

## **Welchen Beitrag kann eine Memory Clinic leisten?**

**Prof. Dr. med. Hans Georg Nehen, Leiter der Memory Clinic Essen**

Mit dem zunehmenden Anstieg der Altersbevölkerung steigen gleichzeitig selbst bei stabilen Inzidenzraten die Demenzerkrankungen an, da das Kriterium „Alter“ auch im internationalen Vergleich das wichtigste und bisher einzige praediktive Personenmerkmal für das Demenzrisiko darstellt, wenn man in diesem Zusammenhang von genetischen Erkrankungen absieht. (Cooper 1992). Die Praevalenz für Demenz wird bei den 65- bis 69-Jährigen mit 3 % angegeben und steigt bei Vergleich mit der Altersgruppe der über 85-Jährigen auf 24 % an.

Die WHO hat in ihrer Publikation „La gerontopsychiatrie dans la collectivité“ im Jahr 1981 bereits die Einrichtung von Institutionen für die Frühdiagnose psychischer Störungen im Alter sowie die ambulante Frühbehandlung der Patienten verlangt, um damit die Isolierung und Institutionalisierung dieser Alterspatienten möglichst zu reduzieren (WHO 1981).

1983 wurde von Exton-Smith in London eine Memory Clinic eröffnet. Ziel dieser Ambulanzeinrichtung war es u.a., die Ursachen von Gedächtnisstörungen bei älteren Patienten möglichst früh zu erfassen. 1991 wurde die Memory Clinic Essen gegründet.

Störungen im kognitiven Bereich werden vielfach als normale Altersveränderungen beurteilt. Häufig kommt es erst dann zu einer Diagnosestellung, wenn das soziale System aufgrund offensichtlicher Fehlleistungen des Patienten oder akuter Ereignisse massiv gestört wird.

### **Aufgaben der Memory-Clinic sind:**

1. Früherkennung und Differentialdiagnose von Hirnleistungsstörungen im Alter
2. Information der zuweisenden Ärzte in der Beurteilung von Patienten mit Hirnleistungsstörungen
3. Betreuung der Patienten und Beratung der Angehörigen

### **Definition der Demenz**

Die Diskussion über den Begriff „Demenz“ ist bis heute nicht abgeschlossen. Vielfach wird die Demenz noch als statisch, irreversibles Krankheitsbild angesehen. Wichtig ist es, die Demenz als einen Prozess zu begreifen, der wie andere Krankheitsbilder einen Beginn hat, einen bestimmten Verlauf und ein bestimmtes Erkrankungsende. Trotz erheblicher Fortschritte im Verständnis der Ätiologie der verschiedenen Demenzprozesse ist es immer noch schwierig, die Frühsymptome exakt zu diagnostizieren.

Die derzeit gebräuchlichen Klassifikationssysteme zur Diagnose der Demenzen sind die International Classification of Diseases in ihrer 10. Fassung (ICD 10), das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association in ihrer 4. Fassung (DSM IV-TR) sowie die klinischen Kriterien zur Diagnose der Alzheimer-Erkrankung des National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) und der Alzheimer Disease and Related Disorders Association (ADRDA).

Der Algorithmus der ICD 10 beruht auf fünf Kriterien:

1. Verlust von Gedächtnisleistungen
2. Einbußen intellektueller Fähigkeiten
3. Beeinträchtigung von emotionaler Kontrolle
4. Motivation und Sozialverhalten
5. Fehlen einer Bewusstseinsstörung bei mindestens 6-monatiger Krankheitsdauer.

