

Gedächtnissprechstunden in der gemeindepsychiatrischen Versorgung

Memory Clinics in Community Mental Health Care

Autoren

Pro: Michel Marpert
Kontra: Martin Roser

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1266095>
Psychiat Prax 2011;
38: 163–165
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 0303-4259

Korrespondenzadressen

Dr. med. Michel Marpert
Ärztlicher Leiter der Alterspsychiatrischen Institutsambulanz und Memory-Klinik im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Weingartshofer Straße 2
88214 Ravensburg
michel.marpert@zfp-zentrum.de

Dr. Martin Roser

Chefarzt, Kreiskliniken Esslingen gGmbH, Klinik Nürtingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Stuttgarter Straße 2
72622 Nürtingen
m.rosen@kk-es.de

Pro 1981 formulierte die WHO die Forderung nach Einrichtungen zur Frühdiagnose von Demenzen [1]. Seither ist das Thema im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung angekommen, und Demenzdiagnostik wird an verschiedenen Stellen unseres Gesundheitssystems durchgeführt. Der Aufwand, der hierbei betrieben wird, variiert außerordentlich: Am einen Ende der Skala (meist in der Hausarztpraxis) steht eine orientierende Untersuchung, ergänzt durch einen Screeningtest. Vor allem neurologische Praxen erheben oft einen ausführlichen neurologischen Status, ergänzt um eine Bildgebung und evtl. weitere apparative Untersuchungen. In Universitätskliniken, sofern sie einen Schwerpunkt in der Demenzuntersuchung haben, werden möglicherweise über die neurologische, körperliche und natürlich psychiatrische Untersuchung hinaus umfangreiche Testbatterien und nuklearmedizinische Verfahren zum Einsatz gebracht, vielleicht noch ergänzt um differenzierte laborchemische und genetische Parameter. Neben einer präzisen Diagnosestellung beforschen universitäre Einrichtungen Diagnostik, Ursachen und Therapie von Demenzen, was den erheblichen Untersuchungsumfang begründet.

In den Universitätskliniken entstanden auch die ersten Gedächtnisambulanzen, die sich auch Memory-Klinik oder neudeutsch Memory Clinic nennen. In den letzten Jahren entstanden Gedächtnisambulanzen außerhalb universitärer Einrichtungen. Dezentrale Gedächtnisambulanzen sind ein notwendiger Baustein für eine angemessene Betreuung Demenzkranker. Hierfür spricht eine ganze Zahl von Gründen:

Demenzen sind keine seltenen Erkrankungen und werden an Häufigkeit noch zunehmen. Deshalb sind wohnortnahe Untersuchungsmöglichkeiten nötig. Dies gilt umso mehr, weil Ältere in ihrer Mobilität oft beeinträchtigt sind. Schon eine Entfernung von 50km überfordert sie oft, sodass im ländlichen Bereich Facharztbesuche nicht selten

völlig unterbleiben, weil die Fahrt dorthin nicht mehr organisiert werden kann.

Eine frühe und präzise Diagnosestellung ist für den Krankheitsverlauf wichtig, bietet sie doch die Möglichkeit, sich beizeiten auf die Erkrankung einzustellen, die – zugegebenermaßen noch begrenzten – Therapieoptionen wahrzunehmen und damit möglicherweise spätere Eskalationen zu vermeiden. Sie erfordert einen höheren Untersuchungsaufwand und kann ohne Spezialisierung nicht gelingen.

Aus der Diagnosestellung resultiert ein Behandlungs- und Unterstützungsbedarf mit spezieller Fachkompetenz einerseits, andererseits aber auch mit guter Erreichbarkeit. Neben einer angemessenen psychiatrischen Medikation – vom Hausarzt in der Regel kaum zu leisten – sind vor allem psychosoziale Interventionen nötig. Das können Gruppenangebote für Betroffene und Angehörige sein, Schulungen, aber auch die Vermittlung konkreter Hilfen wie Nachbarschaftshilfe, Betreuungsgruppen, Tagesbetreuung und Sozialstation und manches mehr. Solche Hilfen zu initiieren, gelingt nur in enger Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflege. Die Altenhilfe ist inzwischen hochgradig vernetzt, und auch eine Gedächtnisambulanz kann nur optimal arbeiten, wenn sie die anderen beteiligten Anbieter von Unterstützung kennt und für einen Gesprächsaustausch zur Verfügung steht. Damit kann dem erklärten Wunsch Älterer, in der eigenen Wohnung zu bleiben, heimatnah besser Rechnung getragen werden. Wenn ein Umzug ins Pflegeheim trotzdem sinnvoll oder notwendig wird, dann oft nicht, weil eine häusliche Unterstützung nicht zur Verfügung steht, sondern, weil mögliche Hilfeangebote und ihre Inanspruchnahme und Akzeptanz durch den Betroffenen nicht zur Deckung zu bringen sind. Hier kann die Memory-Klinik vor Ort besser intervenieren als eine heimatferne Universitätsambulanz.

