Gabriela Stoppe

Ein Vorschlag zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen Hausärzten und Ärzten für Psychiatrie und Neurologie in Deutschland

Ambulante Versorgung von Demenzkranken

Gabriela Stoppe[1], Frank Bergmann[2], Jens Bohlken[3], Volker von der Damerau-Dambrowski[4], Christa Roth-Sackenheim[5], Claus Wächtler[6]

[1] Psychiatrische Universitätsklinik Basel, [2] Aachen, [3] Berlin, [4] Stade, [5] Andernach, [6] Abt. f. Gerontopsychiatrie, Klinikum Nord – Ochsenzoll, Hamburg

psycho*neuro* 2004; 30 (9): 489–496

Die steigende Anzahl von Demenzkranken und die damit einhergehenden komplexen Anforderungen an Diagnostik, Therapie und psychosoziale Betreuung sind eine Herausforderung für das Gesundheitswesen. Besonders der ambulanten ärztlichen Betreuung kommt eine Schlüsselfunktion zu. Wir stellen einen Algorithmus vor, den wir interdisziplinär auf der Basis vorhandener evidenzbasierter Leitlinien erarbeitet haben. Er definiert die Schnittstelle zwischen hausärztlicher Versorgung und neurologisch-psychiatrischer fachärztlicher Versorgung. Ziel ist die Sicherstellung einer Mindestversorgung im hausärztlichen Bereich und eine sinnvolle Einbeziehung fachärztlicher Kompetenz.

In Deutschland wird die Anzahl alter Menschen, insbesondere hochalter Menschen, in den nächsten Jahren erheblich zunehmen. Die Inzidenz und auch die Prävalenz vor allem der Demenz vom Alzheimer Typ, die mit mindestens zwei Drittel der Fälle die Hauptursache stellt, steigen mit zunehmendem Lebensalter exponentiell an (4). Entsprechend wird damit gerechnet, dass die Anzahl Demenzkranker sich von heute einer Million auf über zwei Millionen im Jahr 2020 erhöhen wird. Damit wird die Demenz zu einer „Volkskrankheit". Trotz erheblicher grundlagenwissenschaftlicher Fortschritte steht eine Therapie, die kausal oder symptomatisch die häufigen Demenzerkrankungen längerfristig zum Stillstand bringt bzw. heilt, derzeit nicht zur Verfügung. Wohl aber sind Maßnahmen zur Prävention und Therapie bekannt, die die Lebensqualität der Betroffenen günstig beeinflussen und helfen, erhebliche Folgekosten einzudämmen (7, 22). Auch wenn der letzte Lebensabschnitt mit einer Demenz mehrheitlich in Pflegeheimen gelebt wird und in absehbarer Zukunft wohl auch werden muss, tragen Angehörige derzeit etwa 70% der „Kosten" für die Betreuung von Demenzkranken (15, 31). Nachdem Demenzkrankheiten die Haupteinweisungsgründe für einen Heimaufenthalt sind und zudem der häufig entscheidende Faktor (auch bei somatischer Erkrankung) bei der Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, fallen schon heute erhebliche Ausgaben der Pflegeversicherung im Kontext der Demenz an. Laut Rechenschaftsbericht 2003 des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (www.pkv.de) begründen Demenzen in der privaten Pflegepflichtversicherung den Pflegebedarf in Pflegestufe I bei 17%, in Pflegestufe II bei 23%, in Pflegestufe III und bei den Härtefällen jeweils bei 36%. Entsprechende Zahlen der gesetzlichen Versicherung liegen bei 14,4%, 16,9% und 13,2% in Pflegestufe I–III (persönliche Mitteilung). Darüber hinaus sind Demenzen häufig Begleitkrankheiten (ohne den Pflegebedarf entscheidend zu bestimmen), sodass in den Heimen derzeit etwa zwei Drittel der Klientel dement sind (31).

Demenzen gehen nicht nur mit kognitiven Störungen einher, sondern auch mit schweren Störungen von Emotionalität und Verhalten, insbesondere Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Unruhezuständen, (Fremd-) Aggressionen etc. Dies wirft Betreuungsprobleme auf, und es ist deshalb kein Wunder, dass zwischen 30 und 50% der betreuenden Angehörigen selbst körperlich und/oder seelisch erkranken (25).

