



HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Institut für Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Zusammenfassung hausärztlich
relevanter Publikationen aus dem

AgeCoDe-Projekt

des Kompetenznetzes Degenerative
Demenzen

(Stand: 02/2012)

Michael Pentzek, Heinz-Harald Abholz, Angela Fuchs

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Kompetenznetz Demenzen – Publizierte Ergebnisse, Teil 1

M. Pentzek, A. Wollny, A. Fuchs

Seit 2003 nimmt die Abteilung für Allgemeinmedizin am Teilprojekt E 3 (Epidemiologie und hausärztliche Versorgung) des Kompetenznetzes Demenzen teil. In insgesamt sechs Studienzentren (neben Düsseldorf auch in Bonn, Mannheim, Leipzig, Hamburg und München) wurden 3.327 Patienten aus 138 Hausarzt-Praxen von geschulten Interviewern bzgl. soziodemographischer Daten, körperlicher Fitness, kognitiver Leistung, klinischer Merkmale (v.a. Depressivität) und Alltagsfunktionen befragt und getestet. Unabhängig von dieser Hauptuntersuchung wurden in einigen Teilprojekten zu bestimmten Aspekten Interviews mit Ärzten geführt und Fragebögen versendet. Auf Grundlage der erhobenen Daten sind inzwischen einige Originalarbeiten in internationalen Zeitschriften veröffentlicht worden. Um Ihnen einen Überblick über diese Ergebnisse zu geben, sollen die wesentlichen Aspekte im Folgenden zusammengefasst werden. Wer die Artikel im Original lesen will, kann sich gerne unter pentzek@med.uni-duesseldorf.de melden; ich werde Ihnen dann die entsprechenden Dateien zukommen lassen.

1. Wie häufig ist die Leichte Kognitive Beeinträchtigung und womit hängt sie zusammen? ¹

Die Leichte Kognitive Beeinträchtigung (“mild cognitive impairment”, MCI) bezeichnet eine kognitive Leistung, die zwischen dem gesunden Leistungsniveau und einer beginnenden Demenz liegt. Sie ist definiert durch Abweichungen vom alters- und bildungsgemäßen Normwert in kognitiven Testverfahren, durch subjektive Beschwerden des Patienten über kognitive Defizite und durch eine erhaltene Bewältigungsfähigkeit für alltägliche Aufgaben. Patienten mit MCI haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, innerhalb der nächsten Jahre eine Demenz zu entwickeln. Die Ursachen einer MCI sind vielfältig; abgesehen von neurodegenerativen Prozessen sind ebenso behandelbare Ursachen wie Medikamentennebenwirkungen, Mangelernährung oder Depressionen bekannt. In der Arbeit von Luck et al.¹ wird untersucht, wie häufig MCI unter älteren Hausarzt-Patienten auftritt und welche Faktoren mit ihrem Vorliegen zusammenhängen.

Unter den 75 bis 84 jährigen Patienten hatten 15 Prozent eine MCI, unter den Patienten ab 85 Jahren waren es 22 Prozent. Kein Unterschied in der Häufigkeit bestand zwischen Männern und Frauen. Das Risiko, eine MCI zu haben, ist für Patienten mit Schlaganfall und mit erhöhten Depressionswerten (Geriatric Depression Scale > 5) um 57 bzw. 74 Prozent höher. Das Risiko für MCI war weiterhin erhöht bei Vorliegen eines bestimmten Genotyps (ApoE ε4).

Die Ergebnisse zeigen, dass MCI kein seltenes Phänomen unter älteren Patienten ist. Besonders Patienten mit Schlaganfall und Depressivität haben ein größeres Risiko.

ko. Warum könnte MCI (v.a. in Zukunft) für den Hausarzt ein interessantes Konzept sein? Neben der Aufdeckung und Behandlung reversibler MCI-Ursachen ist auch der Umstand relevant, dass sich in neuerer Zeit Hinweise auf die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen zur Verringerung der Progressionsrate von MCI zur Demenz häufen (sportliche Aktivität, Ernährung, soziale und kognitive Betätigung).

2. Hängen subjektive Gedächtnisbeschwerden des Patienten mit der tatsächlichen kognitiven Leistung zusammen?²

Subjektive Beschwerden von Patienten über eigene Gedächtnisdefizite ("subjective memory impairment", SMI) und ihr Zusammenhang mit der objektiven Gedächtnisleistung werden seit einigen Jahren intensiver beforscht. Grund dafür ist die Annahme, dass SMI noch vor MCI auftreten könnte und somit ein einfacher zu erhebendes Warnzeichen für einen späteren Abbauprozess zur Verfügung stünde. Schwierigkeiten bereiten bisher die genaue Art der Abfrage subjektiver Beschwerden sowie der komplizierte Zusammenhang zwischen SMI, depressiven Symptomen und kognitiver Leistung.

Jessen et al.² wollten wissen, in welcher bestimmten SMI-Untergruppe vermehrt auch objektive Gedächtnisbeschwerden bestehen. Den Patienten wurde jeweils die Frage gestellt, ob sie das Gefühl hätten, ihr Gedächtnis sei in den letzten Jahren schlechter geworden. Daneben wurden Fragen zu ihren diesbezüglichen Sorgen und zu bestimmten Bereichen gestellt, in denen sie ihre Gedächtnisbeschwerden subjektiv erlebten. Es stellte sich heraus, dass besonders die besorgten SMI-Patienten OHNE deutliche depressive Symptomatik (Geriatric Depression Scale < 5) vermehrt auch schlechtere Testwerte im verzögerten Erinnern einer Wortliste erzielten (diese Leistung ist auch ein Frühsymptom beginnender Demenzen).