Je nach Region fehlen einzelne Unterstützungsangebote, z.B. manchmal Schulungen für pflegende Angehörige, Selbsthilfegruppen und Gesprächskreise. Trotz strukturierter psychoedukativer Programme für Demenzkranke im Frühstadium [2] werden solche Gruppen bisher nur sporadisch durchgeführt. Gedächtnisambulanzen haben hier auch die Rolle des Impulsgebers oder übernehmen selbst therapeutische Angebote, die sonst fehlen würden.

Die Einrichtung einer qualifizierten Gedächtnisambulanz ist an Rahmenbedingungen gebunden. Schwerere Demenzen sind auch für nicht spezialisierte Untersucher unschwer erkennbar, aber für die Diagnosestellung von Demenzen im Frühstadium reichen weder ein Screeningtest noch die neurologische Untersuchung aus. Die S3-Leitlinie Demenz [3] gibt Hinweise; aus zahlreichen Studien (z.B. [4]) konvergieren die Ideen, wie viel Untersuchung für eine ausreichende Diagnosesicherheit nötig ist. Der Zeitaufwand für eine leitliniengerechte Untersuchung bewegt sich im Bereich von 4 Stunden bis zur Diagnosestellung.

Eine leitlinienkonforme Untersuchung erfordert Untersuchungsverfahren, die in Deutschland auch in der Peripherie vorhanden sind. Spezialverfahren, z.B. nuklearmedizinische Untersuchungen, können für Einzelfälle erwogen werden. Für die Routine sind sie verzichtbar.

Eine qualifizierte Demenzdiagnostik ist also apparativ nicht an universitäre Zentren gebunden. Für die Auswahl geeigneter Untersuchungsinstrumente und eine korrekte Bewertung der Ergebnisse ist die Mitwirkung eines neuropsychologisch erfahrene Psychologen unabdingbar. Eine regelmäßige kollegiale Supervision der Arbeit ist notwendig, denn die Entwicklung gut validierter Testsysteme für die Frühdiagnostik steckt noch in den Anfängen. Damit nicht universitäre Gedächtnisambulanzen eine gute Untersuchungsqualität bieten, muss ein qualitativer Mindeststandard sichergestellt sein. (Das gilt sinngemäß natürlich auch für Universitätsambulanzen, die aber aufgrund ihrer forscherschen Ausrichtung solche Standards auch heute schon oft mehr als erfüllen.) Sehr wünschenswert ist es auch, Gedächtnisambulanzen eine geschützte Benennung zu geben, damit der Qualitätsstandard auch nach außen hin transparent ist. Ein im letzten Jahr in Basel begründeter, europaweit ausgerichteter Interessenverband der Memory-Kliniken könnte hier eine wichtige Rolle spielen [5]. Die Frage der Finanzierung ist nicht überall gelöst. Psychiatrische Institutsambulanzen können eine qualifizierte Untersuchung kostendeckend durchführen, zumal die dort vorhandene multiprofessionelle Zusammenarbeit auch Psychologen leicht integrieren kann.

