

Diagnostik der Demenz: Schwierigkeiten in der Hausarztpraxis

Eva Mann

Bedeutung der Demenz für den Hausarzt

In Österreich leiden derzeit etwa 120000 Personen an Demenz [1]. In der Schweiz wird die Zahl der Demenzkranken auf etwa 90000 Personen geschätzt. Aufgrund der zu erwartenden demographischen Entwicklung ist anzunehmen, dass die Anforderungen bei der Diagnostik, Therapie und psychosozialen Betreuung von Demenzkranken und ihrer Angehörigen eine der grössten hausärztlichen Herausforderungen der Zukunft sein werden.

Derzeitiger Stand der Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis

Wie in Österreich vermutet und in der Schweiz durch Longchamp 2004 nachgewiesen [2], bleibt ein Drittel der demenzkranken Personen unerfasst, bei einem weiteren Drittel besteht der Verdacht auf Demenz, und nur bei einem Drittel wird die Diagnose Demenz gestellt (Abb. 1).



Abbildung 1

Lediglich ein Drittel aller Demenzkranken wird diagnostisch erkannt.

Das Problem der Unterdiagnostik und Untertherapie der Demenz ist ein länderübergreifendes Phänomen, dessen Ursachen vielgestaltig sind. Die wesentlichen Gründe sollen nachfolgend dargestellt werden.

Charakteristika der Diagnostik

Im Gegensatz zur neurologischen oder psychiatrischen Facharztpraxis ist die Demenz in der Hausarztpraxis keine Bring-, sondern eine Hol- oder Such-

diagnose. Nur ganz wenige Patienten suchen den Hausarzt von sich aus wegen Gedächtnisstörungen auf. Jungwirth konnte zeigen, dass Patienten ohne kognitive Defizite häufiger über Gedächtnisstörungen klagen als Patienten mit solchen Defiziten [3]. In der Regel sind wir Hausärzte gefordert, bei Gedächtnis- oder Verhaltensstörungen, die uns meist von Angehörigen berichtet werden, an eine mögliche Demenz zu denken und eine Abklärung zu initiieren. Entsprechend dem derzeitigen Wissensstand kann man postulieren, dass die traditionelle klinische Untersuchung für die Demenzdiagnostik nicht ausreicht. Neben der Fremdanamnese mit einer dem Patienten möglichst nahestehenden Person sind validierte Screening-Tests – wie der Mini-mental-state-Test (MMST) [4] und der Uhrenzeichentest [5] – für eine Primärabklärung notwendig. Für die Früherkennung einer Demenz eignet sich der DemTect [6]. Zwei Beispiele sollen diese Behauptung erläutern:

1. Bei einer Untersuchung in 67 Allgemeinpraxen in Deutschland lag die Sensitivität der hausärztlichen Einschätzung einer Demenz, verglichen mit einem kognitiven Screening, nur bei 14%. Bei 86% der im Testverfahren auffälligen und somit möglicherweise an Demenz leidenden Patienten fielen dem Hausarzt die kognitiven Einschränkungen nicht auf [7].
2. Von 1107 Patienten in 7 Hausarztpraxen in den USA, die ein Demenz-Screening mittels MMST durch eine Studienmitarbeiterin erhielten, erreichten 31% weniger als 25 Punkte. Von diesen 343 Personen fand sich bei der Durchsicht ihrer Karteikarten bei den Hausärzten nur in 12,2% die Diagnose Demenz [8].

Eine Professionalisierung unserer geriatrischen Kompetenzen zur Wahrnehmung unseres gesundheitspolitischen Auftrages, eine erste Anlauf-, aber auch Expertenstelle zu sein, ist für uns Hausärzte von grösster Wichtigkeit.

Barrieren beim Hausarzt

Meist besteht durch die Betreuung über einen langen Zeitraum und die Kenntnis des sozialen Umfeldes eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient. Die empathische Grundhaltung ist bei der

Demenzdiagnostik allerdings nicht immer ein Vorteil, sondern kann auch eine Barriere beim Ansprechen auf mögliche kognitive Defizite und deren weiteren Abklärung sein.

In einer holländischen Befragung gaben 28 Hausärzte Hindernisse für eine Diagnostik auf mehreren Ebenen an [9]:

- Scham des Hausarztes, den Patienten auf kognitive Defizite zu testen und das Wort «Demenz» in den Mund zu nehmen;
- diagnostische Schwierigkeiten, besonders in frühen Stadien der Demenz, verbunden mit unklaren diagnostischen Kriterien;
- zeitliche Beschränkungen in der normalen Sprechstunde.