Das bedeutet, dass subjektive Gedächtnisbeschwerden eines Patienten vor allem dann einen Nutzen als Warnsymptom für objektive Defizite haben könnten, wenn der Patient zusätzlich Sorgen über die wahrgenommenen Defizite äußert und wenn eine depressive Störung ausgeschlossen wurde.

3. Wie beurteilen Hausärzte die Kognition ihrer älteren Patienten?³

Das hausärztliche Urteil darüber, ob jemand kognitiv beeinträchtigt ist oder nicht, kann weitreichende Konsequenzen für die weitere diagnostische Abklärung und Versorgung des Patienten haben. Doch wie objektiv kann der Hausarzt den kognitiven Status seiner Patienten beurteilen?

In der Hauptuntersuchung sollten die Hausärzte zu jedem Patienten angeben, welche Erkrankungen dieser hat, wie gut und wie lange sie den Patienten kennen und wie sie dessen momentane kognitive Leistung bewerten (GDS-Skala, 1=unbeeinträchtigt bis 7=sehr schwere Demenz). Wir³ haben in einem statistischen Modell genauer untersucht, womit diese hausärztliche Bewertung des kognitiven Niveaus zusammenhängt. Dazu haben wir in dieses Modell alle Hausarzt-Angaben

(Kennung des Patienten, Erkrankungen) und alle Daten aus den Interviews (tatsächliche kognitive Testleistung, körperliche Verfassung etc.) aufgenommen. Es zeigte sich zunächst, dass das Hausarzt-Urteil stark mit der objektiven kognitiven Testleistung zusammenhängt. Darüber hinaus wird das Urteil jedoch von anderen unabhängigen Faktoren beeinflusst, welche die Objektivität des Hausarztes beeinflussen könnten. So wurden Patienten, die der Hausarzt sehr gut kennt, seltener als ‚kognitiv beeinträchtigt‘ beurteilt. Patienten mit Hörproblemen, mit eingeschränkter Mobilität und mehreren Erkrankungen werden dagegen vermehrt als ‚kognitiv beeinträchtigt‘ bewertet.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das reine Hausarzt-Urteil (ohne weitere Hilfestellung) bzgl. der Kognition älterer Patienten von verschiedenen Beobachtungsfehlern betroffen sein könnte. Bei Patienten, die der Hausarzt sehr gut kennt, wird eine kognitive Störung evtl. eher übersehen. Patienten mit körperlichen Gebrechen könnten dagegen vermehrt fälschlicherweise als kognitiv beeinträchtigt angesehen werden.

4. Die Mitteilung einer Demenzdiagnose: Einstellungen von Hausärzten und Spezialisten⁴

Die Diagnosemitteilung an Patienten und Angehörige wird oft als eine der unangenehmen Aufgaben im Rahmen der Demenzversorgung beschrieben. Dabei kann eine frühzeitige Aufklärung in vielen (nicht allen) Fällen sinnvoll für die Zukunftsplanung sein und krisenhafte Situationen verhindern helfen.

Kaduszkiewicz et al.⁴ wendeten zwei Methoden an, um die Einstellungen von Hausärzten zur Diagnosemitteilung bei Demenz zu untersuchen: Interviews und Fragebögen. Letztere wurden auch an Neurologen und Psychiater verschickt. Die schriftliche Befragung lieferte ein sehr positives Bild (70% der Hausärzte und 77% der Spezialisten befürworteten eine frühe Aufklärung des Patienten), wobei die älteren Ärzte zu negativeren Einstellungen tendierten. In beiden Arztgruppen wurde deutlich, dass meistens die Angehörigen besser über die Erkrankung informiert werden als der Patient selbst. Größere Unterschiede zwischen Hausärzten und Spezialisten gab es nicht. In den Interviews dagegen präsentierten die Hausärzte eine differenziertere Sicht mit mehreren Problembereichen. So scheinen Hausärzte an den Reaktionen ihrer Patienten auf eine Demenzdiagnose festzumachen, wie nützlich die Aufklärung ist. Es wurden Angst, Stigmatisierung und Scham des Patienten als Gründe gegen eine frühzeitige Aufklärung genannt. Auch die Befürchtungen des Arztes, eine Diagnosemitteilung würde den Patienten eher schaden als nutzen und die Aufklärung gefährde das Arzt-Patientenverhältnis, können einen Einfluss auf das hausärztliche Verhalten haben. Eine Lösung der Schwierigkeiten bei der Mitteilung einer Demenzdiagnose bestand für viele der interviewten Hausärzte in der Verwendung von Euphemismen (z.B. ‚Durchblutungsstörungen‘ oder ‚Altersvergesslichkeit‘ statt ‚Alzheimer‘ und ‚Demenz‘) oder in der Attribuierung der Symptome auf andere, weniger stigmatisierte Erkrankungen.

Die Studie belegt eindrucksvoll, wie mittels qualitativer Methoden ein aufschlussreicher Blick in die Versorgungswirklichkeit ermöglicht wurde, während die quantitative Befragung allein die Komplexität des Problems nicht adäquat hatte abbilden können. Zusammenfassend legen die Ergebnisse nahe, dass die Demenz ein Tabu auf Arzt- und Patientenseite darstellt. Die Aufgabe der ‚Mitteilung einer Demenzdiagnose‘ wird breit ausgelegt und die unangenehme Konfrontation des Patienten mit seiner Pathologie eher vermieden, indem das Problem umschrieben wird oder Angehörige als primäre Ansprechpartner dienen.

