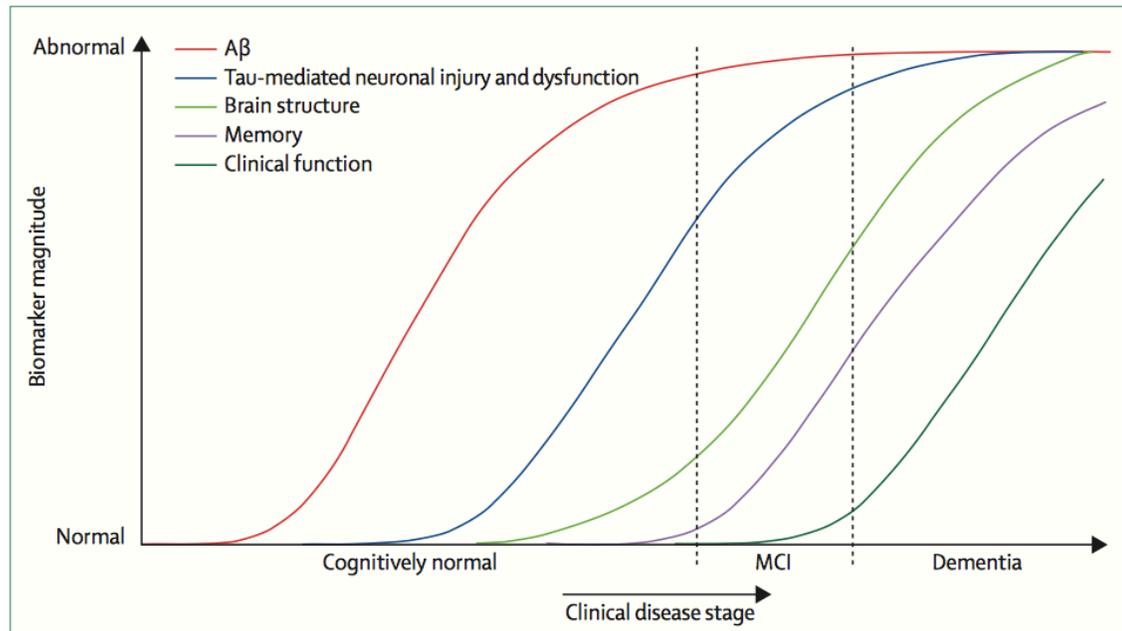
- Fluktuationen
- REM-Schlafstörung
- Halluzinationen
- Extrapyramidale Symptomatik
- Oft ausgeprägte Orientierungsprobleme

Schweregrad der Demenz: Abhängig von Alltagsfunktionen, nicht von Tests!

- 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



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

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

Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen



Recommendations of Swiss Memory Clinics for the
Diagnosis of Dementia

Markus Bürge^{1,2,6}, Gabriela Bieri^{1,2,7}, Matthias Brühlmeier⁸, 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 Jüngling¹⁵, Eberhard Kirsch¹⁶, Reto W. Kressig^{1,2,17},
Luka Kulic¹³, Andreas U. Monsch^{1,5,17}, Martin Ott^{7,18}, Hans Pihan^{1,3,19}, Julius Popp^{20,21},
Luca Rampa²², Brigitte Rügger-Frey²³, Marianne Schneitter²⁴, Paul Gerson Unschuld^{4,13},
Armin von Gunten^{1,4,20}, Birte Weinheimer¹⁸, Roland Wiest²⁵ und Egemen Savaskan^{1,4,13}

Praxis 2018; 107 (8): 435–451

Abbildung 1. Algorithmus Hausarzt Demenzabklärung.

- ¹ Beispiele für «red flags»: Subjektive Beschwerden, Hinweise durch Angehörige, Spitex oder Dritte, Auffälligkeiten in der Praxis (Probleme bei der Termineinhaltung, beim Medikamenten- oder Diabetesmanagement), neue Schwierigkeiten bei der Erledigung der Finanzen (z.B. Mahnungen). St. n. Delir
- ² Allenfalls Ergänzung z.B. durch BrainCheck (www.braincheck.ch) oder IQCODE Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (http://crahw.anu.edu.au/files/German_short.pdf).
- ³ Das Montreal Cognitive Assessment (MoCA; www.mocatest.org) wird empfohlen; andere Instrumente sind möglich.
- ⁴ Der MMSE ist für die Detektion früher Stadien von Demenzen nicht sensitiv genug. Die Ergänzung des MMSE durch den Uhrentest schafft hier etwas Abhilfe.
- ⁵ In der Schweiz ist auch der DemTect gebräuchlich.
- ⁶ Bei der Bildgebung sollte ein sogenanntes Demenzprotokoll (spezielle Darstellung der mesiotemporalen Strukturen) durchgeführt werden.