Es ist unstrittig, dass für die Betreuung von Demenzkranken eine entsprechende Kompetenz erforderlich ist. Hier finden sich jedoch erhebliche Mängel. Auch wenn sich in der medizinischen Ausbildung inzwischen Verbesserungen abzeichnen, werden an deutschen Universitäten altersmedizinische Inhalte nicht in ausreichendem Umfang unterrichtet. Die neurologischen und psychiatrischen Fachärzte hatten bis vor Kurzem keine zwingende Weiterbildung im Bereich der Altersme-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Tab. 1 Geriatrische Depressionsskala nach Yesavage (33)

Geben Sie bei den folgenden Fragen an, ob Sie für Sie innerhalb der letzten Woche zutrafen oder nicht:

	ja	nein
1. Sind Sie mit Ihrem Leben grundsätzlich zufrieden?	**0**	**1**
2. Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	**1**	**0**
3. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben ohne Inhalt ist?	**1**	**0**
4. Verlieren Sie schnell das Interesse?	1	0
5. Sind Sie meistens guter Stimmung?	0	1
6. Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte?	**1**	**0**
7. Fühlen Sie sich überwiegend gut?	**0**	**1**
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	**1**	**0**
9. Bleiben Sie lieber zuhause anstatt draußen etwas (neues) zu unternehmen?	1	0
10. Haben Sie das Gefühl, jetzt mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als sonst?	**1**	**0**
11. Finden Sie es schön, am Leben zu sein?	0	1
12. Fühlen Sie Sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos?	1	0
13. Fühlen Sie sich voller Energie?	**0**	**1**
14. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	**1**	**0**
15. Haben Sie das Gefühl, dass es den meisten Menschen besser geht als Ihnen?	**1**	**0**
Gesamtpunktzahl		

Die hier abgebildete 15-Fragen Version wird am meisten verwendet. Formen mit 10 Fragen (fette Buchstaben) oder sogar mit 4 Fragen (schattiert) zeigten in Untersuchungen ebenfalls eine hohe Sensitivität. Die 15-Fragen-Version hat einen Grenzwert bei 5 Punkten, die 4-Fragen-Version einen von 1 Punkt. Bei Überschreiten dieser Werte sollte eine weitere Depressionsdiagnostik erfolgen.

dizin respektive Gerontopsychiatrie, und der Anteil an altersmedizinischer bzw. psychiatrischer Weiterbildung im Curriculum der Ärzte für Allgemeinmedizin ist ebenfalls bis jetzt allenfalls klein. Somit ist, wie durch verschiedene Untersuchungen gezeigt werden konnte, die diagnostische und therapeutische Kompetenz sowohl im haus-, als auch fachärztlichen Bereich derzeit noch nicht ausreichend (26, 27). Ähnliches gilt für nichtärztliche Berufsgruppen, die hier jedoch nicht zur Diskussion stehen.

Gleichwohl ist es sinnvoll, die Ressourcen im ärztlichen Bereich jetzt schon optimal zu verbinden. Bisherige Leitlinien haben sich entweder darauf beschränkt, Empfehlungen zur Behandlung des Krankheitsbildes an sich und/oder aber für bestimmte Berufsgruppen zu geben. So sind in Deutschland vor allen Dingen die Behandlungsleitlinie Demenz der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (11) und das Manual zur Demenz des Berufsverbandes der Allgemeinmediziner (3) zu nennen sowie die Therapieempfehlung Demenz der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (1) und ein vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebener Leitfaden zur ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung (17). In einer Übersicht über die international verfügbaren Leitlinien wird deutlich, dass zur Schnittstellenproblematik nahezu nicht Stellung genommen wird (23).