1. Luck T, Riedel-Heller SG, Kaduszkiewicz H, Bickel H, Jessen F, Pentzek M, Wiese B, Koelsch H, van den Bussche H, Abholz HH, Moesch E, Gorfer S, Angermeyer MC, Maier W, Weyerer S. *Mild Cognitive Impairment in General Practice: Age-Specific Prevalence and Correlate Results from the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe)*. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007; 24: 307-316.
2. Jessen F, Wiese B, Cvetanovska G, Kaduszkiewicz H, van den Bussche H, Riedel-Heller SG, Luck T, Fuchs A, Pentzek M, Sandholzer H, Weyerer S, Mayer M, Mösch E, Bickel H. *Patterns of subjective memory impairment in the elderly - association with memory performance*. *Psychological Medicine* 2007; 37: 1753-1762
3. Pentzek M, Fuchs A, Wiese B, Cvetanovska-Pllashniku G, Haller F, Maier W, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC, Bickel H, Mösch E, Weyerer S, Werle J, van den Bussche H, Eisele M, Kaduszkiewicz H for the AgeCoDe study group. *General Practitioners' judgment of their elderly patients' cognitive status: possible barriers to objectiveness*. (submitted, vorab auf dem DEGAM-Kongress 2008 als Poster präsentiert und prämiert (1. Platz)).
4. Kaduszkiewicz H, Bachmann C, van den Bussche H. *Telling "the truth" in dementia – Do attitude and approach of general practitioners and specialists differ?* *Pat Educ Couns* 2008; 70: 220-226.

Kompetenznetz Demenzen – Publizierte Ergebnisse, Teil 2

M. Pentzek, A. Wollny, A. Fuchs

Im Folgenden lesen Sie weitere interessante Ergebnisse des Kompetenznetzes Demenzen, an dem die Abteilung seit 2003 innerhalb des Teilprojekts E 3 (Epidemiologie und hausärztliche Versorgung) beteiligt ist. Wer die Originalartikel lesen will, kann sich gerne unter pentzek@med.uni-duesseldorf.de melden.

1. Die Erkennung inzidenter Demenzfälle durch den Hausarzt¹

Fragestellung

Wie gut erkennen Hausärzte inzidente Demenzfälle? Wovon hängt es ab, ob der Hausarzt eine inzidente Demenz übersieht oder einen Gesunden fälschlicherweise als dement beurteilt?

Methode

Prospektive Kohortenstudie mit 2 Follow-up-Erhebungen (FU 1 und FU 2) innerhalb von 3 Jahren, in denen inzidente Demenzfälle identifiziert wurden. 138 Hausärzte in sechs deutschen Städten nahmen teil; die Daten von 2.402 (FU 1) bzw. 2.177 (FU 2) Patienten konnten analysiert werden. Das dichotomisierte hausärztliche Urteil über ihre Patienten (Demenz vs. keine Demenz) wurde mit dem Referenzstandard einer klinischen Demenzdiagnostik (Patienteninterview mit Neuropsychologie, Fremd-anamnese, Konsensuskonferenz) verglichen. Es wurde überprüft, welche patientenseitigen Faktoren mit der Präzision des Hausarzturteils zusammenhängen.

Ergebnisse

Innerhalb der 3 Jahre konnten 111 neu aufgetretene Demenzfälle identifiziert werden, die vom Hausarzt beurteilt wurden und auch die komplette Referenzdiagnostik durchlaufen hatten. Die Sensitivität des Hausarzturteils lag bei 51,4%, die Spezifität bei 95,9%, der positive prädiktive Wert bei 23,6% und der negative prädiktive Wert bei 98,8%. Demente Patienten, die allein lebten, wurden von ihrem Hausarzt vermehrt als nicht dement übersehen. Dagegen wurde das Vorliegen einer Demenz von den Hausärzten bei folgenden (nicht dementen) Patienten überschätzt: Patienten mit Problemen beim Gehen oder mit Hörproblemen, Patienten mit subjektiven Gedächtnisbeschwerden und Patienten, bei denen der Hausarzt auch eine Depression vermutete.

Fazit

Hausärzte überschätzen die Häufigkeit der Demenz. Dennoch übersehen sie fast die Hälfte aller neu aufgetretenen (und damit mehrheitlich leichten) Demenzfälle. Besonders bei allein lebenden Patienten scheint eine Demenz schwer erkennbar zu sein. Eventuell spiegelt das die Tatsache wider, dass Informationen von Angehörigen besonders bei beginnender Demenz eine große Rolle in der diagnostischen Entscheidungsfindung des Hausarztes spielen und diese Informationen bei allein lebenden Patienten wegfallen oder nicht valide sind. Dagegen werden v.a. depressive und gebrechlichere Patienten vermehrt fälschlicherweise als dement eingestuft. Es könnte

sein, dass dies zum Teil auf bestimmte Beobachtungsfehler zurückzuführen ist, indem z.B. der Zusammenhang zwischen körperlicher und geistiger Verfassung von Hausärzten überschätzt wird (gebrechlich = kognitiv beeinträchtigt). Kommunikationsprobleme mit schwerhörigen Patienten könnten von den Hausärzten auf kognitive Defizite zurückgeführt werden (statt auf das Hörvermögen). **Somit kann man schlussfolgern, dass v.a. bei bestimmten Patientengruppen das reine hausärztliche Urteil nicht ausreicht, um eine Demenz zu erkennen bzw. auszuschließen. Weitere Informationen (z.B. Beobachtungen in der Praxis, Befragung von Angehörigen falls vorhanden, Fragen nach der Alltagsbewältigung und nach dem Gedächtnis, Testaufgaben) könnten hier hilfreich sein.** Dies ist nicht gleichzusetzen mit einer Forderung nach einem generellen Demenzscreening.

