

1. Allgemeine Empfehlungen zum diagnostischen Prozess Hausarzt und Memory Clinic

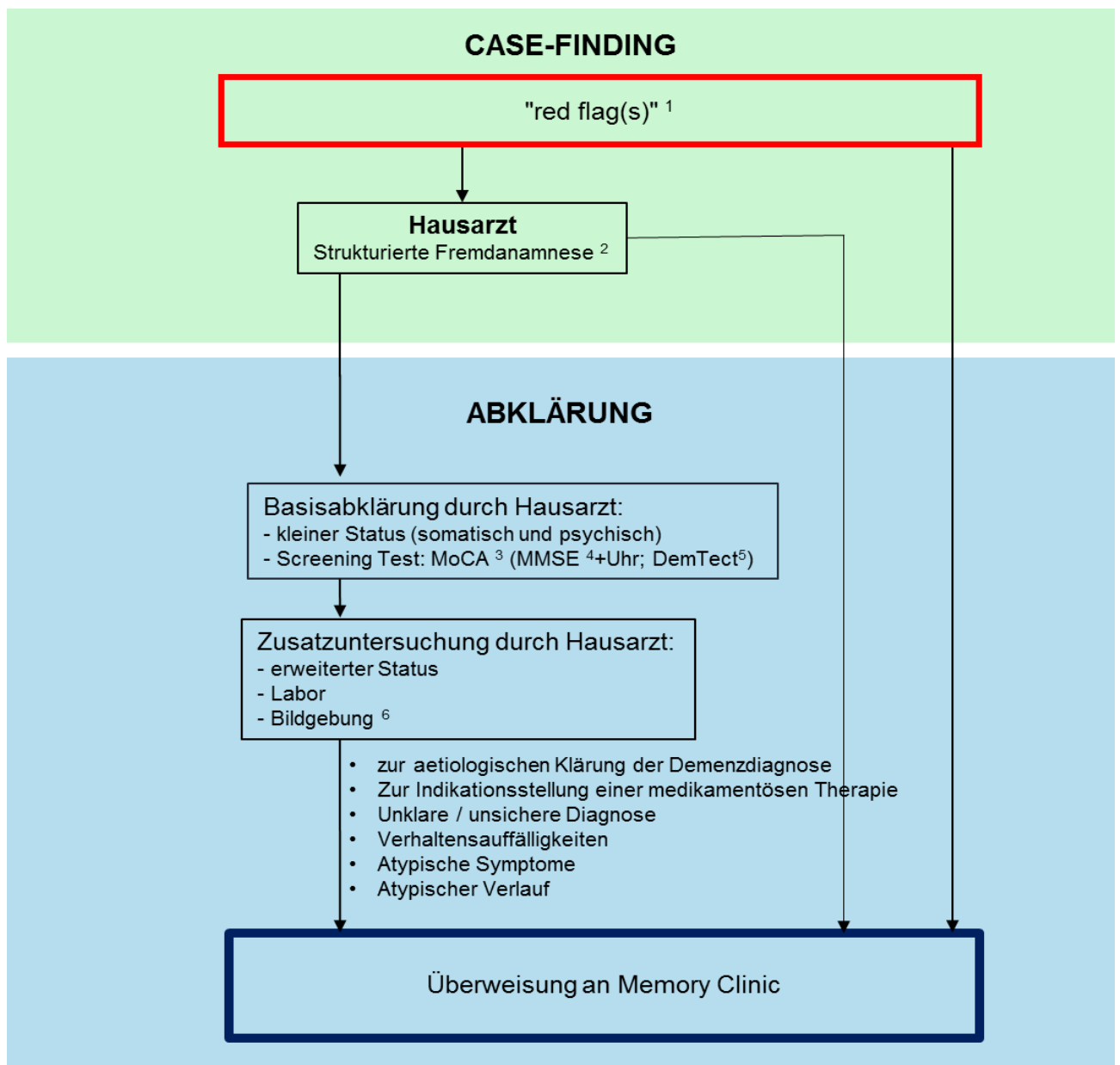
1.1. Standard für den Hausarzt:

Case-finding statt universelles Screening:

Statt dem flächendeckenden Screening aller Patienten durch eine kognitive Testung ab einem gewissen Alter wird im diagnostischen Prozess das sogenannte „case finding“ empfohlen. Mit „case finding“ ist eine Screening-Strategie gemeint, die sich auf Individuen ausrichtet, bei denen verdächtige Risikofaktoren oder Symptome einer möglichen Demenzerkrankung („red flags“¹) auftreten. Das Erfassung von „red flags“ ist eine Aufgabe des Grundversorgers (siehe unten «Algorithmus Hausarzt Demenzabklärung»).

Je nach Situation kann die Abklärung weiter im hausärztlichen Setting oder an einer Memory Clinic erfolgen.