Red flags

- Subjektive Beschwerden, Hinweise durch Angehörige, Spitex oder Dritte,
- Auffälligkeiten in der Praxis (Probleme bei der Termineinhaltung, beim Medikamenten- und Diabetesmanagement)
- neu Probleme bei den Finanzen (z.B. Mahnungen),
- **St. nach Delir**
- **Apotheken wichtige Rolle!**

Die Apotheke als wichtiger "Casefinder" ... Vieles liegt im Nebel...

- Mehrfach Bezug von Medikamenten
- Unsicherheit
- Kleidung
- Mehrfach Aufsuchen der Apotheke
- Bezug von gleichen Medikamenten –
der Fluch der Generika..

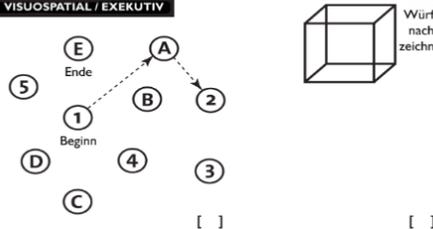
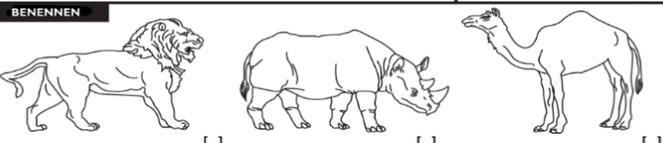


MOCA (Montreal cognitive Assessment):

www.mocatest.org

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

NAME : _____
 Ausbildung : _____ Geburtsdatum : _____
 Geschlecht : _____ DATUM : _____

VISUOSPATIAL / EXEKUTIV  Würfel nachzeichnen Eine Uhr zeichnen (Zehn nach elf) (3 Punkte)		PUNKTE
BENENNEN 		___/3
GEDÄCHTNIS Wortliste vorlesen, wiederholen lassen. 2 Durchgänge. Nach 5 Minuten überprüfen (s.u.)		Keine Punkte
AUFMERKSAMKEIT Zahlenliste vorlesen (1 Zahl/ Sek.) In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen [] 2 1 8 5 4 Rückwärts wiederholen [] 7 4 2		___/2
Buchstabenliste vorlesen (1 Buchst./Sek.). Patient soll bei jedem Buchstaben „A“ mit der Hand klopfen. Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern [] 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
Fortlaufendes Abziehen von 7, mit 100 anfangen [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 oder 5 korrekte Ergebnisse: 3 P., 2 oder 3 korrekt: 2 P., 1 korrekt: 1 P., 0 korrekt: 0 P.		___/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
Möglichst 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 - Lintal		___/2
ERINNERUNG Worte erinnern OHNE HINWEIS GESICHT [] SAMT [] KIRCHE [] TULPE [] ROT []		___/5
Optional Hinweis zu Kategorie Mehrfachauswahl		
ORIENTIERUNG [] Datum [] Monat [] Jahr [] Wochentag [] Ort [] Stadt		___/6
© Z Nasreddine MD, Version 7. Nov. 2004, deutsche Übersetzung SM Bartsch, SG Zipper Normal ≥ 26 / 30 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/>

Uhrentest: der geniale einfache Test....