2. Prädiktion einer Demenz mit Hilfe subjektiver Gedächtnisbeschwerden²

Fragestellung

Ist das Risiko für die Entwicklung einer Demenz bei Menschen mit subjektiv geäußerten Gedächtnisbeschwerden (SMI) höher als bei Menschen ohne Beschwerden? Dies wäre ein Indiz dafür, dass subjektiv empfundene Defizite noch vor den ersten manifesten leichten kognitiven Leistungseinbußen auftreten und somit die erste erkennbare Vorstufe einer Demenz bilden.

Methode

Prospektive Kohortenstudie mit 2 Follow-up-Erhebungen (FU 1 und FU 2) innerhalb von 3 Jahren, in denen inzidente Demenzfälle identifiziert wurden. 2.423 Hausarzt-Patienten über 75 Jahren, die zu Beginn der Studie keinerlei kognitive Beeinträchtigungen aufwiesen. Es wurde erhoben, a) ob der Patient selbst über ein nachlassendes Gedächtnis berichtet und wenn ja: b) ob ihm das Sorgen macht. Dann wurde verglichen, wie viele der „Klagenden“ vs. „nicht Klagenden“ im Verlauf von 3 Jahren eine Demenz entwickeln.

Ergebnisse

Das Risiko für eine Demenz war für Patienten mit SMI fast doppelt so hoch wie für Patienten, die zu Beginn der Studie keine Beschwerden äußerten. Patienten, die sich zusätzlich noch Sorgen um ihre subjektiv empfundenen Gedächtnisbeschwerden machten, hatten im Verlauf der Studie ein 3,5 mal höheres Demenzrisiko; speziell für die Alzheimer Demenz war ihr Risiko sogar 6,5 mal höher. Ein Zusammenhang zwischen SMI und dem Auftreten speziell der vaskulären Demenz bestand dagegen nicht.

Fazit

Bei kognitiv gesunden Menschen hat das Vorliegen subjektiver Gedächtnisbeschwerden (SMI) mit entsprechenden Sorgen einen prädiktiven Wert für die Vorhersage einer Demenz (v.a. der Alzheimer Demenz) in den nächsten drei Jahren. Dieser Befund unterstützt die Hypothese einer dreistufigen Demenzentwicklung von subjektiven Beschwerden über erste leichte kognitive Beeinträchtigungen zu einer Demenz. Es kann vermutet werden, dass die Patienten selbst zuerst merken (noch vor den Testverfahren), dass irgendwas mit ihrem Gedächtnis nicht stimmt. Das Äußern, Ein-

gestehen und Ernstnehmen subjektiver Gedächtnisbeschwerden hängt von vielen Faktoren ab (u.a. Bildung, Depressivität, Persönlichkeitseigenschaften). Insofern ist die prädiktive Kraft nicht so groß, dass SMI als alleiniger Frühmarker einer Demenz in Frage kommt. **Dennoch ist es für die Praxis relevant, dass Personen mit SMI (und entsprechenden Sorgen) ein deutlich erhöhtes Demenzrisiko haben. Es könnte sich also lohnen, nach Gedächtnisbeschwerden zu fragen und besorgte Patienten im Auge zu behalten und (wenn es individuell angebracht scheint und der Patient es will) regelmäßig zu testen oder testen zu lassen.** Weiterer Forschungsbedarf besteht bzgl. der Art und Weise, wie man subjektive Gedächtnisbeschwerden am besten erfragt, damit sie einen hohen Aussagewert haben. In der hier beschriebenen Studie wurden zwei Fragen gestellt; andere aktuelle Studien weisen aber darauf hin, dass bessere Methoden der SMI-Erhebung zu einer höheren Vorhersagekraft für eine Demenz führen.

3. Das Wissen der Hausärzte über und ihre Einstellungen zu Demenzen³

Fragestellung

Neben vielen anderen Faktoren spielt auch das theoretische Wissen um eine Erkrankung eine (meist eher kleine) Rolle in der ärztlichen Versorgung. In aktuellen Studien zur hausärztlichen Demenzversorgung werden nicht validierte Fragen verwendet, um das ärztliche Demenzwissen zu erheben. Ziel der Studie war deshalb die psychometrische Überprüfung und Kreuzvalidierung eines neu konstruierten Demenz-Wissenstests. Im Folgenden soll jedoch nicht auf die psychometrischen Analysen fokussiert werden, sondern auf einige interessante Ergebnisse, die mit unserem neuen Fragebogen ermittelt werden konnten.

Methode

Es wurden insgesamt 292 Hausärzte (teils zufällig ausgewählt, teils Lehrärzte von allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen) mit einem ausführlichen Fragebogen befragt. Er enthielt die genannten Wissensfragen (multiple choice), Fragen zu den Einstellungen zur Demenz und Fragen zu Arzt- und Praxischarakteristika. Auf dieser Stufe der psychometrischen Testüberprüfung ist keine Repräsentativität der Stichprobe erforderlich. Deshalb ist bei den im Folgenden geschilderten Ergebnissen stets zu bedenken, dass es eine hoch spezifische Gruppe von Hausärzten ist, die diesen zeitaufwendigen Fragebogen bearbeitet hat. Es kann vermutet werden, dass a) die teilnehmenden Ärzte am Thema Demenz sehr interessiert waren und/oder b) das Thema Demenz bei ihnen persönlich oder in ihrer Praxis eine größere Rolle spielte. Nichtsdestotrotz können einige Tendenzen aufgezeigt werden, die auch über diese Gruppe hinaus von Interesse sind.