Generelle Forderungen, z.B. derart, dass sämtliche Demenzkranke ausschließlich hausärztlich oder fachärztlich betreut werden sollten oder dass jeder Demenzkranke mindestens einmal fachärztlich abgeklärt werden sollte, müssen sich über die Kompetenz hinaus zusätzlich an der vorhandenen Kapazität aber auch der Akzeptanz messen lassen. Für letzteres gilt sicherlich, dass auch heute noch der Gang zum „Nervenarzt" mit großen Schwellenängsten verbunden ist, insbesondere in der älteren Bevölkerung. Ohnehin vorhandene Ängste, die Kontrolle resp. die Autonomie zu verlieren, werden durch eine entsprechende Überweisung noch gefördert. Nach den Ergebnissen der Berliner Altersstudie besuchen zwar 84% der Älteren regelmäßig den Hausarzt, jedoch nur 4% den Nervenarzt (21). Berücksichtigt werden muss auf Seiten der Kapazität, dass wir nicht großstädtische Bereiche mit in der Regel guter fachärztlicher Versorgung mit ländlichen Regionen gleichsetzen dürfen. Gerade in den schwächer besiedelten Regionen gewinnen Netzwerke (z.B. das PRO-DEM-Projekt in Stuhr (20)) an Bedeutung. Die Fachärzte wie auch die Hausärzte sind zudem nicht nur unterschiedlich im gerontopsychiatrischen Bereich qualifiziert, sondern auch unterschiedlich motiviert, psychisch kranke Ältere bzw. Demente zu betreuen. Dies zeigt sich nicht nur im Bereich der Demenzen, sondern auch der Psychotherapie alter Menschen (2). Rechnet man die derzeitige Anzahl Demenzkranker auf die Anzahl niedergelassener Fachärzte um, so müsste jeder Facharzt mehr als 200 Demenzkranke und ihre Angehörigen betreuen (5). Zweifel an der Machbarkeit sind hier begründet (26).

Dies erklärt vielleicht mit, warum die vor mehr als fünfzehn Jahren angestoßene Entwicklung des Aufbaus von Gedächtnissprechstunden auch in Deutschland dazu geführt hat, dass die Anzahl entsprechender Einrichtungen erfreulich ansteigt (derzeit ca. 90), auch weil eine entsprechende Nachfrage und Bedarf bestehen (10, 27). Inwieweit Gedächtnissprechstunden zusammen mit entsprechend ausgewiesenen Schwerpunktpraxen bzw. entsprechend etablierten gerontopsychiatrischen Zentren die Versorgung prospektiv nicht nur vielfältiger, sondern auch umfassender gestalten könnten, ist derzeit noch nicht abzusehen. Auch ist ein Einfluss auf die Einstellung in der Bevölkerung und allfällige Schwellenängste gegenüber einer fachärztlichen Behandlung derzeit nur zu vermuten.

Zur Entwicklung des hier vorgeschlagenen Algorithmus

In dieser Situation hat sich unsere Arbeitsgruppe im Sinne einer Vertretung der wissenschaftlichen Fachge-

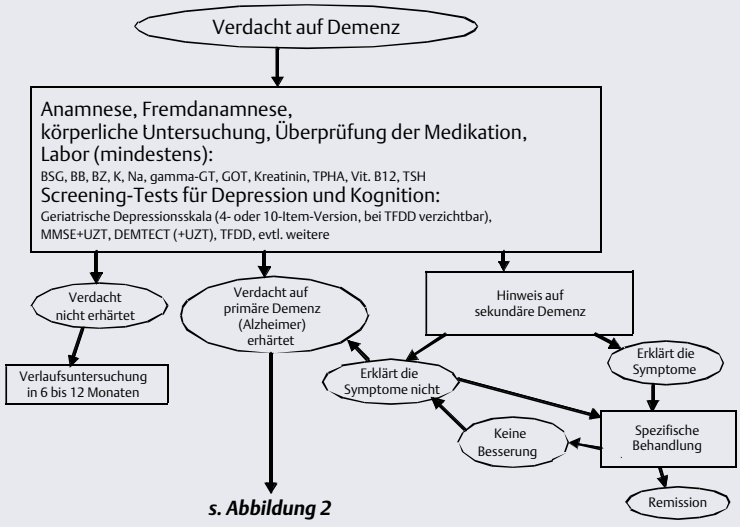
Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

sellschaften Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP; GS und CW), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN; CRS, zu Beginn Dr. A. Barth-Stopik) und der relevanten Berufsverbände der Allgemeinmediziner (BDA; VvDD), der Nervenärzte (BVDN; FB und JB), der Psychiater (BVDP; CRS) seit über zwei Jahren regelmäßig ausgetauscht. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V. (DEGAM) konnte leider eine Mitwirkung nicht ermöglichen. Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen der Ressortforschung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales (Projektleitung GS) gefördert*.

