Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1996-1997)

Heft: 54

Artikel: Vergesslichkeit : ein Auftrag an die Ärzteschaft

Autor: Wettstein, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790324

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Siehe Rechtliche Hinweise.

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. Voir Informations légales.

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. See Legal notice.

Download PDF: 22.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Vergesslichkeit

ein Auftrag an die Ärzteschaft

von A. Wettstein

Regelmässig nach Gedächtnisstörungen fragen, diese gegebenenfalls näher abklären und dazu fachkundige Beratung einzuholen, ist eine sehr lohnende hausärztliche Aufgabe.

Seit längerem ist es selbstverständlich dass - unabhängig von den subjektiven Klagen - jedem Betagten, der zur ärztlichen Kontrolluntersuchung kommt, der Blutdruck gemessen wird. Es ist nicht nur unbestritten, sondern allgemein bekannt und von den Krankenkassen anerkannt, dass diese Messungen und gegebenenfalls die Behandlung des Bluthochdrucks zu den Pflichtleistungen jeder längerfristigen ärztlichen Betreuung gehören. Denn es ist unbestritten und allgemein bekannt, dass eine unbehandelte Hypertonie nicht nur eine Folge, sondern auch der wichtigste Risikofaktor darstellt für die Manifestation von Folgekrankheiten der Arteriosklerose mit markantem Einfluss auf Lebensdauer und Lebensqualität.

Heute ist auch unbestritten und bekannt, dass Gedächtnisstörungen das Leitsymptom der Demenz sind und dass Demenz nicht nur das Leben der Betroffenen verkürzt, sondern - und dies ist wesentlicher - die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien massiv bedroht. Während das Wissen darum, dass die Arteriosklerose im Prinzip nicht heilbar ist und trotz allen Bemühungen höchstens in ihrem Fortschreiten verlangsamt werden kann und Folgekrankheiten somit verzögert werden können, die Handlungsbereitschaft der Ärzteschaft nicht beeinflusst, haben dieselben Umstände bei Demenz eine sehr verhängnisvolle Wirkung: Da die meisten Demenzkrankheiten nicht heilbar sind und gerade weil sie die Lebensqualität so massiv bedrohen, haben viele Ärztinnen und Ärzte das Gefühl, es sei besser, diese Krankheit und ihr Leitsymptom nicht näher zu beachten und sie - so lange es nur irgendwie geht - als normale Alterserscheinung abzutun. Dabei wird das ärztliche Nichthandeln unterstützt durch Nichtfragen und Verdrängen der Patienten und ihrer Angehörigen selbst. Beidem liegt ein - unbewusst - magisches Denken zugrunde: ein Ungeheuer sei so lange nicht bedrohlich, als man es nicht beachte.

Die moderne sozialmedizinische geriatrische Forschung hat jedoch gezeigt, dass dieses verdrängende Vorgehen ebenso verhängnisvoll ist gegenüber der Demenz und ihren Symptomen wie gegenüber der Arteriosklerose und ihren Risikofaktoren. Denn genauso wie eine systematische Suche und Behandlung der Frühsymptome und Risikofaktoren der Arteriosklerose viel Leid und hohe Gesundheitskosten durch Folgekrankheiten vermeiden können, können Erkennen und Behandeln der Frühsymptome der Demenzerkrankung viel Leid und Gesundheitskosten - insbesondere im Langzeitpflegebereich - ersparen.