Für die Kriterien „Gedächtnisstörung“ und „Einbußen intellektueller Fähigkeiten“ werden die Schweregrade leicht, mittel und schwer angegeben. Die Tatsache, dass das klinische Erscheinungsbild der Demenz darüber hinaus durch zusätzliche Symptome geprägt wird, findet in der ICD 10 Kapitel V ihren Niederschlag in der Möglichkeit zur spezifischeren Kodierung des im Einzelfall vorliegenden Zustandsbildes. Hiermit wird es möglich, bei der Vielfalt des psychopathologischen Spektrums der Demenzerkrankungen den individuellen Schwerpunkt zu kennzeichnen. Dieser kann im Bereich der Denkinhalte (Wahn), der Wahrnehmung (Halluzination), der Stimmung und der Gefühle (Depression, Angst) liegen sowie sich durch Veränderungen der praemorbiden Persönlichkeit und der Änderung von Verhaltensmustern äußern (Dilling, 1991).

Das DSM IV ermöglicht eine klare begriffliche Definition des Demenzsyndroms und eine gute Abgrenzung von anderen organisch bedingten psychischen Störungen. Im Kriterium A wird eine Störung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses gefordert. Kriterium B fordert eines von vier weiteren Merkmalen:

1. Störung des abstrakten Denkens
2. Störung des Urteilsvermögens
3. Störung weiterer zerebraler Funktionen (Aphasie, Apraxie, Agnosie etc.)
4. Persönlichkeitsveränderung

Im Kriterium C wird ein Verlust der intellektuellen Leistungen gefordert von ausreichender Schwere, um die sozialen und beruflichen Leistungen zu beeinträchtigen.

Im Kriterium D wird gefordert, dass das Syndrom nicht nur während des Verlaufs eines Delirs auftritt. Hier erfolgt die Abgrenzung gegenüber vorübergehenden Zuständen.

Im Kriterium E wird der Ausschluss nichtorganischer psychischer Störungen gefordert bzw. der Nachweis eines spezifischen organischen Faktors für das Demenzsyndrom (Wittchen, 1989).

Nach den Kriterien der NINCDS-ADRDA wird die Bezeichnung Alzheimersche Erkrankung bei den Patienten angewendet, die einen typischen Krankheitsverlauf haben mit schleichendem Beginn und konstanter Progression der Symptomatik sowie globalem kognitiven Defizit und dem Fehlen einer bekannten Ätiologie als Ursache einer Demenz. Es wird unterschieden zwischen einem „wahrscheinlichen Alzheimer-Syndrom“ und einem „möglichen Alzheimer-Syndrom“. Zur klinischen Diagnose sollen Tests wie der Minimal State oder ähnliche Untersuchungsinstrumentarien genutzt werden sowie apparative Untersuchungen mittels EEG und CT aber auch klinische Beobachtungen der „impaired activities of daily living and altered patterns of behaviour“.

Aus den Algorithmen des DSM-IV sowie den 5 Kriterien der ICD 10 und den Kriterien der NINCDS-ADRDA sind für die Diagnose einer Demenz psychosoziale Datenerhebungen, testpsychologische, nervenärztliche und internistische Untersuchungen erforderlich. Ein einzelner Untersucher kann diesen Forderungen nicht gerecht werden. Ein Team aus verschiedenen Spezialisten mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen ist für die Erkennung von Frühformen von Demenzen sinnvoll. Das Team einer Memory Clinic sollte sich dementsprechend zusammensetzen aus einem Gerontologen, einem Dipl.-Psychologen, einem geriatrisch spezialisierten Nervenarzt sowie einem internistischen Geriater.

Die Untersuchung beginnt sinnvollerweise durch den Gerontologen, der mittels eines halbstrukturierten Interviews einen psychosozialen Status erhebt. Neben der Sozialanamnese ist hier besonderer Wert auf die Kompetenzdiagnostik zu legen (Kruse 1990 b). Folgende Daten werden hierbei erfasst: Die Wohnsituation, der höchste erreichte Schulabschluss, die Berufsausbildung, der z. Zt. oder zuletzt ausgeübte Beruf, die derzeitige familiäre Situation. Die Bedeutung dieser Daten liegt in dem Einfluss biographischer, sozialer und ökologischer Faktoren auf kognitive Funktionen; nur so ist eine sinnvolle Interpretation der nachfolgenden neuropsychologischen Testung möglich. Die Definition des Kompetenzbegriffes ist multidimensional zu verstehen mit der Erfassung der objektiv bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten des Individuums und dessen subjektivem Erleben. Hierbei werden dynamische, soziale und ökologische Aspekte bei der Kompetenzdiagnostik berücksichtigt.