Der Vorschlag findet sich zusammengefasst als Algorithmus auf den Abbildungen 1–3. Die Ausgangssituation ist der „Verdacht auf eine Demenz". Hierbei muss anerkannt werden, dass die Demenz im spezialärztlichen Bereich, auch in Gedächtnissprechstunden, eher eine „Bringdiagnose" ist, d.h. die diese Einrichtung aufsuchenden Patienten möchten hierzu untersucht werden. Im hausärztlichen Bereich hingegen handelt es sich oftmals um eine „Suchdiagnose". Wegen anderer Probleme sich vorstellende Patienten fallen z.B. im Praxisablauf durch ein vermehrtes Vergessen auf oder werden von ihren Angehörigen gebracht oder sind in anderem Kontext „verdächtig". Hier ist es ein wesentlicher Teil der Arbeit, zunächst die Bereitschaft zu erarbeiten, sowohl diagnostisch als auch potentiell therapeutisch weiter vorzugehen.

Das anschließende Vorgehen orientiert sich letztendlich an dem, was auch der gemeinsame Nenner aller internationalen Leitlinien ist (23). Entscheidend muss sein, wenigstens die häufigen und anders bzw. gut behandelbaren Störungen früh zu identifizieren und zu behandeln (29). Eine zu fordernde umfassende Diagnostik, die auch in

Abb. 1 Verdacht auf Demenz

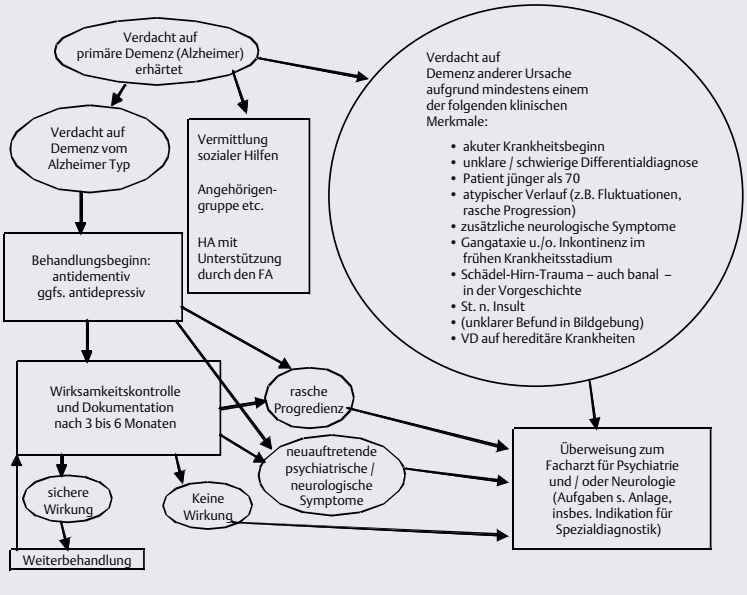


jedem einzelnen Verdachtsfall seltene Ursachen von Demenzen mit einbezieht, scheitert derzeit in der ersten Stufe an begrenzten Ressourcen.

Basisuntersuchung

Die Basisuntersuchung umfasst Anamnese, spezifische Fremdanamnese, körperliche inklusive neurologischer Untersuchung, psychopathologischen Befund, eine Überprüfung der Medikation, eventuellen Medikamenten- bzw. Substanzmissbrauches und -Interaktionen sowie Laboruntersuchungen. Diese sollten mindestens entzündliche Erkrankungen, Diabetes Mellitus, Elektrolytstörungen und metabolische Enzephalopathien als Ursachen sekundärer Demenzen ausschließen. Kritisch mag mancher die Einbeziehung von TPHA, TSH und Vitamin B12 sehen. Unter Verweis auf die entsprechende Fachliteratur sei aber folgendes zusammengefasst: Die TPHA-Testung ist preiswert und gerechtfertigt, nachdem in den nächsten Jahren ein Anstieg der Inzidenz der Infektion (Kriegsgeneration) zu erwarten ist. TSH als Test auf eine Schilddrüsendysfunktion ist in Anbetracht der so-