Ergebnisse

Ein gutes Wissen bestand v.a. im Bereich „medikamentöse Therapie“ von dementen Patienten. Auch die Symptomatik der Alzheimer Demenz und eine Umgangsregel für Demenzkranke waren weitestgehend bekannt. Weniger verbreitet war das Wissen um die Differenzialdiagnostik verschiedener Demenzursachen und um die Epidemiologie der Demenz. So überschätzten viele Hausärzte die Häufigkeit vaskulärer De-

menzen im Gegensatz zu der (weitaus häufigeren) Alzheimer Demenz. Ein Drittel schätzte die Prävalenz der Demenz in ihrer Praxis eher zu hoch ein (>15 % bei allen über 70 jährigen), während 23 % die Prävalenz eher unterschätzen (< 5 %). Nur 39 % der Hausärzte wussten, dass der MMST für die Erkennung leichter Demenzen nicht genau genug ist. Eine sinnvolle nicht-medikamentöse Therapieform für Patienten in fortgeschrittenen Demenzstadien (Reminiszenz/Validation) wurde meist nicht als solche erkannt. Ein höheres Alter des Hausarztes hing mit einem schlechteren Wissen über Demenzen zusammen. Die Früherkennung von Demenzen wurde von über 80 % der Befragten als nützlich für die meisten Patienten eingeschätzt. Dagegen sagten nur 37 %, dass die derzeitig verfügbaren Antidementiva einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf hätten. Viele der befragten Hausärzte informieren eher die Angehörigen als die Patienten selbst über eine Demenzdiagnose. 90 % äußerten, für die Versorgung von Demenzpatienten und deren Angehörigen mehr Zeit zu benötigen als ihnen zur Verfügung stehe.

Fazit

Neben dem (psychometrisch relevanten) Ergebnis, einen psychometrisch guten Wissenstest konstruiert zu haben, gibt es einen **Hinweis darauf, dass die Häufigkeit der Demenz von Hausärzten oft überschätzt wird**. Das entspricht Ergebnissen anderer Studien. **Möglicherweise ist diese Überschätzung auch ein Grund für die Wahrnehmung des hohen Zeitaufwandes** (also durch die (zu groß eingeschätzte) schiere Menge an betroffenen Patienten ausgelöst). In Fortbildungen sollte dieser Punkt angesprochen werden. Auch die in dieser hoch-selektiven Stichprobe gefundene Dominanz vaskulärer Demenzen in der hausärztlichen Wahrnehmung entspricht internationalen Studien. Es kann nur vermutet werden, dass dies einer der Gründe für die überschätzte Häufigkeit sein könnte.

1. Pentzek M, Wollny A, Wiese B, Jessen F, Haller F, Maier W, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC, Bickel H, Mösch E, Weyerer S, Werle J, Bachmann C, Zimmermann T, van den Bussche H, Abholz HH, Fuchs A for the AgeCoDe Study Group. *Apart From Nihilism and Stigma: What Influences General Practitioners' Accuracy in Identifying Incident Dementia?* Am J Geriatr Psychiatry; 14 Sept 2009 (e-pub ahead of print).
2. Jessen F, Wiese B, Bachmann C, Eifflaender-Gorfer S, Haller F, Kölsch H, Luck T, Mösch E, Kaduszkiewicz H, Wagner M, Wollny A, Zimmermann T, Pentzek M, Riedel-Heller SG, Weyerer S, van den Bussche H, Maier W, Bickel H. *Prediction of dementia by subjective memory impairment – effects of severity and temporal association with cognitive impairment.* Arch Gen Psychiatry (in press).
3. Pentzek M, Abholz HH, Ostapczuk M, Altiner A, Wollny A, Fuchs A. *Dementia knowledge among general practitioners: first results and psychometric properties of a new instrument.* Int Psychogeriatr. 2009 Jul 15:1-11.

Kompetenznetz Demenzen – Publizierte Ergebnisse, Teil 3

Michael Pentzek, Anja Wollny, Angela Fuchs

Im Folgenden lesen Sie weitere interessante Ergebnisse des Kompetenznetzes Demenzen, an dem die Abteilung seit 2003 innerhalb des Teilprojekts E 3 (Epidemiologie und hausärztliche Versorgung) beteiligt ist. Wer die Originalartikel lesen will, kann sich gerne unter pentzek@med.uni-duesseldorf.de melden.

1. Versorgung somatischer Erkrankungen bei dementen vs. nicht-dementen Hausarzt-Patienten¹

Fragestellung

Behandelt der Hausarzt somatische Erkrankungen (Hypertonie, Diabetes, Hyperlipidämie) bei dementen Patienten anders als bei nicht-dementen?

Methode

16 von 25 eingeladenen Lehrarztpraxen unserer Abteilung nahmen teil. In mehreren Schritten wurden zwei Patientenlisten erstellt (demente vs. nicht-demente): a) Der Hausarzt suchte alle Pat. > 64 aus seiner Praxis-EDV, die in den letzten drei Monaten mindestens einmal in der Praxis waren. b) Es wurden folgende Patienten ausgeschlossen: kürzer als zwei Jahre Praxispatient, präfinales Krankheitsstadium, keine der drei untersuchten Diagnosen (weder Diabetes, noch Hypertonie, noch Hyperlipidämie). c) Einschluss der Patienten, die laut Hausarzt eine Demenz haben. d) Zuordnung von nicht-dementen zu den dementen Patienten: matched pairs basierend auf Geschlecht, Alter (± 3), Vorliegen der gleichen somatischen Diagnose.