Tabelle 1: Demenz-Therapie

Ebene	Therapieformen	Resultate	Quelle
kausale Therapie	verschieden Behandlungen wie Hypothyreose-Substitution. B12-Substit., antidepressive Behandlung, Entgiftung, Steroidbehandlung bei Arteriitis temporalis oder chronischem Subduralhaematom	12 - 14 % aller mit Demenzverdacht an Memorykliniken Überwiesenen zeigen kausal behandelbare Ursachen von Hirnleistungsschwäche	- Wettstein et al, 96 - Staehelin, 89 - Larson et al, 85 - Mumenthaler 87
Symptomatische Behandlung a) Betreuungsplanung	a) kognitive Milieutherapie: Anpassen der Betreuung an die spezifischen Defizite jedes Patienten unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Ressourcen	Memoryklinik-Beratung unter Einbezug der Angehörigen mittels Familienkonferenz und der Hausärzte- zur langfristigen ärztlichen Betreuung kann eine Verschiebung des Heimeintrittes um ca. 1 Jahr bewirken (Fall-Kontrollstudie der Zürcher Memoryklinik)	Wettstein, 91
b) Behandlung von Verhaltensstörungen	b) Pharmakotherapie der sekundären Verhaltensstörungen der Demenz mit geeigneten Psychopharmaka (z.B. Neuroleptika, Stimulanzien, Benzodiazepine)		Wettstein et al, 96
c) Angehörigenentlastung	c) Vermitteln von stunden-, tage-, wochenweiser Entlastung der Hauptbetreuenden durch Familienmitglieder, Helfer oder professionelle Dienste wie Spitex, Tagesheim, Entlastungsaufenthalte wie Spitexferien		
d) Kognitonsverbessernde Behandlung	d) cholinesterasehemmende Behandlung bei M. Alzheimer mit Cognex ®	ca. 10% Verbesserung der Hirnleistungen oder 1 Jahr Hinausschieben der Heimplazierung	- Knappert et al, 94 - Knopmann et al, 96
Palliative Therapie	Verzicht auf lebensverlängernde Therapien und Massnahmen im Endstadium der Demenz unter optimaler Palliation (Opiate, Anxyolytika)	Gute Sterbebegleitung und Verzicht auf Leidensverlängerung entspricht in dieser Situation dem Willen der meisten Patienten.	Wettstein,: Intercura 46, 47

Demenz, ein behandelbares Leiden

Auch wenn die beiden häufigsten Demenzerkrankungen, die senile Demenz vom Alzheimertyp und die Multiinfarktdemenz, nicht heilbar sind - auch Arteriosklerose ist nicht heilbar - steht heute fest, dass Demenz auf verschiedenen Ebenen behandelbar ist (Tabelle 1).

Die Ärzteschaft muss alles daran setzen, dieses grosse Behandlungspotential auch auszuschöpfen!

Erster Schritt: Frage nach Vergesslichkeit

Es ist ein Märchen, Vergesslichkeit gehöre zum normalen Alter. Tatsache ist, dass auch gesunde Höchstbetagte noch über ein hervorragendes Gedächtnis verfügen. Gesunde Hochbetagte benötigen lediglich etwas mehr Zeit bei der Beanspruchung ihres Gedächtnisses und lernen Neues etwas langsamer als Junge. **Vergessen Betagte für ihren Alltag Wichtiges, ist dies immer ein ernstzunehmendes Symptom.** Es ist das Früh- und Leitsymptom der Demenz, aber auch das häufigste kognitive Symptom der Depression und bedarf genauerer Abklärung. **Die Frage nach Vergesslichkeit gehört deshalb zum eisernen Bestandteil der hausärztlichen Anamnese und Fremdanamnese.**

Zweiter Schritt: Screening-Untersuchung des Gedächtnis

Ergibt die Anamnese oder Fremdanamnese Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis, ist sowohl bei den Patienten als auch bei Dritten detailliert nachzufragen, wie oft, unter welchen Umständen, was konkret, mit welchen Folgen vergessen wird. Dies erlaubt zu beurteilen, ob die Gedächtnisstörung den Alltag des Betroffenen in wichtigen Bereichen beeinträchtigt oder ob er mit geeigneten Massnahmen - wie wir alle auch - sich im Alltag gut zu behelfen weiss. Dabei kann der Gedächtnissubscore der NOSGER-Fremdanamnese sehr hilfreich sein (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2: **Gedächtnissubscore des NOSGER (quantifizierbare Fremdanamnese)**

Bitte zutreffendes ankreuzen!