Eine der grössten Schwierigkeiten besteht darin, dem Patienten nach erfolgter Diagnose nur eine geringe und nur vorübergehend wirksame antidementielle Medikation anbieten zu können. Die fatalistische Reaktion mancher Patienten und deren Angehörigen («Dann kann man ja gar nichts machen!») beeinträchtigt gleichermassen unsere eigene Motivation für eine Diagnostik als auch jene der Betroffenen selbst.

Barrieren beim Patienten und bei Angehörigen

Sowohl die Verkennung der Symptome einer Demenz als zum Alter gehörende Gedächtnisstörungen als auch die Leugnung der kognitiven Defizite durch Patienten, Angehörige oder beide können zu einer Ablehnung der Demenzdiagnostik führen. Als übergeordnete Barriere kann dabei das «Stigma der Demenz» gesehen werden, das ein Tabu darstellt und deshalb einen offenen Umgang mit dieser Erkrankung verhindert. In einer amerikanischen Studie lehnten 50% der Patienten, bei denen kognitive Defizite festgestellt wurden, eine weitere diagnostische Abklärung ab [10].

Menschen mit Demenz haben meist eine Ahnung, was mit ihnen geschehen wird, bevor die Diagnose gestellt wird und fürchten sich vor dem Verlust der Selbstständigkeit, vor Immobilität, Inkontinenz und einer Heimeinweisung. Oft bestehen in der Familie Schuldgefühle und Angst vor dem «Verlust der Privatsphäre» bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung [11]. Für uns Hausärzte ist diese Ablehnung oft schwer verständlich und lässt in uns Gefühle der Hilflosigkeit oder Aggression aufkommen.

Bedeutung der Diagnostik für die Betroffenen

In ihrem 2006 erschienenen Buch nennt Gabriela Stoppe folgende Argumente für eine frühe Diagnosestellung der Demenz [12]:

- Andere differentialdiagnostisch abzugrenzende (besser) behandelbare Störungen, die sonst oft unbehandelt bleiben, insbesondere Depressionen, profitieren von einer frühen Diagnostik.
- Es gibt genügend Hinweise dafür, dass die Behandlung um so wirkungsvoller ist, je weniger weit der biologische Verlauf der Demenz fortgeschritten ist.
- Die Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Sekundärprävention gewinnen zunehmend an Bedeutung (Prävention ischämischer Ereignisse, Prävention eines Delirs bei Krankenhausaufenthalten).
- Ethische Konsequenzen sind wichtig, da die Betroffenen selbst nur in Frühstadien rechtliche und betreuungsrelevante Dinge regeln und sich mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen können. Die Betroffenen haben ein Recht auf Lebensplanung (z.B. Patientenverfügung).

Bedeutung der Diagnostik für betreuende Angehörige

Im Rahmen des PRODEM-Projektes beurteilten Angehörige die Betreuung eines Demenzkranken in 46% der Fälle als stark und in 15% als sehr stark belastend [13]. Als Hauptprobleme nennt Elmar Grässel Zeitmangel, soziale Isolation, Traurigkeit, Verlust der Beziehung und Verlust der Unabhängigkeit [14]. Angehörige haben ein eigenes Krankheitsrisiko (vor allem für depressive Erschöpfungszustände) von bis zu 50% [15]. Erst nach erfolgter Diagnostik erhalten Angehörige die formale und die von ihnen als besonders wichtig empfundene «moralische Legitimation», Hilfe in Anspruch nehmen zu dürfen. Dabei soll die Unterstützung nicht nur auf sachliche Informationen, sondern vor allem auf eine ideelle Anerkennung der Pflegetätigkeit und eine Stärkung des Selbstwertgefühls der Pflegenden zielen.

Gleichzeitig gibt die Diagnostik den Angehörigen auch die Chance für Verhaltensmodifikationen gegenüber dem Demenzkranken. Die Entkatastrophisierung kognitiver Defizite und die Stärkung der noch erhaltenen Funktionen können bereits zum Abbau familiärer Spannungen führen.

Wie in der Pädiatrie wird auch bei der Betreuung von Demenzkranken die Dyade Arzt–Patient zu einem

komplexen triadischen System, in dem aufgrund der zunehmenden Unselbständigkeit der Patienten einerseits viele Belange mit Angehörigen abgesprochen werden, andererseits aber die Autonomie der Patienten so lange wie möglich gefördert werden soll.