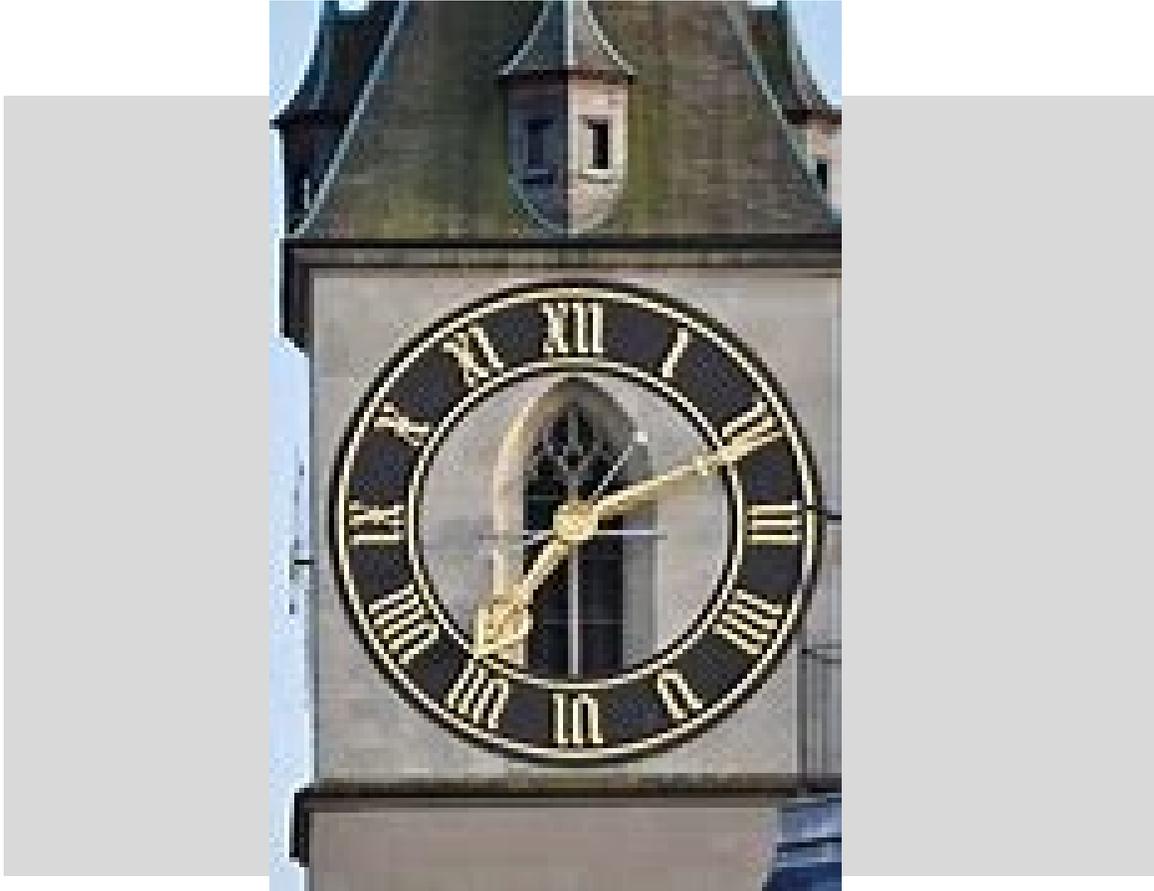


Bild: Internet



Bild: Internet

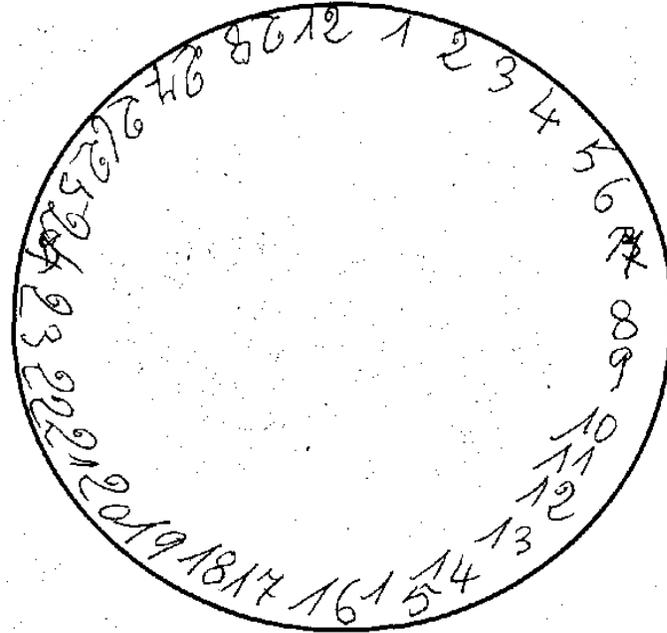
UHRENTEST

KG 2.1/31b

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

Ohne Vorlage

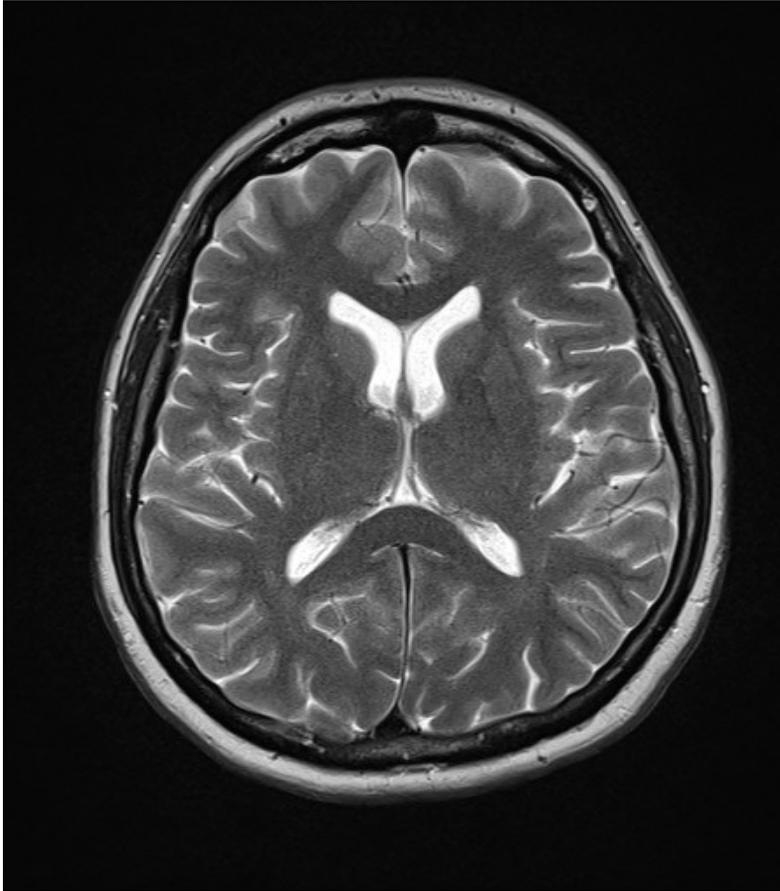
Bitte zeichnen Sie eine Uhr!
Mit allen Zahlen und Zeigern