Bei der lebenspraktischen Kompetenz wird beurteilt, ob und inwieweit den Betroffenen noch eine selbständige Lebensführung möglich ist. Es sind hierbei Fragen nach der Ernährung, Körperpflege, regelmäßigen Medikamenteneinnahme, Überblick über die eigenen Vermögens- und Sozialangelegenheiten zu beantworten.

Bei der Frage nach der informativen Kompetenz wird beurteilt, inwieweit der Betroffene zum aktuellen Tagesgeschehen (Berichte in Zeitungen, Radio, Fernsehen) zutreffende Angaben machen kann. Die Wechselwirkungsprozesse zwischen dem Individuum und seinem sozialen Umfeld schlagen sich nieder in der sozialen Kompetenz. Hier werden die Qualität und Quantität familiärer und außerfamiliärer Kontakte erfasst und die Fähigkeit, im identifizierten Lebensraum Aufgaben und Verantwortung zu übernehmen.

Die Überprüfung der reflektorischen und perspektivischen Kompetenz zeigt an, inwieweit der Patient in der Lage ist, seine gegenwärtige Situation realistisch einzuschätzen und Zukunftspläne zu entwickeln. Weiterhin wird beurteilt, inwieweit es dem Patienten gelungen ist, sich mit seinem eigenen Alter auseinanderzusetzen, beziehungsweise ob er über Potentiale verfügt, die nicht nur für sein eigenes Leben sondern auch für die Gesellschaft und Kultur von Bedeutung sind.

Hat der Patient z. B. in der Konfrontation mit endgültigen Verlusten durch Alterskrankheiten (z.B. Lähmungen nach Apoplexie, Bewegungseinschränkungen durch schwerer Arthrosen, Visuseinschränkungen etc.) handlungsbezogene Techniken entwickelt, die auf eine Veränderung seiner äußeren Situation zielen oder emotional/kognitive Techniken, die auf eine Veränderung der Einstellung gegenüber der Situation zielen?

Diese Prozesse und Vorgänge, in deren Verlauf der ältere Mensch seine Identität gewinnt als eine in der Gesellschaft handlungsfähige Persönlichkeit, bezeichnen wir als tertiäre Sozialisation.

Ziel ist es, zu beurteilen, inwieweit es einem Betroffenen gelungen ist, bei Berücksichtigung seines Ausbildungsniveaus, ausreichende Problemstrategien entwickelt zu haben zur Bewältigung seines Alltags im Alter bzw. inwieweit kognitive Defizite unter einer evtl. gut erhaltenen Fassade nachweisbar sind.

Die Aufgabe des Dipl.-Psychologen ist die Durchführung neuropsychologischer Testverfahren. Bei der Fülle der vorhandenen unterschiedlichen Testinstrumente ist es derzeit nicht möglich, einen „Goldstandard“ anzugeben. Die meisten Testuntersuchungen erfassen die Frühformen von Demenzen nicht ausreichend, sie sind bei mittleren Schweregraden gut einsetzbar.

Bei schweren Demenzformen sind Testuntersuchungen sinnlos, da hier die Diagnose klinisch gestellt werden kann. Der in der Literatur am häufigsten genannte Test ist der Minimal State nach Folstein. Als Basisinstrument wird vielfach der SIDAM eingesetzt (**S**trukturiertes **I**nterview für die Diagnose der **D**emenz vom **A**lzheimer-Typ, der **M**ultiinfarkt-Demenz und Demenzen anderer Ätiologien nach DSM III R und ICD 10) (Zaudig, 1990).