Die Hausärzte füllten dann zu jedem der ausgewählten Patienten einen Fragebogen mit folgenden Angaben aus: Anzahl Arzt/Patienten-Kontakte in den letzten drei Monaten, Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin, Daten der entsprechenden Messungen, verordnete Medikamente. Bei den Demenzfällen kamen Angaben zu Schweregrad und Dauer der Demenz hinzu.

Ergebnisse

216 Patientenpaare konnten gebildet werden (3-28 pro Praxis). Als einziger nennenswerter Unterschied war der **systolische Blutdruck bei dementen Patienten signifikant geringer (!) als bei den nicht-dementen Patienten**. In Bezug auf die Zeitabstände zwischen einzelnen Kontrollmessungen (für Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker und HbA1c) und bei der Anzahl der Arzt/Patienten-Kontakte zeigten sich keinerlei Unterschiede. Bei der medikamentösen Hypertonie-Behandlung zeigte sich ein nicht-signifikanter Trend: demente Hypertonie-Patienten wurden öfter ohne Medikament oder mit den preiswerteren Medikamenten behandelt als ihre nicht-dementen

Matching-Partner. Eine Analyse der Muster fehlender Werte erbringt ein weiteres interessantes Ergebnis: Die **Blutdruck-Messungen waren signifikant häufiger bei den nicht-dementen Patienten dokumentiert**; bei den dementen fehlten diese Werte oft in der EDV, und dort besonders bei den bereits als fortgeschritten dement eingestuften Patienten.

Fazit

Wir konnten **keine deutlichen Hinweise auf eine unterschiedliche Behandlung dementer und nicht-dementer Patienten** hinsichtlich der drei untersuchten somatischen Erkrankungen finden. Der systolische Blutdruck war bei dementen Patienten sogar niedriger, und die Behandlung mit preiswerteren Antihypertensiva spricht auch nicht für eine qualitativ schlechtere Versorgung, ebenso wenig wie das Fehlen einer medikamentösen Therapie (z.B. erklärbar durch häufigem Gewichtsverlust dementer Patienten). Das gefundene Muster fehlender Werte deutet auf die **Möglichkeit eines Dokumentationsbias und einer geringeren Sorgfalt bei der Dokumentation fortgeschritten dementer Patienten** hin.

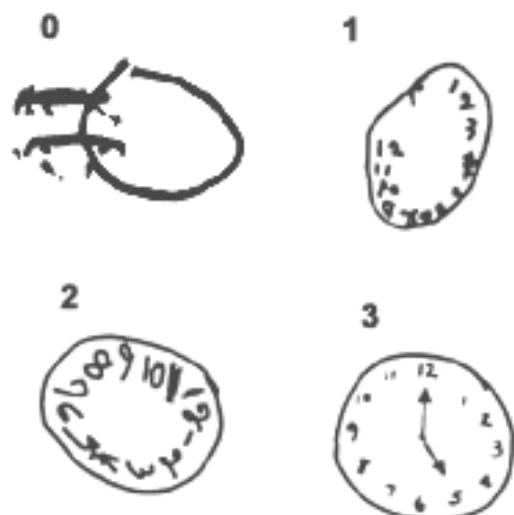
Abgesehen davon können wir einerseits interpretieren, dass die untersuchten Hausärzte bei der Behandlung dementer Patienten nicht von einem Demenz-Stigma beeinflusst sind und alle Patienten gleich behandeln. Andererseits könnte es auch so sein, dass sich Hausärzte gerade **bei Demenz-Patienten bewusst auf die Behandlung somatischer Erkrankungen konzentrieren**, da die Behandlung der kognitiven Kernsymptomatik bei Demenz schwierig ist.

2. Der Nutzen des Uhrzeichentests²

Fragestellung

Da Personen mit Leichter Kognitiver Beeinträchtigung (MCI) ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Demenz haben, könnte deren Erkennung zukünftig auch in der Hausarztpraxis eine Rolle spielen. Der Uhrzeichentest wird häufig als kognitiver Kurztest v.a. zur Abbildung des Demenzverlaufs in der Hausarztpraxis eingesetzt.

Doch ist dieser visuokonstruktive Test auch in der Lage, früheste kognitive Defizite bei MCI-Patienten zu erfassen?



Methode

Patienten der Baseline-Stichprobe des Kompetenznetzes Demenzen (N = 3.198) wurden auf Grundlage ihrer umfassenden neuropsychologischen Testresultate in MCI vs. kognitiv gesund unterteilt. Die Werte, die die Patienten dieser beiden Grup-

pen im Uhrzeichertest erzielten (Scoringsystem nach Sunderland, range 0-10), wurden verglichen und die Validität des Tests zur Unterscheidung von MCI vs. kognitiv gesund berechnet.

Ergebnisse

Im Gruppenvergleich zeigt sich zwar ein signifikant schlechterer Wert im Uhrzeichertest für die MCI-Patienten. Im Hinblick auf die Tauglichkeit in der Praxis kann der Test allerdings nicht gut zwischen kognitiv beeinträchtigten und gesunden Probanden unterscheiden: **Sensitivität und Spezifität jeweils knapp unter 60 %, positiver prädiktiver Wert (PPV) unter 30 %.**

Fazit

Mit den geringen Validitätskennwerten (Sensitivität, Spezifität, PPV) ist der **Uhrzeichertest zur Erkennung Leichter Kognitiver Beeinträchtigungen nicht geeignet**. Dies wurde in ähnlicher Weise auch bereits für die Erkennung leichter Demenzen gezeigt. Insofern sollte der Uhrzeichertest **nie allein stehend für die Abklärung leichter Defizite bei MCI- oder Demenzverdacht** genutzt werden. Auch die geringe Auswertungsobjektivität und die notwendige Auseinandersetzung mit geeigneten Bewertungskriterien und deren Einübung machen den Test für die Früherkennung in der Praxis uninteressant. Für die **Darstellung des Krankheitsverlaufs** bei manifesten Demenzerkrankungen kann er ein anschauliches Instrument sein.