Dies ist im ambulanten Bereich mit EBM und GOÄ nicht möglich; es gibt bisher nicht einmal neuropsychologische Ziffern, und die „gedeckelten“ Behandlungsziffern reichen für die Untersuchung nicht aus. Wenn man Gedächtnisambulanzen nicht an psychiatrische Kliniken binden will, dann muss hier nachgebessert werden. Natürlich sind damit Gedächtnisambulanzen an Universitätskliniken keineswegs überflüssig, denn die Untersuchungs- und Therapieverfahren müssen dringend weiterentwickelt werden. Wo eine Universitätsklinik vorhanden ist, ist auch wünschenswert, dass die dortige Gedächtnisambulanz in die gemeindepsychiatrische Versorgung eingebunden ist. In den übrigen Städten und Regionen Deutschlands jedoch muss das Angebot zu einer qualifizierten Demenzuntersuchung und Behandlung durch dezentrale Gedächtnisambulanzen weiter aufgebaut werden.

Kontra

Als gemeindepsychiatrisch Tätiger in einer typischen Abteilungspsychiatrie werde ich alltäglich mit den Fragen der Menschen in der Gemeinde konfrontiert. Und die Dominanz des Themas Demenz ist immer wieder frappierend – die Hochrechnungen mit den Millionen Demenzerkrankten schocken. Die Zukunft ist düster – und wir stehen, ähnlich wie bei der Schizophrenie, immer wieder „kurz vor dem Durchbruch“. Mir ist bewusst, dass Forschung mühsam ist, Zeit braucht und zur weiteren Finanzierung mit Erfolgen oder „Demnächst“-Erfolgen glänzen muss. Entsprechend hoch sind die Erwartungen der Zuhörer, die zum Vortragsthema „Demenz“ ins Gemeindehaus oder die Stadthalle strömen.

Und ähnlich wie bei der Schizophrenie haben die neuen und teuren Medikamente lange nicht das gehalten, was uns versprochen wurde. In der Werbung dafür ist ein von einem zulassungsgemäß mindestens mittelschwer dementen Menschen korrekt mit Marmelade beschmierter Toast als „Meine Mondlandung“ apostrophiert. Und zu diesen Mondlandungen sollen wir dann unseren Patientinnen und Patienten in der Ambulanz verhelfen. „The dark side of the moon“ ist, dass die Effektstärken der Antidementiva bei Weitem nicht so groß sind, wie wir ursprünglich hofften – und uns suggeriert wurde. Und um noch einen letzten Ausflug in britischen Humor zu machen: ich habe inzwischen den Eindruck, dass jeder zweite geriatrische Patient mittlerweile mit 2 Pflastern herumläuft: im einen ist der Cholinesterasehemmer, im anderen das Opioid.

Genug polemisiert: Gedächtnissprechstunden („memory clinics“) wurden zunächst in USA, dann in England vor über 30 Jahren primär zu Forschungszwecken eingeführt [6]. Durch die Behandlungsmöglichkeiten für Alzheimerdemenz ab 1997 (Donepezil) haben sie sich zunehmend zu Zentren entwickelt, die Frühdiagnostik, Verlaufsmoitoring, Informationsvermittlung und Psychoedukation anbieten. Zunehmend wurden jüngere Patienten mit „mild cognitive impairment“ (MCI) und auch „the worried well“ erfasst.

Aufgrund des erhöhten Risikos für Demenz bedürfen Patienten mit MCI im Verlauf erhöhter Aufmerksamkeit, mögliche Ursachen sollten mit angemessenen diagnostischen Maßnahmen geklärt werden. Andererseits gibt es mit Ausnahme der Beeinflussung der vaskulären Anteile (neuropathologisch gibt es Hinweise, dass es sich bei vaskulärer und Alzheimerdemenz möglicherweise um eine Spektrumsdiagnose handelt) keine Evidenz für eine wirksame Pharmakotherapie oder für wirksame nicht pharmakologische Therapien zur Risikoreduktion des Übergangs von MCI zu einer Demenz [7]. Ergotherapie zu Hause wird in der S3-Leitlinie der DGPPN und der DGN [7] zwar bei leichten bis mittelschweren Demenzen empfohlen, aber fragen Sie einmal einen niedergelassenen Kollegen, für wie viele Patienten das Quartalsbudget Ergotherapie ausreicht – Sie können es an maximal 2 Händen abzählen.