Anhand verschiedener Score-Bildungen kann mit dem SIDAM der gegenwärtige kognitive Zustand des Patienten eingeschätzt werden. Einen umfassenden Eindruck für den Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung gibt der SIDAM-Score (SISCO). Darüber hinaus ermöglicht der SIDAM weitere Score-Bildungen wie den oben erwähnten Minimal-mental-State (MMS), expanded Minimal-mental-State (EMMS), Hachinski-Score sowie modifizierten Hachinski-Score nach Rosen (Abschätzung der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer vaskulären Demenz). Außerdem ist im SIDAM eine ADL-Skala enthalten.

Weitere häufig eingesetzte Testuntersuchungen sind der SKT (Syndrom-Kurz-Test zur Beurteilung von Schweregrad und Verlauf von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen), ADAS (Alzheimer Disease Assessment Scale zur Beurteilung kognitiver und nicht kognitiver Symptome der Demenz), der Uhrentest, der MWT-B (Mehrfach-Wahlwortschatz-Test B zur Abschätzung der prämorbid Intelligenz). Dies ist jedoch nur eine kleine Auswahl von vorhandenen Testmöglichkeiten.

Aufgabe des Nervenarztes ist es, das gesamte Spektrum möglicher Differentialdiagnosen (affektive und schizophrene Psychose, Persönlichkeitsstörungen, neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen etc.) zu erfassen.

Besonders wichtig ist eine Medikamentenanamnese; insbesondere sind hier angesprochen die Medikation mit Sedativa, Hypnotika und Neuroleptika, aber auch die evtl. stattgehabten Therapieversuche mit Antidementiva. Außerdem interpretiert der Nervenarzt die evtl. vorliegenden Ergebnisse apparativer Untersuchungen, wie CT, MR, Doppler-Sonographie, EEG oder ordnet diese ggf. an.

Der internistische Geriater erfasst den somatischen Gesundheitszustand durch Anamnese und körperliche Untersuchung sowie durch Auswertung apparativer Zusatzuntersuchungen und Labordaten.

Bei der häufigen Multimorbidität der Alterspatienten ist zu beurteilen, ob erhobene pathologische somatische Befunde Auswirkungen auf die kognitive Funktion haben können. Als mögliche Ursachen sekundärer Demenzformen wird neben der Erfassung klinischer Symptome von Stoffwechselstörungen, endokrinen Veränderungen, Vitamin-Mangelzuständen, Wasser- und Elektrolytstörungen eine exakte Medikamenten-Anamnese erhoben.

**Zu den Standardlaboruntersuchungen zählen:**

- Blutbild, BKS, CRP
- Elektrolyte (Na, K, Ca)
- Harnstoff, Kreatinin
- GOT, GPT, GGT
- Blutzucker (HbA1c)
- TSH
- Vitamin B12, Folsäure
- Liquoruntersuchungen (z.B. Tau-Protein)

**Bei spezieller Fragestellung können indiziert sein:**

- Lues- und HIV-Serologie,
- Arzneimittelspiegel
- genetische Analysen (z.B. ApoE-e4 Lipoprotein)

Da das zur Festlegung auf ein organisch bedingtes psychisches Syndrom notwendige Minimum an Informationen häufig nicht durch die Untersuchung des Patienten alleine gewonnen werden kann, ist die zusätzliche Exploration einer gut informierten Bezugsperson unabdingbar. Gespräche mit einer Bezugsperson können prinzipiell von allen Mitarbeitern der Memory Clinic geführt werden. Entscheidend ist hierbei, dass diese Exploration nicht im Beisein des Patienten erfolgt. Die Exploration erstreckt sich auf Fragen nach Beginn der Störung, nach Art des Verlaufs, nach Alltagsrelevanz von Gedächtnisstörungen, Störungen des Denkvermögens, Sprachstörungen, Störungen praktischer Handlungsabläufe sowie Veränderungen der Persönlichkeit, problematische Verhaltensweisen aber auch nach erhaltenen Eigenschaften und Fähigkeiten.