¹ Müther J, Abholz HH, Wiese B, Fuchs A, Wollny A, Pentzek M. Are patients with dementia treated as well as patients without dementia for hypertension, diabetes and hyperlipidemia? Br J Gen Pract (accepted for publication).

² Ehreke L, Luppa M, Luck T, Wiese B, Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Weeg D, Olbrich J, van den Bussche H, Bachmann C, Eisele M, Maier W, Jessen F, Wagner M, Fuchs A, Pentzek M, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG; AgeCoDe group. Is the clock drawing test appropriate for screening for mild cognitive impairment? – Results of the German study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe). Dement Geriatr Cogn Disord 2009; 28: 365-372.

Kompetenznetz Demenzen – Publizierte Ergebnisse, Teil 4

Michael Pentzek, Angela Fuchs

Im Folgenden lesen Sie weitere interessante Ergebnisse des Kompetenznetzes Demenzen, an dem die Abteilung seit 2003 innerhalb des Teilprojekts E 3 (Epidemiologie und hausärztliche Versorgung) beteiligt ist. Wer die Originalartikel lesen will, kann sich gerne unter pentzek@med.uni-duesseldorf.de melden.

1. Anticholinerg wirksame Medikamente und das Demenzrisiko – ein Ansatz zur Demenzprävention¹

Fragestellung

Erhöht die Einnahme anticholinerg wirksamer Substanzen das Risiko für das Auftreten einer Demenz in den nächsten 3 Jahren?

Methode

Zufällig ausgewählte Hausarzt-Patienten (Alter > 75) wurden von den Projektmitarbeitern zu Hause interviewt und neuropsychologisch untersucht. Dies wurde im Abstand von 1 ½ Jahren zweimal wiederholt (Follow up 1 und 2). Erfasst wurden neben soziodemographischen Merkmalen auch der kognitive Status und das Vorliegen einer Demenz, Depressivität, Apolipoprotein E (ApoE)-Genotyp (Trägerstatus des E4-Allels) sowie die tatsächlich eingenommenen Medikamente. Es wurde berechnet, ob die Einnahme von anticholinerg wirksamen Substanzen das Risiko für eine spätere inzidente Demenz zu einem der beiden Follow up-Termine erhöht. Anticholinerg wirksame Substanzen wurden gemäß aktuellen Kriterien definiert. Die Daten von 2.605 Patienten konnten ausgewertet werden, von denen 220 im Laufe der 3 Jahre eine Demenz entwickelten.

Ergebnisse

37 % der Patienten (n = 963) nahmen an zumindest einem Untersuchungszeitpunkt anticholinerg wirksame Substanzen ein. Diese waren überwiegend kardiovaskuläre, analgetische, antiinflammatorische, antidiabetische oder antidepressive Medikamente. **Die Einnahme anticholinerg wirksamer Mittel war mit einem um das Doppelte erhöhten Risiko für das Auftreten einer Demenz verbunden** (Hazard ratio: 2.081, p<0.001; verglichen mit keiner Einnahme). Dieser Einfluss war unabhängig von den anderen Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Depressivität und ApoE 4-Status). In einer zweiten Analyse wurde die Stärke der anticholinergen Wirkung nach akzeptierten Kriterien in 4 Level eingeteilt (1=geringste, 4=stärkste anticholinerge Wirkung). Verglichen mit Patienten, die keinerlei anticholinerg wirksame Substanzen

einnahmen, war das **Demenzrisiko bei Einnahme von Medikamenten der Level 3 und 4 besonders deutlich erhöht**: Level 3: Hazard ratio 2.584 (p=0.002); Level 4: Hazard ratio 3.361 (p<0.001).

Fazit

Die vorliegenden Daten verdeutlichen, dass die Einnahme anticholinerg wirksamer Substanzen nicht nur eine akute Verschlechterung der kognitiven Leistung verursachen kann, sondern auch mit einem -je nach Stärke der anticholinergen Wirkung- **2- bis 3 ½-fach erhöhten Risiko** für eine nachfolgend auftretende Demenz zusammenhängt. Die **Vermeidung von zentral anticholinerg wirksamen Substanzen** könnte somit eine wichtige **Komponente der Demenzprävention** sein. Allerdings lässt das vorliegende Studiendesign keine kausalen Rückschlüsse zu.

2. Alkoholkonsum und Demenzrisiko²

Fragestellung

Hängt die Menge und Art des konsumierten Alkohols mit dem Demenzrisiko in den nächsten drei Jahren zusammen?

Methode

Zufällig ausgewählte Hausarzt-Patienten (Alter > 75) wurden von den Projektmitarbeitern zu Hause interviewt und neuropsychologisch untersucht. Dies wurde im Abstand von 1 ½ Jahren zweimal wiederholt (Follow up 1 und 2). Erfasst wurden neben soziodemographischen Merkmalen auch der kognitive Status und das Vorliegen einer Demenz, Wohnsituation, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), somatische Morbidität, Depressivität, ApoE 4-Status, Vorliegen eines MCI und das Rauchen. Menge und Art des Alkoholkonsums wurden von den Patienten direkt erfragt. Es wurde berechnet, wie der in der Baseline-Untersuchung angegebene Alkoholkonsum mit dem späteren Auftreten einer Demenz allgemein und speziell der Alzheimerkrankheit zusammenhängt. Die Daten von 3.180 Patienten konnten ausgewertet werden, von denen 217 im Laufe der 3 Jahre eine Demenz (111 davon eine Alzheimerkrankheit) entwickelten.