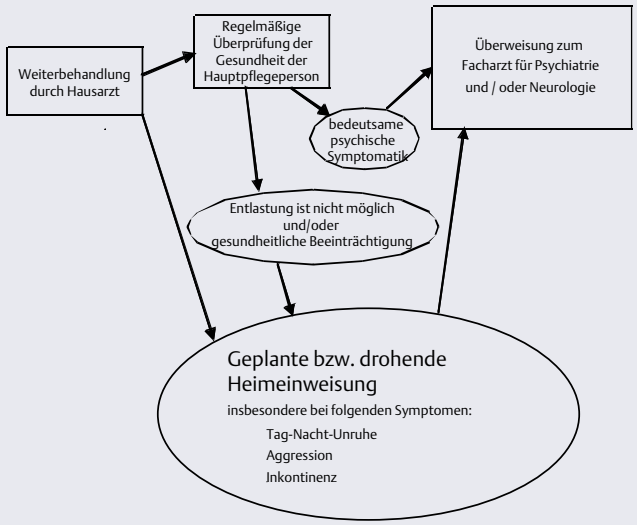
Abb. 2 Erhärteter Verdacht auf Demenz (Forts. von Abb. 1)



* Maßnahmen auf dem Gebiet der Psychiatrie: Entwicklung und Erprobung einer gerontopsychiatrischen Handreichung für den Hausarzt/Allgemeinmediziner zur Früherkennung und Behandlung von Demenzprozessen (Ressortforschung)

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Abb. 2 Weiterbehandlung (Forts. von Abb. 2)



wohl häufigen als auch im Alter oft mono- bzw. oligosymptomatischen Präsentation insbesondere einer Hypothyreose gerechtfertigt. Die Untersuchung von Vitamin B12 ist erforderlich, weil zum einen nur etwa ein Viertel der betroffenen Patienten ein pathologisches Blutbild als Ausdruck des Vitaminmangels aufweisen, zum anderen die unteren Referenzbereiche für Vitamin B12 im Alter letztendlich noch nicht gesichert sind (28). Darüber hinaus kann Malnutrition mit resultierendem Vitaminmangel als Folge einer Demenz einen die Demenz verschlimmernden Faktor darstellen.

Demenz und Depression

Jeder Arzt (also auch der Hausarzt) sollte zudem zumindest ein Screeningverfahren für eine Demenz und eine Depression einsetzen. Screeningverfahren ersetzen keine neuropsychologische Untersuchung. Nachdem derzeit die Screeninginstrumente noch bezüglich ihrer Vor- und Nachteile diskutiert werden (6), empfehlen wir den Mini-Mental-Status-Test (MMSE; (13)), weil er weit verbreitet, für alle Altersgruppen normiert und wenig falsch positive Ergebnisse zeigt, den DEMTECT (19), weil er besser akzeptiert zu werden scheint und auch Frühformen eher erfasst, oder auch den TFDD (Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung; (18)). Der Uhrenzeichentest (UZT) sollte nicht allein, sondern grundsätzlich in Kombination mit jedem der genannten Tests eingesetzt werden, weil er allein eingesetzt eine zu enge Funktionsprüfung bedeutet, in Kombination mit anderen Tests jedoch die Sensitivität des Screenings erhöht, (30, 6).

Gerade in Frühstadien gehen Demenzen mit depressiven Symptomen einher. Andererseits ist die Depression eine wichtige Differentialdiagnose zur Demenz. Die Geriatrische Depressionsskala (GDS) ist das bestuntersuchte Screeninginstrument für ältere Menschen und sogar in einer Vier- oder Zehn-Item-Version sensitiv (9). Die Kurzversionen zeigt Tabelle 1 (28). Bei der Anwendung des TFDD wäre sie wohl verzichtbar. Es ergeben sich aus diesen Untersuchungen drei mögliche Konstellationen:

- Erhärtet sich der Verdacht auf eine Demenz nicht, sollte dennoch zur Sicherheit eine Verlaufsuntersuchung in sechs bis zwölf Monaten erfolgen.
- Findet sich ein Hinweis auf eine *sekundäre* Demenz, sollte zunächst beachtet werden, ob die Befunde die Symptome erklären können oder nicht.
- Können sie die Symptome nicht erklären oder tritt nach einer spezifischen Behandlung keine Besserung auf, liegt ein Verdacht auf eine *primäre* Demenzerkrankung nahe.

Tab. 2 Aufgabenspektrum des Facharztes für Psychiatrie und/oder Neurologie in der Demenzversorgung

- psychiatrische Anamnese und Untersuchung
- ausführlicher Neurostatus
- ausführliche neuropsychologische Untersuchung

Indikationsstellung für

- EEG
- Dopplersonographie
- Liquoruntersuchung, ggfs. -druckmessung
- CT / MRT und funktionelle bildgebende Verfahren
- genetische Analysen (APOE-4, Chorea-Huntington-Gen u.a.)
- Laboruntersuchungen: Folsäure, Lues- und HIV-Serologie, Immunparameter, Arzneimittelspiegel, Kupferstoffwechsel u. a.

bei Bedarf

- konsiliarische Weiterbetreuung
- Verlaufsuntersuchung
- Aufstellen eines Therapieplanes

Facharzt oder Hausarzt?