Die Untersuchung des Patienten dauert in der Regel 2 bis 3 Stunden. Es wird darauf geachtet, dass Ermüdungs-Artefakte z.B. in der neuropsychologischen Testung vermieden werden.

Jeder Mitarbeiter legt sich nach Abschluss seiner Untersuchung mit Hilfe eines Formblattes auf eine diagnostische Einschätzung fest, ohne die Befunde der Kollegen zu kennen. Zentrales Instrument der Memory Clinic ist die Diagnosekonferenz. Hier referiert jeder Mitarbeiter in wechselnder Reihenfolge seine Einschätzung aufgrund der mittels seiner Methodik erhobenen Befunde. Nach Diskussion aller Ergebnisse wird die Diagnose formuliert und die sich daraus ergebenden Therapieempfehlungen parapiert.

Ein Patient soll die Arbeit der Memory Clinic als Einheit und homogenen Prozess erleben. Demzufolge müssen die unterschiedlich ausgebildeten Mitarbeiter, die auch an unterschiedlichen Zielen ihres Berufsverständnisses orientiert sind, ein gemeinsames Ziel erarbeiten bzw. einen Konsens finden. Teamarbeit bietet die Möglichkeit, die Gefahr von Fehlentscheidungen zu verringern durch gegenseitige Ergänzung und Kontrolle. Dabei dürfen der persönliche Arbeitsaufwand und der Wissensstand der einzelnen Teammitglieder nicht zu unterschiedlich sein, wenn eine zufriedenstellende gemeinsame Arbeit gewährleistet wird und das Ergebnis der Teamarbeit nicht die Leistung einer einzigen Person oder Subgruppe sein soll. Die Arbeitsfähigkeit des Teams kann blockiert werden durch persönliche Konflikte im Team, die nicht ausgetragen werden, durch neue Mitglieder im Team, durch Abwesenheit vertrauter Mitglieder, durch Nebenkonzentrationen einzelner Mitglieder etc. Der Leiter des Teams hat dafür Sorge zu tragen, dass die personale und berufliche Identität jedes einzelnen im Team erhalten und narzisstische Konflikte wie Identitätsstörungen, d.h. Probleme der Wertigkeit des Tuns, vermieden werden. Eine solche aufgabenbezogene Teamarbeit führt über die identitätserhaltende Interaktion zur Identifikation aller mit der gestellten Aufgabe, nämlich der Diagnose der Demenz. In der Diagnosekonferenz stellen die einzelnen Teammitglieder einerseits die Ergebnisse ihrer fachspezifischen Untersuchung dar, andererseits entsteht aber auch ein Austausch über Beobachtungen und Erfahrungen in der Interaktion mit den Patienten. Es hat sich gezeigt, dass durch den Untersuchungsgang in der Memory Clinic unterschiedliche Beziehungsmuster und Verhaltensweisen des Patienten lebendig werden. So werden sich in dem halbstrukturierten Interview, das der Geragoge mit dem Patienten führt, dessen emotionale Kontrolle, die Motivation und das Sozialverhalten anders darstellen als durch die somatische Untersuchung durch den Geriater. Wenn es gelingt, eine Atmosphäre zu schaffen, in der die Authentizität und die Subjektivität der Mitteilungen der einzelnen Teammitglieder erhalten bleiben, entsteht in der Diagnosekonferenz die Gestalt des Patienten, die ein viel weitergehendes Verständnis ermöglicht als es die Aufzählung von Einzelfakten erreichen könnte. (Nehen, 1995)

In der Demenzdiagnostik hätte eine Längsschnitterhebung sicher erhebliche Vorteile gegenüber einer Querschnittserhebung. Die Beobachtung eines Patienten über einen bestimmten Zeitraum, möglichst noch in seinem gewohnten sozialen Milieu in verschiedenen sozialen Interaktionen, könnte eine Fülle von Hinweisen liefern; z.B. zur Kurz- Langzeitgedächtnis-Problematik, zur Beeinträchtigung des Urteilsvermögens, der Veränderungen sozialer Kompetenzen usw. Dies wird sicher nur in Einzelfällen möglich sein. In der Regel wird eine punktuelle Untersuchung durchgeführt.