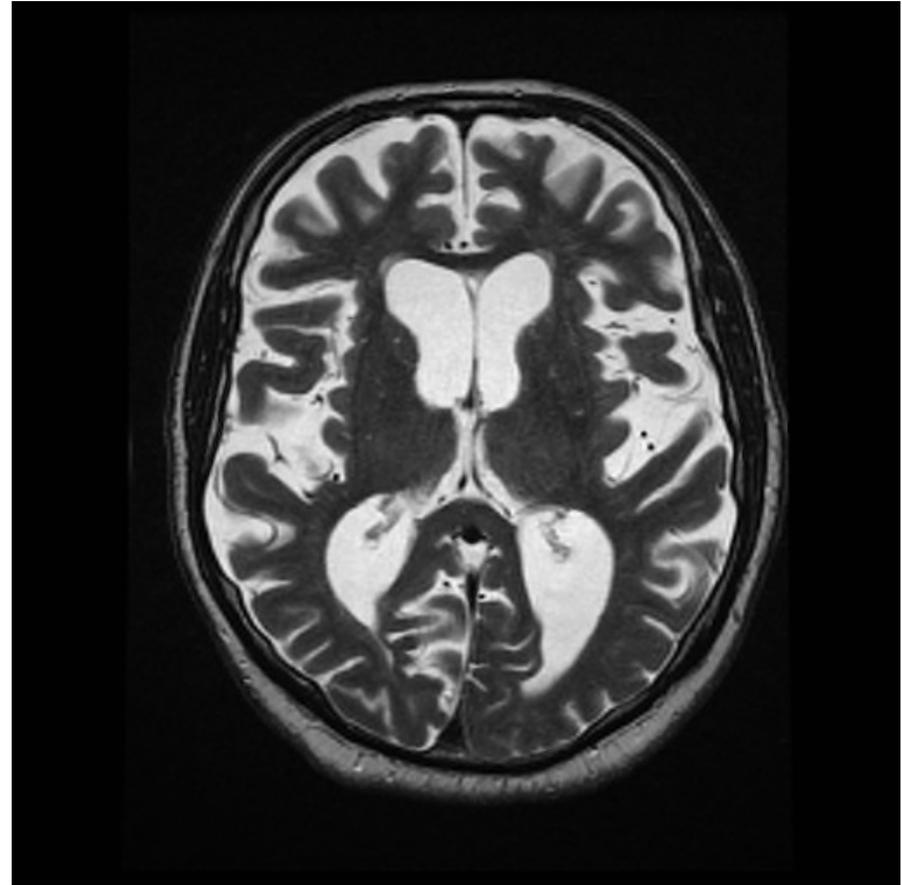
Visuokonstruktion
Planung

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

haft



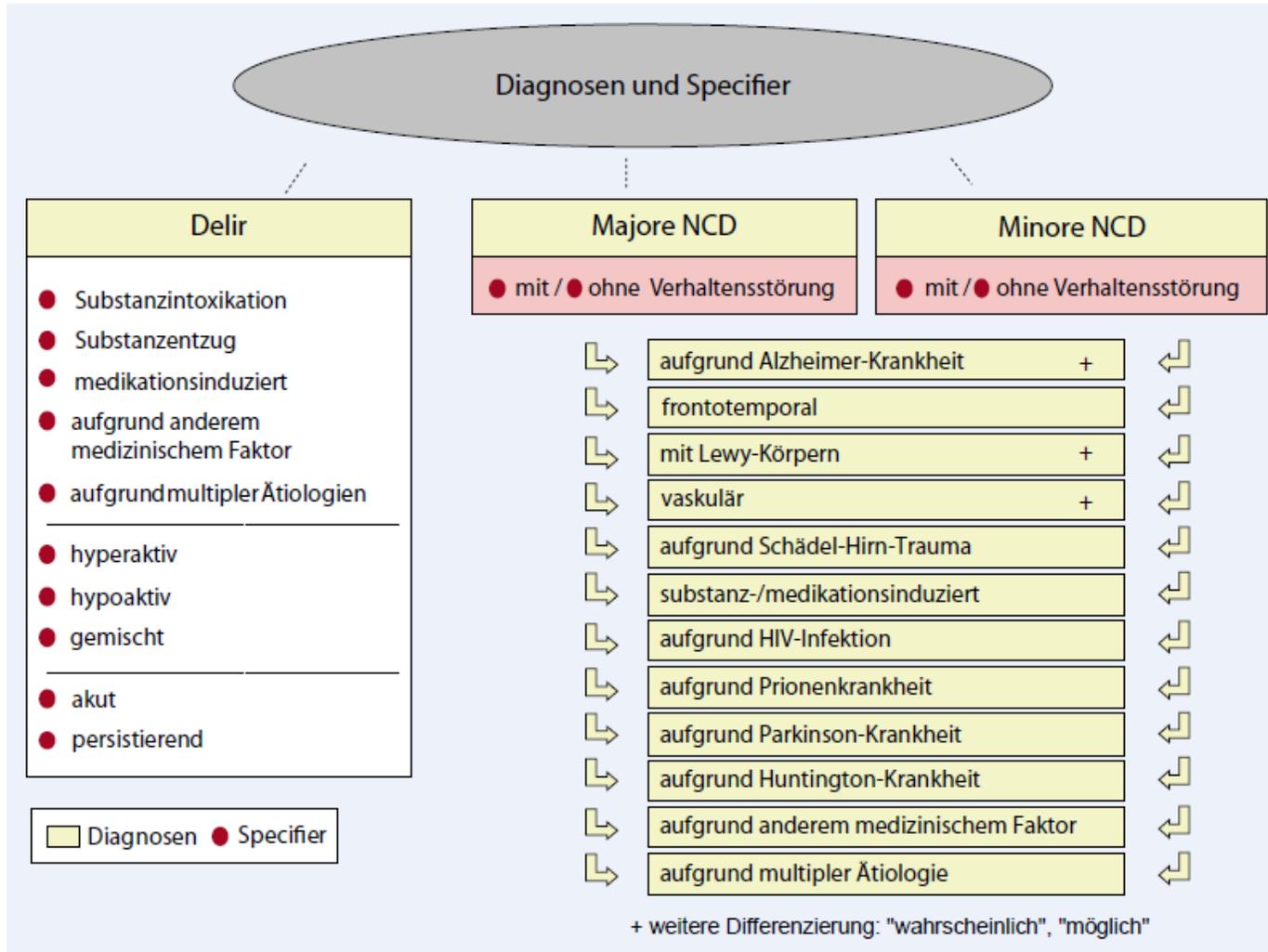
13.1.2021 Irene Bopp-Kistler



Pharmazeutische Gesellschaft

Neurokognitive Störungen im DSM-5

Durchgreifende Änderungen in der Demenzdiagnostik



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 Alzheimervereinigung⁹

¹Egemen Savaskan, ³Irene Bopp-Kistler, ⁵Markus Buerge, ⁹Regina Fischlin, ¹⁴Dan Georgescu, ¹Umberto Giardini, ⁶Martin Hatzinger, ¹Ulrich Hemmeter, ¹Isabella Justiniano, ³Reto W. Kressig, ⁷Andreas Monsch, ¹Urs P. Mosimann, ²Renè Mueri, ⁹Anna Munk, ¹Julius Popp, ⁸Ruth Schmid, ¹Marc 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!!

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 Neuauftreten von
BPSD!
Bei mittelschwerer bis schwerer
Demenz

Effectiveness of antidementia drugs in delaying Alzheimer's disease progression

Susan D. Rountree^{a,*}, Alireza Atri^{b,c}, Oscar L. Lopez^d, Rachelle S. Doody^a

^a*Department of Neurology, Alzheimer's Disease and Memory Disorders Center, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA*

^b*Department of Neurology, Massachusetts General Hospital and Neurology Memory Disorders Unit, Boston, MA, USA*

^c*Geriatric Research, Education, and Clinical Center (GRECC), ENRM VA Medical Center, Bedford, MA, USA*

^d*Department of Neurology, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA*

Alzheimer's & Dementia 9 (2013) 338–345

Results: Similar to RCTs, LTOCs have shown that both monotherapy and combination therapy are associated with slower cognitive and functional decline. Combination therapy is associated with better cognitive outcomes and greater delays in time to nursing home admission versus monotherapy or no treatment. Persistent antidementia drug treatment is associated with slower decline in cognition, daily function, and global severity, even in patients with advanced disease.

Monotherapie und Kombinationstherapie sind mit reduzierter kognitiver und funktioneller Verschlechterung assoziiert. Kombinationstherapie ist Monotherapie überlegen. Pflegeheimweisung wird verzögert.

Behandlung: was gibt es?