Die Übergangsraten von MCI in eine Demenz weisen in der Literatur eine breite Streuung auf, Einflussfaktoren sind u.a. verschiedene komorbide Störungen und die Stressbelastung. In Langzeitbeobachtungen zeigen bis zu 50% der MCI-Patienten keine Progression zu einer Demenz [8]. Diese sog. „falsch positiven“ Befunde bei MCI stellen ein großes ethisches Problem dar! Dies wird beleuchtet durch eine Arbeit, in der die Befürchtungen von potenziellen Patienten im Rahmen des Demenzscreenings in der Primärversorgung untersucht wird [9]. Im Vordergrund standen Fragen, ob der Betroffene überhaupt wünscht, dass die Familie wisse, dass er an Alzheimer leide. Es wurden Ängste geäußert, nicht mehr ernst genommen und schlecht behandelt zu werden.

Emotionen wie Scham wurden deutlich, andere Ängste betrafen Fragen, ob man noch eine Lebensversicherung abschließen könne, in ein Pflegeheim komme oder den Führerschein verliere. Eschweiler spricht davon, dass man durch die Fortschritte in der Frühdiagnostik im MCI-Stadium mittlerweile von einer Alzheimerkrankheit ohne manifeste Demenz sprechen könne. Angesichts der fehlenden Therapiemöglichkeiten, aber der Notwendigkeit der Beforschung von Interventionen in diesem Stadium, sieht er hier ein ethisches Dilemma [10]. Und Mahlberg hat in der Einleitung zu diesem Artikel das Bemühen um exakte Differenzialdiagnosen jenseits der seltenen Formen kausal behandelbarer Demenzen in Ermanglung spezifischer Therapien als „akademische Spielerei“ bezeichnet [11].

Mir persönlich sind die DEGAM-Leitlinien zur Demenz deutlich sympathischer und ethisch reflektierter. Hausärzte haben im Gegensatz zu Psychiatern Dauerkontakt zu diesen Patienten und sind von daher vorsichtiger – entsprechend nennt die Leitlinie auch Gründe, einem Alzheimerverdacht nicht nachzugehen. In der Behandlung von MCI-Patienten wurden bisher Studien mit Donepezil, Donepezil + Vitamin E, Rivastigmin, Galantamin, Rofecoxib und Piracetam durchgeführt. Keine konnte bisher einen Wirksamkeitsnachweis bringen, alle schlossen MCI-Patienten vom amnestischen Subtyp ein. Neben hohen Drop-out-Raten (bis zu 40% in 24 Monaten) fand sich auch eine geringere Konversionsrate zur Demenz als vorher angenommen. In der Galantaminstudie (OR: 3.05) war sogar die Mortalität erhöht, jedoch nicht bei den anderen Cholinesteraseinhibitoren [12]. Die Behandlung von älteren Depressiven mit Donepezil zusätzlich zur antidepressiven Medikation führte zu vermehrten depressiven Rezidiven (35 vs. 19% in der Placebogruppe), auch wenn die Übergangsrate in eine Demenz verlangsamt wurde. Für die Untergruppe von MCI-Patienten mit Depression war die Rezidivrate noch deutlicher erhöht (44 vs. 12%) [13].

Clarfield hat 2003 in einer großen Metaanalyse mit insgesamt 7042 Patienten die ernüchternde Feststellung getroffen, dass hinsichtlich der sog. „sekundären Demenzformen“ zwar 9% aller untersuchten Demenzerkrankungen als potenziell reversibel betrachtet wurden, tatsächlich aber nur 0,29% teilweise und nur 0,31% voll reversibel waren [14]. Für jüngere Patienten mit folgenden Erkrankungen sieht er allerdings Ausnahmen: AIDS-Demenz-Komplex, hypereosinophiles Syndrom, M. Wilson, Hypoparathyreoidismus, Makroprolaktinom, Polyzythämia vera. Da diese Menschen in der Regel unter 60 Jahre alt sind, sieht Clarfield angesichts des sporadischen Auftretens dieser Erkrankungen keinerlei Rechtfertigung, die „Büchse der Pandora“ für ältere Menschen zu öffnen. Denn bei diesen gilt, dass die sehr geringe Prävalenz reversibler Demenzen bedeutet, dass die Prättest-Wahrscheinlichkeit, durch Routineuntersuchungen wirklich reversible Veränderungen zu finden, sehr gering ist [15].