Algorithmus Hausarzt Demenzabklärung



¹ red flag is a metaphor for something signalling a problem

Legende zum Algorithmus:

- 1 Beispiele für "red flags" sind:
 - subjektive Beschwerden
 - Hinweise durch Angehörige, Spitex oder Dritte
 - Auffälligkeiten in der Praxis (Probleme bei der Termineinhaltung, beim Medikamenten- oder Diabetesmanagement)
 - neue Schwierigkeiten bei der Erledigung der Finanzen (z.B. Mahnungen)
 - St. n. Delir
- 2 Allenfalls Ergänzung z.B. durch BrainCheck (www.braincheck.ch) oder IQCODE Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (http://crahw.anu.edu.au/files/German_short.pdf)
- 3 Das Montreal Cognitive Assessment (MoCA; www.mocatest.org) wird empfohlen; andere Instrumente sind möglich.
- 4 Der MMSE (Folstein et al., 1975) ist für die Entdeckung früher Stadien von Demenzen nicht sensitiv genug. Die Ergänzung des MMSE mit dem Uhrentest schafft hier etwas Abhilfe (Thalmann et al., 2000)
- 5 In der Schweiz ist auch der DemTect (Kessler et al., 2000; Kalbe et al., 2004) gebräuchlich.
- 6 Bei der Bildgebung sollte ein sog. Demenzprotokoll (spezielle Darstellung der mesiotemporalen Strukturen) durchgeführt werden (vgl. Kapitel 8).

Falls ein Patient mit «red flags»-Symptomen nicht zu einem Hausarztbesuch zu motivieren ist, sollte die Abklärung anlässlich eines hausärztlichen Hausbesuches oder eines anderen aufsuchenden Demenzabklärungs- und Beratungsangebotes erfolgen.

Bei Patienten mit «red flags»-Symptomen im Heim ist der Zuzug eines geriatrischen oder alterspsychiatrischen Konsiliardienstes empfohlen.

1.2. Ablauf in der Memory Clinic:

- Interdisziplinäre Abklärung durch Arzt (Alterspsychiater, Geriater, Neurologe), Neuropsychologe, evtl. Sozialdienst oder Gerontologe (vgl. Kapitel 2):
 - Krankheitsanamnese, psychosoziale Anamnese, Somatostatus und Psychostatus (vgl. Kapitel 6 und 12)
 - Neuropsychologische Testung (vgl. Kapitel 5)
 - Bildgebung (Neuroradiologie, evtl. Nuklearmedizin) (vgl. Kapitel 8)
 - Laboruntersuchung (vgl. Kapitel 7)
- Interdisziplinäre Diagnosekonferenz, Diagnose nach ICD-10 (WHO) oder DSM-5 (APA, 2013); die Codierung muss allerdings immer gemäss ICD-10 erfolgen
- Der Schweregrad der Demenz nach DSM-5 erfolgt auf Grund der Alltagsbewährung:

Schweregrad	Einschränkung im Alltag
leicht	Einschränkungen bei den IADL* (z.B. Haushalt, Umgang mit Geld)
mittel	Einschränkungen bei den ADL* (z.B. Nahrungsaufnahme, Ankleiden)
schwer	Vollständige Abhängigkeit

*IADL: Instrumental Activities of Daily Living nach Lawton und Brody

ADL: Activities of Daily Living nach Barthel

- Diagnoseeröffnungsgespräch mit Empfehlungen sowie Beratung des Patienten (z.B. Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag) und der Angehörigen (Umgang, Entlastungsmöglichkeiten)
- Medikamentöse Behandlung

- Nicht medikamentöse Behandlung (z. B. Ergotherapie, Musiktherapie, Maltherapie), kognitives Training in milieutherapeutischem Rahmen oder kognitiv-körperliches Training anbieten oder vermitteln
- Die Memory Clinic ist im Krankheitsverlauf Ansprechpartnerin für verschiedenste Fragen und Anpassungen: problematische Veränderungen im Umgang, Anpassung von Medikamenten und Therapien, Beratung der Angehörigen (Überforderung, Schuldgefühlen), Institutionalisierung, versicherungs- und medizinrechtliche Fragen u.v.m.

Referenzen

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

Ehrensperger MM, Berres M, Taylor KI, Monsch AU. Screening properties of the German IQCODE with a two-year time frame in MCI and early Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2010 Feb;22(1):91-100. doi: 10.1017/S1041610209990962.

Ehrensperger MM, Taylor KI, Berres M, Foldi NS, Dellenbach M, Bopp I, Gold G, von Gunten A, Inglin D, Müri R, Rügger B, Kressig RW, Monsch AU. BrainCheck - a very brief tool to detect incipient cognitive decline: optimized case-finding combining patient- and informant-based data. *Alzheimers Res Ther*. 2014;6(9):69. doi: 10.1186/s13195-014-0069-y.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-98.

Kalbe E, Kessler J, Calabrese P, Smith R, Passmore AP, Brand M, Bullock R. DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Feb;19(2):136-43.

Kessler J, Calabrese P, Kalbe E, Berger F. DemTect. Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik, *Psycho* 2000;6:343-7.

Thalmann B, Spiegel R, Stähelin HB, Brubacher D, Ermini-Fünfschilling D, Bläsi S, Monsch AU. Dementia screening in general practice: Optimized scoring for the Clock Drawing Test. *Brain Aging* 2002;2(2):36-43.

www.who.int/classifications/icd/en

Autoren

Gaby Bieri, Dan Georgescu