- **Antidementiva**
verzögern leicht, gut bei Verhaltensauffälligkeiten
- Abwägung Nutzen vs Nebenwirkung:
Acetylcholinesterase-Hemmer: Gewicht, gastrointestinale NW, kardiale Komorbidität
Memantin: Schwindel, Kopfschmerzen, Epilepsie, BD
Ginkgo: unterschiedliche Studien, werden gut toleriert
- **Antidepressiva**: DD Antriebsstörung bei Demenz, Depression
- **Trazodon**: kann hilfreich sein
- **Neuroleptika**: möglichst zurückhaltend: Quetiapin und Risperidon an erster Stelle (je nachdem ob Sedation oder antipsychotische Wirkung gefragt)

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



REVIEW

Trazodone for Insomnia: A Systematic Review

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

- Uraltetes 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

Treatment options of agitation in dementia:

Current Treatment Options in Neurology 2019, JM Ringman et al

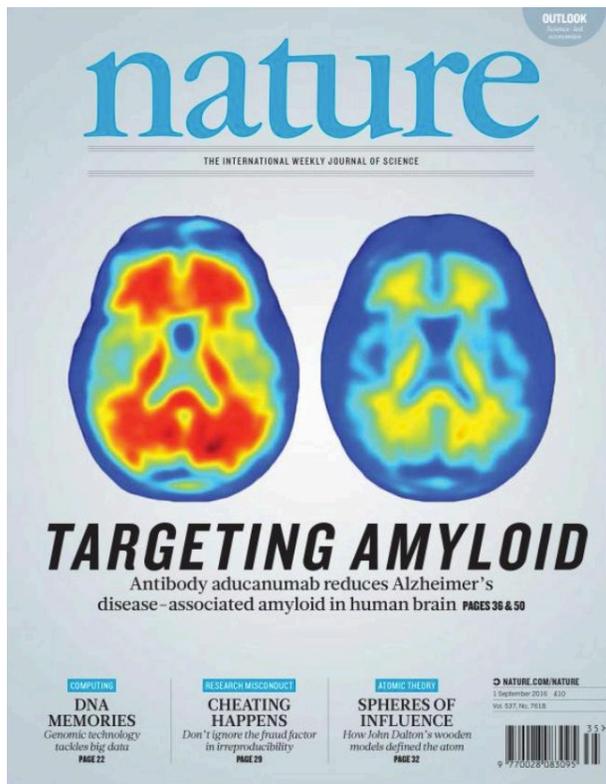
Acetylcholinesterase inhibitors and **memantine** should be initiated to enhance cognition, and if present, management of **insomnia** or **sundowning** with **trazodone** is indicated.

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.

Nature 2016...

Eine Hoffnung mehr, eine falsche Hoffnung??

(Von der FDI zugelassen 2021, in Europa abgelehnt)



The antibody aducanumab reduces A β plaques in Alzheimer's disease

Jeff Sevigny^{1*}, Ping Chiao^{1*}, Thierry Bussière^{1*}, Paul H. Weinreb^{1*}, Leslie Williams¹, Marcel Maier², Robert Dunstan¹, Stephen Salloway³, Tianle Chen¹, Yan Ling¹, John O'Gorman¹, Fang Qian¹, Mahin Arastu¹, Mingwei Li¹, Sowmya Chollate¹, Melanie S. Brennan¹, Omar Quintero-Monzon¹, Robert H. Scannevin¹, H. Moore Arnold¹, Thomas Engber¹, Kenneth Rhodes¹, James Ferrero¹, Yaming Hang¹, Alvydas Mikulskis¹, Jan Grimm², Christoph Hock^{2,4}, Roger M. Nitsch^{2,4§} & Alfred Sandrock^{1§}

Aducanumab

ENGAGE and EMERGE: Truth and consequences?

Lewis H. Kuller¹ | 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 from 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.

Aducanumab: Nutzen vs. Risiko?

In den USA zugelassen, was fragen die Patienten?

- Kosten 53000 Dollar pro Jahr (ohne weitere Kosten) in den USA
- regelmässig MRI (im ersten Jahr 3-4Jahr)
Infusion im Zentrum, mit Überwachung
Kontrolle ärztlich
- Wichtigste Nebenwirkung:
ARIA (Amyloid Related Imaging Abnormalities)
ARIA-E: Edema, ARIA-H: Hämorrhagie
- Wirkung: Moderate Wirkung bezüglich Kognition, Alltagsfunktionen,
Verhaltensauffälligkeiten: konnte nur in einer Studie bestätigt werden (Emerge)
in der zweiten Studie (Engage): keine Wirkung, bei hoher Dosierung vergleichbar
mit Emerge
- Im PET und Liquor: hoch signifikante Abnahme von Amyloid

Wieder eine Hoffnung weniger...

Antiamyloid, viele Medikamente in Entwicklung...

Aggregation von Tau, Bildung Plaques, Kinase-Hemmer....