Nachdem die Mehrheit der Demenzkranken (ca. zwei Drittel) an der Alzheimer-Krankheit leiden, haben wir überlegt, dass nur die Fälle, die aufgrund erkennbarer klinischer Merkmale möglicherweise nicht an dieser häufigsten Demenzform erkrankt sind, dem Facharzt zugewiesen werden sollten. Dazu gehören zum einen Patienten, bei denen die Grund- bzw. a-priori-Wahrscheinlichkeit für eine Alzheimererkrankung gering ist, d.h. Patienten die jünger sind als 70 Jahre, die einen

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

akuten Krankheitsbeginn oder einen atypischen Verlauf oder letztendlich unklare/schwierige Differentialdiagnosen aufwerfen. Zusätzliche neurologische Symptome, insbesondere bei einer Gangataxie oder einer Inkontinenz im frühen Krankheitsstadium, Insulte oder auch Schädel-Hirn-Traumata in der Vorgeschichte sowie der Verdacht auf hereditäre Erkrankungen gehören hierzu (Abb. 2).

Bei der Mehrheit der Patienten mit „typischer" Symptomatik der Alzheimererkrankung kann der Hausarzt mit der Behandlung beginnen. Dies soll nicht bedeuten, dass die bisherige Diagnostik im Einzelfall ausreicht. Selbstverständlich kann auch ein entsprechend qualifizierter und kompetenter Hausarzt ein bildgebendes Verfahren oder eine Liquoruntersuchung indizieren. Es kann jedoch nicht als Pflichtuntersuchung „vorgeschrieben" werden, weil die Wahrscheinlichkeit einer Demenz anderer Ursache bei strenger Beachtung der Überweisungskriterien gering ist. Zum anderen ergeben sich letztendlich keine anderen Therapieentscheidungen, nachdem beispielsweise auch vaskuläre Demenzen von cholinomimetischen Pharmakotherapien profitieren (12, 32). Auch unabhängig von einer daraus resultierenden Demenz müssen Patienten mit vaskulären Erkrankungen, z.B. kardiogenen Embolien oder arteriosklerotischen Plaques, entsprechend den Empfehlungen mit Aspirin behandelt oder antikoaguliert werden. Für die Behandlung der vaskulären Demenz mit Aspirin gibt es bisher keine kontrollierte Studie.

Therapie

Dieses Vorgehen folgt dem Prinzip der auch in anderen Ländern und bei anderen Krankheiten diskutierten „First-Shot"-Überlegungen. Im Falle einer depressiven Symptomatik bzw. eines entsprechenden Verdachts sollte antidepressiv behandelt werden. Bei einer (antidepressiven) Pharmakotherapie sollte kein anticholinerges Pharmakon eingesetzt werden (16). Die antidementive Behandlung sollte ebenfalls frühestmöglich beginnen und in ihrer Wirksamkeit nach drei bis sechs Monaten sowohl kontrolliert als auch dokumentiert werden (1). Finden sich Hinweise auf eine sichere Wirkung (d.h. Besserung oder nicht weiteres bzw. langsameres Fortschreiten), kann die Weiterbehandlung durchgeführt werden. Die Kontrollen und Dokumentationen sollten fortgeführt werden. Zeigt sich hingegen keine sichere Wirkung, treten psychische oder neurologische Symptome neu auf oder findet sich gar eine unerwartete Progredienz, sollte wiederum zum Facharzt überwiesen werden. Dies hat neben einer Überprüfung der Diagnose auch den Sinn, eine potentiell strittige Antidementivatherapie interdisziplinär zu vertreten. Die Aufgaben des Facharztes ergeben sich aus Tabelle 2.

Weitere Maßnahmen

Weitere Maßnahmen können im Sinne einer Kombination hausärztlichen Case-Managements und sozialpsychiatrischer Kompetenz optimiert werden (Tab. 2). So sind die Vermittlung sozialer Hilfen und das Angebot von Angehörigengruppen ein Gebiet, das von beiden Kompetenzen profitiert und je nach Region von (einem von) beiden initiiert werden sollte.