Am besten wirken Gedächtnissprechstunden sicherlich als Entlastung und Beratung für die Angehörigen. Deren psychosoziale Gesundheit und damit ihre Lebensqualität lassen sich signifikant verbessern [16]. Was ist also für die Patienten praktisch zu tun? Die sog. mediterrane Diät hat sich auch in jüngsten Studien wieder als protektiv gegen den kognitiven Abbau erwiesen [17].

Und: gute und persönlich befriedigende Beziehungen über lange Zeiträume reduzierten das Demenzrisiko um 23%. Wenn die Testpersonen angaben, mehr Unterstützung von anderen im Leben erhalten zu haben, als sie selbst diesen gaben, war das Demenzrisiko sogar um die Hälfte reduziert [18].

Zusammenfassend sprechen gegen Gedächtnissprechstunden, die große Erwartungen in der Bevölkerung wecken, in der gemeindepsychiatrischen Routineversorgung vor allem ethische Aspekte:

1. Es gibt keine wirksame Therapie zur Risikoreduktion des Übergangs von MCI zu einer Demenz.
2. Bis zu 50% der MCI-Patienten zeigen gar keine Progression zu einer Demenz – bis zur Hälfte der Untersuchten werden unnötig belastet und stigmatisiert.
3. Die tatsächliche Rate potenziell reversibler sog. sekundärer Demenzformen ist erschreckend gering.

Literatur

- 1 Stoppe G. Bedeutung der Memorykliniken/Gedächtnisambulanzen. *Psychiatrie* 2009; 1: 42–45
- 2 Werheid K, Thöne-Otto A. Alzheimer-Krankheit. Ein neuropsychologisch-verhaltenstherapeutisches Manual. Weinheim: 2010; ISBN: 978-3-621-27707-5
- 3 Deuschl G, Maier W. S3-Leitlinie „Demenzen“. Enthalten auf: www.dgn.org/inhalte-kapitel/1192-leitlinien-der-dgn-s3-leitlinie-demenzen.html 2009
- 4 Diehl J, Monsch AU. Diagnostik und Therapie demenzieller Erkrankungen – Erfahrungen aus deutschsprachigen Memory-Kliniken. *Neurogeriatrie* 2005; 1: 1–10
- 5 www.mc-dach.org/de/european-memory-clinics-association
- 6 Passmore AP, Craig DA. The future of memory clinics. *The Psychiatrist* 2004; 28: 375–377
- 7 S3-Leitlinie „Diagnose und Behandlungsleitlinie Demenz“. DGPPN, DGN, Hrsg. Springer Verlag 1. A 2010
- 8 Jessen F, Wiese B, Cvetanovska G et al. Patterns of subjective memory impairment in the elderly: association with memory performance. *Psychol Med* 2007; 37: 1753–1762
- 9 Boustani M et al. Measuring primary care patients' attitudes about dementia screening. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 812–820
- 10 Eschweiler GW, Leyhe T, Klöppel S et al. Neue Entwicklungen in der Demenzdiagnostik. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 677–683
- 11 Mahlberg R. Diagnostik und Differenzialdiagnose von Demenzerkrankungen. *Dtsch Ärzteblatt Int* 2010; 107: 675–676
- 12 Jelic V, Kivipelto M, Winblad B. Clinical trials in mild cognitive impairment: lessons for the future. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 429–438
- 13 Reynolds III CF et al. Maintenance Treatment of Depression in Old Age. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 51–60
- 14 Clarfield AM. The decreasing prevalence of reversible dementias: an updated meta-analysis. *Archives of internal medicine* 2003; 163: 2219–2229
- 15 Walstra GJM, Teunisse S, van Gool WA et al. Reversible dementia in elderly patients referred to a memory clinic. *J Neurol* 1997; 244: 17–22
- 16 Logiudice D et al. Do memory clinics improve the quality of life of carers? A randomized pilot trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 626–632
- 17 Tangney C. Adherence to a Mediterranean-type dietary pattern and cognitive decline in a community population. *American Journal of Clinical Nutrition* 2011; 93: 1–7
- 18 Amieva H et al. What Aspects of Social Network Are Protective for Dementia? Not the Quantity But the Quality of Social Interactions Is Protective Up to 15 Years Later. *Psychosom Med* 2010; 72: 905–911