Aducanumab: Der aktuelle Stand

Am 17.12.2021 hat die Europäische Arzneimittelbehörde EMA den Antrag auf Zulassung des Wirkstoffes Aducanumab zur Behandlung der Alzheimer-Krankheit in der EU abgelehnt. Die Risiken des Wirkstoffes seien größer als der Nutzen, so die Begründung der EMA. Anders entschieden hatte zuvor die US-Food and Drug Administration FDA. Die Arzneimittelbehörde hatte den Wirkstoff im Juni unter dem Markennamen Aduhelm für die USA zugelassen. Die Zulassung war höchst umstritten. Wir haben die wichtigsten Fakten zusammengestellt.

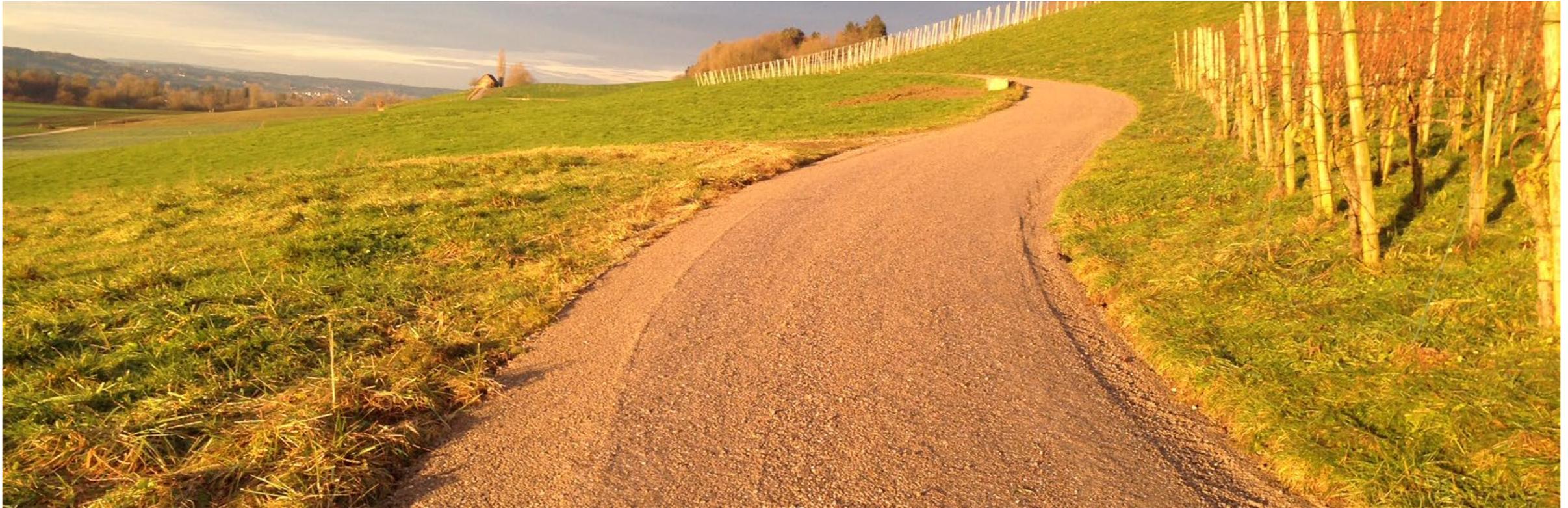
Warum wurde das Medikament in der EU nicht zugelassen?

Am 17.12.2021 lehnte die Europäische Arzneimittelbehörde EMA den Antrag auf Zulassung von Aducanumab ab. Begründet wurde die Entscheidung mit der nicht nachgewiesenen Wirksamkeit und den teilweise schwerwiegenden Nebenwirkungen des Medikamentes. In Studien konnte Biogen zwar belegen, dass Aducanumab wirksam die alzhaimerspezifischen Eiweiß-Ablagerungen aus Beta-Amyloid im Gehirn entfernt. Ob damit aber die kognitiven Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten verbessert werden, konnte nicht nachgewiesen werden. Die EMA folgt damit der Empfehlung eines externen Expert*innen-Gremiums, das sich

be **Aducanumab Phase 3 studies EMERGE and ENGAGE**

- In EMERGE, high-dose aducanumab resulted in a consistent reduction of clinical decline across all 5 clinical endpoints spanning cognition, daily function and behavioral symptoms in patients with early Alzheimer's disease
 - Effects on amyloid PET and downstream biomarkers specific to Alzheimer's disease (CSF p-tau) and neurodegeneration (CSF t-tau) further support the clinical findings
- ENGAGE did not meet its primary endpoint
- The partially discordant results between EMERGE and ENGAGE were extensively investigated
 - Dose and unbalanced distribution of rapid progressors were the primary contributors to the discordant results observed between the two studies in the high dose aducanumab arm
 - Patients in ENGAGE who had the opportunity for 14 doses of 10 mg/kg had clinical efficacy consistent with EMERGE

Man erfindet nicht eine Diagnose, sondern man gibt belastenden Symptomen einen Namen... kann man wirklich nichts tun?