Regelmäßig sollte durch den hauptbehandelnden Arzt die Gesundheit der Pflegepersonen überprüft werden. Oft sind die pflegenden Angehörigen bei demselben Hausarzt in Behandlung, was dieses erleichtert. In Anbetracht des Erkrankungsrisikos dieser Klientel von 30–50% ist dies gerechtfertigt. Findet sich eine bedeutsame psychische Symptomatik, sollte auch diese zusammen mit bzw. durch den Facharzt behandelt werden. Ist eine Entlastung nicht möglich oder findet sich eine gesundheitliche Beeinträchtigung bzw. treten auch auf Seiten des Patienten Symptome auf, die Prädiktoren für eine Heimeinweisung sind (8, 24), so ist nicht nur eine Entlastung der pflegenden Angehörigen angezeigt bzw. die Heimeinweisung vorzubereiten, sondern auch (noch einmal) eine fachärztliche Untersuchung zu veranlassen.

Es scheint sehr sinnvoll, einerseits in Anbetracht des in der Regel irreversiblen Übergangs in ein Heim bzw. andererseits der teuren Behandlungskosten im Heim, dass jeder ältere Mensch vor einer Heimeinweisung noch einmal fachärztlich untersucht wird, damit alle Behandlungsmöglichkeiten, die Heimeinweisung vermeiden helfen könnten, auch wirklich ausgeschöpft sind.

Der letzte Punkt und insbesondere auch die Betreuung im Heim wurden durch unseren Arbeitskreis (noch nicht) abschließend konsentiert. Hier endet ja letztlich die ambulante Betreuung, wenngleich in den Heimen Betreuung durch niedergelassene Ärzte stattfindet.

Ausblick

Wir erwarten von dem geschilderten Vorgehen, dass deutlich mehr Patienten fachärztlich untersucht werden und dadurch teure Spezialuntersuchungen gezielt eingesetzt werden. Die Beachtung der hierzu veröffentlichten und hier zitierten Leitlinien ist dabei selbstverständlich. Unser Vorschlag ersetzt diese nicht, sondern empfiehlt – gewissermaßen ergänzend – ein Vorgehen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Damit beruht er auf der Kenntnis der jetzigen realen Versorgungssituation einerseits und den wissenschaftlich begründeten Anforderungen andererseits.

Es ist uns bekannt, dass Interesse und Kompetenz für Demenzkrankheiten bei Haus- und Fachärzten in unterschiedlichem Maße vorhanden sind. Inwieweit hier auch eine weitere Schnittstelle im spezialärztlichen Bereich zu definieren wäre, muss weiterer Diskussion vorbehalten bleiben.

Wir wünschen uns, dass unser Algorithmus modellhaft überprüft und auf seine Durchführbarkeit getestet wird. Dies könnte z.B. im Kontext von Strukturverträgen geregelt werden.

Wir sind uns bewusst, dass unser Vorschlag – wie jeder Kompromiss – nicht allem gerecht werden kann und Diskussionen auslösen wird. Wir sind uns gewiss, dass wir viele Diskussionen führen werden, die wir in unserer Runde schon geführt

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

haben. Wir möchten uns offen und im Interesse der Demenzkranken dieser Diskussion stellen.

Outpatient care for the demented: a proposal for the cooperation of family physicians and neuropsychiatrists in Germany

The increasing number of demented patients and the complexity of tasks concerning the diagnosis, therapy and psychosocial care challenge the health care system. The quality of outpatient care is of key relevance. We propose an algorithm, which results from interdisciplinary discussions and which is based on the available evidence based guidelines. It defines the interface between primary care and neurological and psychiatric specialist care. The aim is to accomplish minimum standards in diagnosis and treatment in primary care involving specialists only when specifically indicated.