In der Memory Clinic wird der Patient von verschiedenen Untersuchern mit unterschiedlicher Methodik mit verschiedenen Fragestellungen konfrontiert. Es bleibt dabei aber auch nicht aus, dass sich verschiedene Fragestellungen z.B. nach dem augenblicklichen subjektiven Befinden oder nach der Ursache des Aufsuchens der Memory Clinic wiederholen.

Das möglicherweise unterschiedliche Verhalten des Patienten bei den einzelnen Untersuchern, aber auch die jeweils unterschiedliche Wahrnehmung des Untersuchers auf Reaktion und Verhaltensweise des Patienten erlaubt im Team eine Beurteilung, die si-

cher noch keine Längsschnittuntersuchung darstellt, jedoch deutlich über die Möglichkeit einer punktuellen Untersuchung durch einen einzelnen Untersucher hinausgeht.

Neben der differentialdiagnostischen Abklärung der Demenz ist es auch Aufgabe der Memory Clinic, den Schweregrad zu beurteilen. Hier eignet sich die Einteilung nach Reisberg (GDS - Global Deterioration Scale), (Reisberg 1982).

In den letzten Jahren ist durch viele Veröffentlichungen das Problem der Demenz im Alter Ärzten und Patienten zunehmend bewusst geworden. Ältere Menschen, die das Phänomen einer Gedächtnisstörung bei sich selbst feststellen, suchen die Memory Clinic auf, um diagnostische Sicherheit zu bekommen.

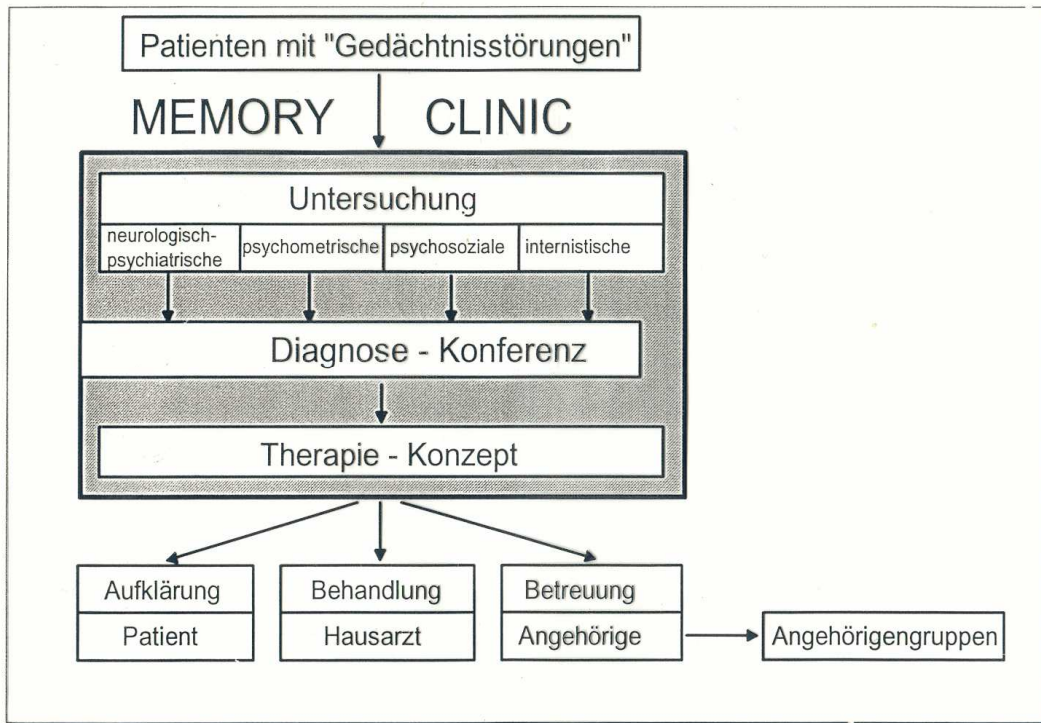
Die Analyse von 1.000 Patienten, die die Essener Memory Clinic konsultierten, zeigt, dass gut die Hälfte (51,5 %) tatsächlich eine Demenz hatten. Fast ein Drittel (31,4 %) der Patienten wies psychische Störungen auf, die einer differenzierten psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung zugeführt werden konnten.