1. Setzt eine unterbrochene Unterhaltung richtig fort	nie ☐ 5	ab und zu ☐ 4	oft ☐ 3	meist ☐ 2	immer ☐ 1
2. Wiederholt im Gespräch immer den gleichen Punkt	immer ☐ 5	meist ☐ 4	oft ☐ 3	ab und zu ☐ 2	nie ☐ 1
3. Kann sich an Namen von engen Freunden erinnern	nie ☐ 5	ab und zu ☐ 4	oft ☐ 3	meist ☐ 2	immer ☐ 1
4. Erinnert sich, wo Kleider und andere Dinge liegen	nie ☐ 5	ab und zu ☐ 4	oft ☐ 3	meist ☐ 2	immer ☐ 1
5. Verwechselt Personen	immer ☐ 5	meist ☐ 4	oft ☐ 3	ab und zu ☐ 2	nie ☐ 1

Zuhause lebende Gesunde: max. 10 Punkte. In Heim lebende Gesunde: max. 15 Punkte

Da jedoch oft vorschnell und unrealistisch von den Betroffenen behauptet wird, ein gutes Gedächtnis zu besitzen, ist in jedem Fall von anamnestischen Gedächtnisstörungen eine Screening-Untersuchung des Gedächtnis angezeigt: Wenn man nicht gleich den Mini Mental Status mit 30 Fragen durchführen will, kann man sich für's

erste auf die Lernfähigkeitprüfung beschränken (siehe Tabelle 3). Dieser 2 Minuten dauernde Kurztest hat eine Sensitivität von 90% und eine Spezifizität von 64%, was bei einer realistischen Prävalenz von 37% in einer gemischten Population einem positiven vorausagenden Wert von 60% und einem negativen voraussagenden Wert von 92% entspricht (Moore et al, 1996)

Tabelle 3: Gedächtnis Screening Untersuchung

1. "Sprechen Sie mir nach: Zitrone, Schlüssel, Ball" (so viele Versuche, bis es korrekt nachgesprochen werden kann).
2. Ablenkung während einer Minute durch geistig anspruchsvolle Aufgabe, z.B. von 100 jeweils 7 subtrahieren bis hinunter auf 51.
3. "Welche drei Wörter haben Sie mir vorhin nachgesprochen?"
Interpretation: Wenn nicht alle drei Wörter reproduziert werden können, ist eine detaillierte Abklärung, mindestens der volle Mini Mental Status und der Gedächtnissubscore des NOSGERs (siehe Tabelle 2), angezeigt.

3. Schritt: Detaillierte Demenzabklärung

Bestätigt die Gedächtnisscreening-Untersuchung ein Gedächtnisproblem, heisst dies noch lange nicht, dass eine Demenz vorliegt. Versagensangst, Depression oder eine kurzfristige Aufmerksamkeitsstörung, z.B. im Rahmen einer Dehydration oder allgemein eines Delirs, könnte dafür verantwortlich sein; eine detaillierte Abklärung ist jedoch in allen Fällen nötig. Zeigt diese einen Demenzverdacht, z.B. durch eine auffallend niedrigen Mini Mental Statusscore, ist eine vertiefte Gedächtnisprüfung angebracht. Dazu ist neben einem vollen Neuro-, Psycho- und internistischen Status eine detaillierte Fremd- und Sozialanamnese sowie die Durchführung einiger neuropsychologischer Tests notwendig (z.B. Fuld Objekte-Gedächtnistest, Uhrtest, Labyrinthtest, Gills examination rapide). Während die Durchführung der Tests einfach ist - jede Arztgehilfin könnte dies lernen - ist die Interpretation der Testresultate und insbesondere des Testverhaltens der Patienten komplex und braucht viel Hintergrundwissen und Erfahrung, die nur durch eine spezielle, neuropsychologische Ausbildung erworben werden kann. Der nicht in Demenzabklärung erfahrene Arzt überweist deshalb entsprechende Demenzverdächtige am besten an eine dafür geeignete Institution, z.B. Memoryklinik, resp. Gerontologische Beratungsstelle.