Key words:
Dementia – primary care – neurological and psychiatric outpatient care - interface

Literatur

1. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.). Demenz. Arzneiverordnung in der Praxis. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. 2. Auflage, 2001
2. Arolt V. Psychotherapie der Depression in Nervenarztpraxen: empirische Ergebnisse. Psychother Psychosom Med Psychol 1994; 44: 177–183
3. BDA – Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband (Hrsg.). Demenz Manual. Emsdetten, Kybermed Verlag, 1999
4. Bickel H. Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl H, Bickel H, Kurz A (Hrsg.). Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag, 1999: 9–32
5. Bohlken J. Demenz. 2010: 1,5 Millionen Patienten erwartet. NeuroTransmitter 2001; (Sonderheft 1): 32–36
6. Brodaty H et al. Screening for cognitive impairment in general practice: toward a consensus. Alzheimer Dis & Assoc Disord 1998; 12: 1–13
7. Clegg A et al. Clinical and cost-effectiveness of donepezil, rivastigmine, and galantamine for Alzheimer's disease. A systematic review. Int J Technol Assess Health Care 2002; 18(3): 497–507
8. Colerick EJ, George LK. Predictors of Institutionalization Among Caregivers of Patients With Alzheimer's Disease. J Am Geriatr Soc 1986; 34: 493–498
9. D'Ath P et al. Screening, detection, and management of depression in primary care attenders. I: The acceptability of the 15-Item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. Fam Pract 1994; 11: 260–266
10. Diehl J et al. Erkennung und Behandlung der Demenz in den deutschsprachigen Memory-Kliniken: Empfehlungen für die Praxis. Zschr Gerontol Geriatr 2003; 36: 189–196
11. DGPPN: Leitlinie Demenz, Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2000
12. Erkinjuntti T et al. Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with vascular disease: a randomized trial. Lancet 2002; 359: 1283–1290
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental-Status-Test. Deutschsprachige Fassung von J Kessler, SE Folstein und P Denzler. Weinheim: Beltz, 1990
14. Gräßel E. Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchungen zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen (Deutsche Hochschulschriften; 1134), 1997
15. Hallauer JF et al. Untersuchungen von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. Gesundh okon Qual manag 2000; 5: 73–79
16. Hegerl U, Möller HJ. Pharmakotherapie der Altersdepression. Nervenarzt 2000; 71: 1–8
17. Hirsch RD et al. Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 114. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1999
18. Ihl R et al. Entwicklung und Validierung eines Tests zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD). Fortschr Neurol Psychiatr 2000; 68: 413–422
19. Kessler J et al. DemTect – ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. Psycho 2000; 26(6): 343–347
20. Klingenberg A, Szecsenyi J. Unterstützungsbedarf von pflegenden Angehörigen. Befragungsergebnisse von Familien Demenzkranker in einer ländlichen Region bei Bremen. Z Alllg Med 1999; 75:1113–1118
21. Mayer KU, Baltes PB. Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 1996
22. Mittelman MS et al. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. J Am Med Assoc 1996; 276:1725–1731
23. Müller U et al. Nationale und internationale Demenz-Leitlinien im Vergleich. Fortschr Neurol Psychiat 2003; 71: 285–295
24. Pruchno RA, Michaels JE, Potashnik SL. Predictors of Institutionalization Among Alzheimer Disease Victims With Caregiving Spouses. J Gerontol Soc Sci 1990; 45: 259–266
25. Rainer M et al. Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten: Belastungsfaktoren und deren Auswirkung. Psychiat Prax 2002; 29: 142–147
26. Stoppe G. Kapazität und Aufgabe fachärztlicher Versorgung. In: Hallauer J, Kurz A (Hrsg.). Weißbuch Alzheimer: Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Thieme Verlag, 2002: 59–61
27. Stoppe G. Gedächtnissprechstunden/ Memory-Kliniken. In: Hallauer J, Kurz A (Hrsg.). Weißbuch Alzheimer: Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Thieme Verlag, 2002: 85–86
28. Stoppe G. Diagnose und Differentialdiagnose der Demenzerkrankungen. In: Wächtler C (Hrsg.). Demenzen. Stuttgart: Thieme Verlag, 2003: 24–50
29. Stoppe G, Staedt J. Potentiell behebbare Demenzen. In: Beyreuther K, Einhäupl K, Förstl H, Kurz A (Hrsg.). Demenz – Grundlagen und Klinik. Stuttgart: Thieme Verlag, 2002: 413–436
30. Sunderland T et al. Clock Drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. J Am Geriat Soc 1989; 37: 725–729
31. Weyerer S et al. Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. Epidemiologische Forschungsergebnisse. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg). Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart, 2000: 1–58
32. Wilkinson D et al. Donepezil in vascular dementia. A randomized, placebo-controlled study. Neurology 2003; 61: 479–486
33. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. J Psychiatry Res 1983; 17: 37–49

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm-Klein-Strasse 27
CH-4025 Basel
E-Mail: gabriela.stoppe@pukbasel.ch

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.