Bei 12,5 % der Patienten fanden sich rein somatische Erkrankungen, die zu Gedächtnisstörungen geführt hatten (schlecht eingestellter Diabetes mellitus, schwere Herzinsuffizienz etc.) Dies unterstreicht noch einmal die Notwendigkeit eines interdisziplinären Teams in einer Memory Clinic.

Nach der Diagnosestellung ergibt sich die Frage, inwieweit der Patient mit einer beginnenden Demenzerkrankung über seinen Zustand informiert wird. Bei häufig geäußerten Ängsten von Familienmitgliedern, die Diagnose einer Demenz würde den Patienten zu sehr belasten sowie auch bei der bestehenden diagnostischen Unsicherheit, muss es oberster Grundsatz sein, dass der Patient selbst – soweit wie möglich – über evtl. Therapiemaßnahmen, Versorgungsmodalität und seine weitere Lebensführung entscheiden kann.

Eigenständige Entscheidung kann er aber nur treffen, wenn er über alle Informationen verfügt. Ein Patient, der nicht weiß, wie sich seine kognitiven Fähigkeiten in den kommenden Jahren mit großer Wahrscheinlichkeit entwickeln werden, ist auch nicht in der Lage, Vorsorge zu treffen. Insofern würde ihm das Recht auf Selbstbestimmung verweigert, zwar nicht allein im Hinblick auf medizinische Maßnahmen sondern auch auf private Belange, wenn er nicht über seine Diagnose informiert wird. Eine ebenso große Bedeutung hat die Aufklärung über die Diagnose für die Familienmitglieder. Für die pflegenden Angehörigen ist es zudem wichtig, Informationen über den Verlauf einer Demenzerkrankung zu erfahren. So können bei einer vaskulären Demenz anfangs luzide Intervalle auftreten, in denen der Patient für die Angehörigen „völlig normal“ erscheint, so dass immer wieder an der Diagnose gezweifelt wird. Andererseits können plötzlich auftretende affektive Durchbrüche von den Angehörigen dann besser akzeptiert werden, wenn sie über die Natur z.B. einer vaskulären Demenz aufgeklärt sind. In der Regel reagieren die Angehörigen auf phasenhaft auftretende Phänomene mit Unsicherheit, Betroffenheit evtl. auch Schuldgefühlen aus der Vorstellung heraus, „irgendwas falsch gemacht zu haben“. Eine wesentliche Hilfe für die Angehörigen sind sogenannte „Angehörigen-Gruppen“, in denen die Angehörigen insbesondere die eigenen Ängste und Belastungen reflektieren können.

Alle bisher vorliegenden Untersuchungen deuten darauf hin, dass durch Früherkennung einer Demenz und damit Früheinsetzen der adäquaten Behandlung sowie durch die Beratung und Anleitung der Hausärzte und der betreuenden Familienangehörigen der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst und eine potentielle Heimeinweisung verzögert werden kann.



Prof. Dr. med. H.G. Nehen  
Geriatric-Zentrum Haus Berge

Germaniastr. 3  
45356 Essen

Tel.: 02 01 / 63110, Fax: 0201 / 63 11-119, E-Mail: h.nehen@uni-essen.de