Das Diagnosegespräch löst Tränen, aber auch Wut aus...



Aber auch Erleichterung und Klarheit....



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

Keine Therapie – keine Abklärung?- man kann nichts machen... Eine Abklärung ist wichtig!



- Konfliktvermeidung in der Paarbeziehung, Familie und im Beziehungsnetz
- Verstehen und Verstanden Werden
- Rechtzeitige Entscheidungsfindung bezüglich Zukunft (Wünsche bezüglich Pflege, „End of Life-Wünsche“ im Sinne von Advance Care Planning, Patientenverfügung)
- Regelung der Finanzen (insbesondere rechtzeitige Erstellung eines Vorsorgeauftrages, Testament u.a.)
- Regelung der Medikamenteneinnahme, Unterstützung...

Aussagen von Betroffenen...

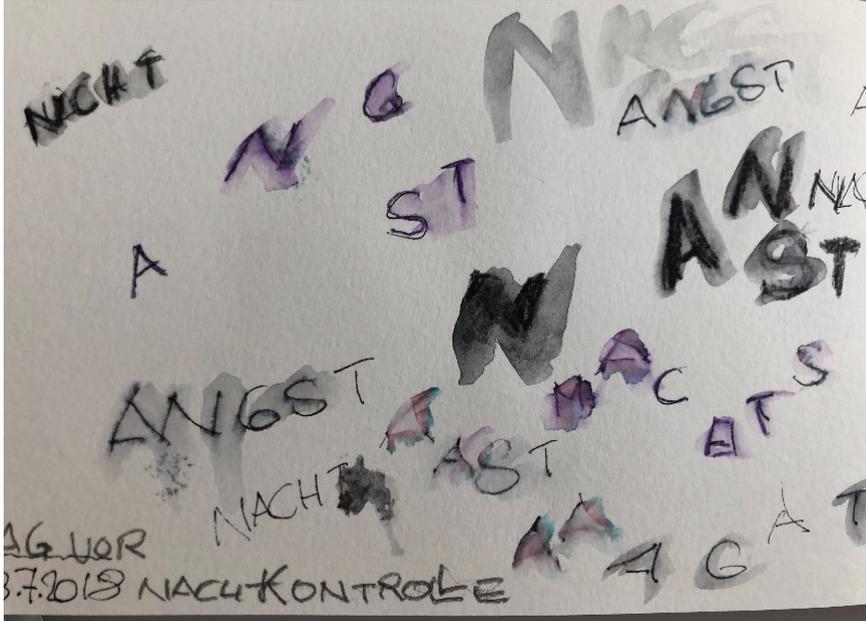
Es geht nicht nur um die Diagnose, sondern um den Mensch



- „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?

Soll ich weiter leben mit Demenz?

Beratung von End of life decision...



"Ich werde mit Exit gehen.
Diese Krankheit wird mit mir nie ihr
Ende sehen." (Rita Schwager)

Begleitung der Angehörigen,
Beratung von Beginn weg...
Aufzeigen von Alternativen
Verständnis

Was passiert danach? 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



In guten und schlechten Zeiten... wie sieht das aus bei Demenz?

- Scham
- Sexualität
- Empathie
- Schuld
- Veränderung der Persönlichkeit
- Verlust der Sprache



Verschiedene Sichtweisen...

Anosognosie: mangelnde Krankheitseinsicht



13.1.2021 Irene Bopp-Kistler



Pharmazeutische Gesellschaft

Wie steht es mit den alleinstehenden Menschen?



- Sie möchten keine Abklärung
- Sie vereinsamen
- Sie versuchen zu vertuschen
- Verwahrlosung
- Und niemand fühlt sich zuständig...
- Finanzen!!! Wer macht sie?
- Diagnose wichtig, um KESB zu involvieren
- Was macht man in der Apotheke?

Demenz: Herausforderung – gibt es Hoffnung



- Die Nonnenstudie als Hoffnungsträger oder Hoffnungsverderber?
- Anderer Umgang
- Sensibilisierung
- Kommunikation
- Demenzerkrankte als Teil der Gesellschaft
- Herausforderung auch in den Apotheken
- Herausforderung in der Forschung
- Ethische Entscheidungsfindungen, auch in der Pharmakotherapie

Was können wir tun?



- Freiräume für Angehörige!
- Angehörigengruppen
- Kommunikationskurse
- Selbsthilfegruppe für Betroffene
- "Gipfeltreffen", andere Treffs
- Musiktherapie, Tanz, Singen
- Malen, Maltherapie
- Museumsbesuch u.a.
- Freizeitgestaltung
- Vernetzung von Betroffenen
- Wenn es Angehörigen gut geht, geht es auch den Betroffenen gut...



Der Weg ist eine
Gratwanderung...