4. Schritt: Beratung und Behandlungsplan

Bestätigt die detaillierte Abklärung eine relevante Gedächtnisstörung oder gar eine Demenz (leichten, mittleren oder schweren Grades), ist dies nicht das Ende der ärztlichen Bemühungen, sondern der Anfang einer längerfristigen Betreuung und Behandlung. Eine Memoryklinik macht dazu konkrete Vorschläge, sowohl zu Händen des überweisenden Hausarztes als auch im Rahmen einer Familienkonferenz zuhanden des Patienten selbst und seiner Angehörigen. Denn erst diese Kombination von ärztlicher und sozialer Intervention ist bei komplexen Leiden wie einer Hirnleistungsstörung erfolgreich. Dass mit einer solchen Strategie tatsächlich beachtliche Ergebnisse erzielt werden können, konnte die Memoryklinik (resp. Gerontologische Beratungsstelle Entlisberg) anhand einer Fall-Kontrollstudie zeigen (Wettstein et al, 1996), nämlich dass Memory-Klinik-Patienten durchschnittlich ein Jahr später in ein Krankenheim eintreten mussten als Patienten ohne eine solche Abklärung, d.h. die Familien konnten ihre Patienten durchschnittlich ein Jahr länger zu Hause betreuen, wenn sie fachkundig in deren Betreuung instruiert worden waren durch das interdisziplinäre Team der Memoryklinik. Dass dabei auch grosse Beträge an Gesundheitskosten gespart werden konnten, insbesondere im Langzeitpflegebereich, ist offensichtlich, weshalb eine Überweisung an eine Memoryklinik auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll ist.

Referenzen:

Gil R., Toullat G. et al: Une méthode d'evaluation rapide des fonctions cognitives (ERFC). Sem. Hôp Paris, 62: 2127-2133, 1986

Knapp MJ et al: A 30-week randomized controlled trial of highdose tacrine in patients with Alzheimer's disease, JAMA 217, 985-991, 1994

Knopmann D et al: Long term Tacrine treatment: Effect on nursing home placement and mortality, Neurology 46: in press, 1996

Larson ER et al: Diagnostic evaluation of 200 elderly out-patients with suspected dementia. J. Gerontology 40: 536 - 543, 1985

Mumenthaler M. Behebbare und vermeidbare Demenzen. Schweiz. Med. Wochenschrift 117: 964 - 967, 1002 - 1008, 1040 - 1045, 1987

Spiegel R.: Erfassung des Verhaltens psychogeriatrischer Patienten im Alltag mit der NOSGER in Jovic N.I. und Uchtenhagen A.: Ambulante Psychogeriatrie, Fachverlag Zürich, 28 - 42,, 1992

Stähelin H.B. et al: Die Memory Klinik. Therapeutische Umschau 46: 72 - 77, 1989

Wettstein A.: Senile Demenz. Ursache, Diagnose, Therapie - Volkswirtschaftliche Konsequenzen. Hans Huber Verlag, Bern, 1991

Wettstein A et al: Checkliste Geriatrie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1996

Wettstein A et al: Kostenreduktion im Langzeitpflegebereich dank Memoryklinik. Resultate einer Fall-Kontrollstudie. Schweiz. Med. Wochenschrift Praxis, im Druck, 1996

Wettstein A.: Geriatrisches Assessment: Erfassen des Patientenwillens. Intercura 46, 14-18, 1994

Wettstein A. Demenz Endstadien, terminale Komplikationen. Intercura 47, 15-20, 1994.