Strukturelle Erfordernisse für eine Verbesserung der Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis

Nicht nur eine Professionalisierung von geriatrischen Kenntnissen und Fähigkeiten, sondern auch adäquate strukturelle Bedingungen in der Hausarztpraxis sind für die Diagnostik der Demenz notwendig. Der hohe Zeitaufwand zur Durchführung von Screening-Tests, Angehörigenanamnese und Aufklärungsgesprächen erfordert eine angemessene Honorierung. Diese gibt es in Österreich derzeit lediglich in einem der neun österreichischen Bundesländer und in der Schweiz nur für Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie. Die für die meisten Hausärzte fehlende Entlohnung ist ein wesentlicher Grund für Unterdiagnose und Untertherapie der Demenz.

Zusammenfassung

Die Diagnostik der Demenz ist nicht nur für den Betroffenen und seine Angehörigen, sondern auch für uns Hausärzte von zentraler Bedeutung. Nur bei erfolgter Diagnostik können wir eine umfassende Behandlung, die sich bei weitem nicht nur auf die antidementielle Medikation beschränkt, gewährleisten. Dazu gehören gleichermaßen präventive Massnahmen, Behandlung der Komorbiditäten wie Stürze und Mangelernährung sowie eine adäquate Pharmako- und insbesondere eine Psychopharmakotherapie. Verstärken sollten wir unsere Bemühungen, dem Patienten die Sicherheit zu geben, trotz oder gerade wegen seiner dementiellen Erkrankung nicht auf ein «therapeutisches Abstellgleis» zu geraten, sondern regelmässig und entsprechend seinen Bedürfnissen betreut zu werden.

Meiner Meinung nach ist die Betreuung von Demenzkranken eine wertvolle und lohnende hausärztliche Aufgabe, die meist von Patienten und Angehörigen mit grosser Dankbarkeit honoriert wird.

Literatur

- 1 Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Internationales Jahr der älteren Menschen, Gesund leben – Gesund altern, 2001.
- 2 Longchamp C, Aebersold M, Ratelvand-Pally S, Rousselot B. Verbreitung und Versorgung Demenzkranker in der Schweiz, Kurbericht für die Schweizerische Alzheimervereinigung, Yverdon-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung; 2004.
- 3 Jungwirth S, Fisher P, Weissgram S, Kirchmeyr W, Bauer P, Tragl KH. Subjective memory Complaints and objective memory impairment in the Vienna-Transdanube Aging Community. *JAGS*. 2005;52:263–8.
- 4 Folstein M, Folstein S, McHugh PR. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*. 1975;12:189–98.
- 5 Sunderland T, Hill J, Mellow A, Lawlor B, Gundersheimer J, Newhouse P. Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37(8):725–29.
- 6 Kessler J, Calabrese C, Kalbe E, Berger F. DemTect: Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. *Psycho*. 2000;6:343–7.
- 7 Sandholzer H, Breull A, Fischer G. Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen: eine Studie über eine geriatrische Vorsorgeuntersuchung im unausgewählten Patientengut der Allgemeinpraxis. *Z Gerontol Geriatr*. 1999;32(5):172–8.
- 8 Boustani M, Callahan C, Unverzagt F, Austrom M, Perkins A, Fultz B. Implementing a screening and diagnosis program for dementia in primary care. *J Gen Int Med*. 2005;20(7):572–7.
- 9 Van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient Educ Couns*. 2000;39(2-3):219–25.
- 10 Boustani M, Perkins A, Fox C, Unverzagt F, Austrom M, Fultz B. Who refuses the diagnostic assessment for dementia in primary care? *Int J Ger Psychiatry*. 2006;21(6):556–63.
- 11 Pratt R, Clare L, Kirchner V. It's like a revolving door syndrome: professional perspectives on models of access to services for people with early-stage dementia. *Aging Ment Health*. 2006;10(1):55–62.
- 12 Stoppe G. Demenz – Aufgaben des Hausarztes. Basel: Reinhardt Verlag; 2006.
- 13 Klingenberg A, Szecsenyi J. Unterstützungsbedarf von pflegenden Angehörigen. Befragungsergebnisse von Familien Demenzkranker in einer ländlichen Region bei Bremen. *Z Allg Med*. 1999;75:1113–8.
- 14 Grässel E. Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchungen zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Egelsbach: Hänssel-Hohenhausen (Deutsche Hochschulschriften; 1134); 1997.
- 15 Rainer M, et al. Pflegenden Angehörige von Demenzerkrankten: Belastungsfaktoren und deren Auswirkung. *Psychiatr Prax*. 2002;29:142–7.

Dr. med. Eva Mann
Ärztin für Allgemeinmedizin
Mitglied der Vorarlberger Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
Geriatrierreferentin der Vorarlberger Ärztekammer
Habsburgerstrasse 1
A-6830 Rankweil
evamann@vol.at