Ergebnisse

Die Hälfte der Befragten war alkohol-abstinenz, 24,8 % tranken weniger als einen Drink (10 g Alkohol) pro Tag, 12,8 % ein bis zwei Drinks und 12,4 % mehr als zwei Drinks. Eine kleine Gruppe von 25 Teilnehmern zeigte ein potenziell schädigendes Trinkverhalten (>60 g pro Tag bei Männern, >40 g pro Tag bei Frauen). Unter den Alkoholkonsumenten tranken etwa die Hälfte ausschließlich Wein, 29 % ausschließlich Bier und 22,4 % unterschiedliche Sorten alkoholischer Getränke.

Nach Kontrolle der o.g. Confounder-Variablen war das **Demenzrisiko für Alkoholkonsumenten im Vergleich zu Abstinenzlern insgesamt um 29 % niedriger**, das Risiko für speziell die Alzheimerkrankheit um 42 % niedriger. Dabei zeigten alle Konsumentengruppen (alle Mengen und Sorten) ein niedrigeres Demenz- und Alzheimerrisiko im Vergleich zu Abstinenzlern. **Am deutlichsten war der Effekt für die Gruppe mit einem moderaten Alkoholkonsum von 20-29 g pro Tag** (60 % geringeres Demenzrisiko, 87 % geringeres Alzheimerrisiko als Abstinenzler) **und für Konsumenten verschiedener Getränkessorten** (65 % geringeres Demenzrisiko, 86 % geringeres Alzheimerrisiko als Abstinenzler).

Fazit

Leichter bis moderater Alkoholkonsum hängt mit einem geringeren Risiko für das Auftreten einer Demenz innerhalb eines 3-Jahres-Zeitraums zusammen. Ein kausaler Zusammenhang ist mit den vorliegenden Daten nicht herstellbar. So könnten sich Personen mit einem leichten bis moderaten Alkoholkonsum auch auf anderen, z.B. Lifestyle-Variablen von Abstinenzlern unterschieden, die in der Studie nicht erhoben wurden.

3. Der VAT – ein guter Demenztest für die Hausarztpraxis³

Fragestellung

Kurze Tests können den Hausarzt in einigen Fällen bei der Erkennung einer Demenz unterstützen. Der Visuelle Assoziationstest (VAT) ist ein kurzes Verfahren, welches sich konzeptuell von allen anderen im deutschen Sprachraum gebräuchlichen Tests unterscheidet. Getestet wird der cued recall (das „unterstützte“ Abrufen) von bildhaftem Material. Diese Aufgabe wird in neueren Demenzkriterien als präzises Maß für die Demenzerkennung erwähnt; Studien im Hausarztbereich sind bislang selten. Die Durchführung des VAT ist eher spielerisch, unangenehme Fragen kommen nicht vor, und er dauert nur 2-6 Minuten. Die Frage war, ob der VAT eine Demenz in einem hausärztlichen Setting besser erkennen kann als die bislang gebräuchlichen Tests und Aufgaben.

Methode

423 Hausarztpatienten des Düsseldorfer Studienzentrums im Kompetenznetz Demenzen, die an der 2. Follow up-Untersuchung teilnahmen, wurden zusätzlich zum regulären Interview mit dem VAT untersucht. 21 Patienten (5 %) hatten eine Demenz gemäß Goldstandard aus neuropsychologischem Interview, Informantenbefragung und Konsensuskonferenz. Verglichen wurde die Güte des VAT bei der Differenzierung von dementen und nicht-dementen Patienten mit der Güte des Mini-Cog, des Uhrentests, der Wortflüssigkeit sowie des unmittelbaren und verzögerten Abrufs ei-

ner Wortliste. Weiterhin wurde berechnet, inwieweit die einzelnen Testscores von konfundierenden Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Muttersprache, Depressivität, Morbidität) verzerrt werden.

Ergebnisse

Sensitivität und negativer prädiktiver Wert des VAT (95,2 % bzw. 99,7 %) unterschieden sich nicht signifikant von denen der anderen Tests. Die **Spezifität des VAT (96,0 %) war signifikant höher als die aller anderen Tests** (82,8 – 90,3 %; $p < 0,001$ für alle Vergleiche). Der positive prädiktive Wert (PPV) des VAT lag mit 55,6% ebenfalls deutlich über dem PPV der anderen Tests (20,7 – 31,6 %).

Die Werte in allen Tests waren beeinflusst vom Alter und der Depressivität der Patienten. Von den Tests mit einer akzeptablen diagnostischen Güte (VAT, Mini-Cog, unmittelbare und verzögerte Reproduktion einer Wortliste) war der **VAT-Score der einzige Testwert, der nicht zusätzlich auch vom Bildungsgrad des Patienten beeinflusst** war. Scores auf dem Mini-Cog hingen auch mit der Morbidität des Patienten zusammen, Werte in den Wortlisten-Aufgaben zusätzlich mit dem Geschlecht.

Fazit

Der VAT stellt eine interessante Alternative zu den üblichen Verfahren wie MMST, DemTect oder TFDD dar. Er **übertrifft die anderen Tests hinsichtlich Spezifität und PPV und birgt damit ein geringeres Risiko für einen falsch-positiven Befund**. Zudem scheinen die Werte im VAT nicht so sehr von Geschlecht, Bildung, Muttersprache und der Morbidität des Patienten beeinflusst zu sein, was ihn robuster macht als viele andere Tests. Der Zusammenhang zwischen Testscores und Alter (beim VAT und allen anderen Tests) betont einmal mehr die Bedeutung altersgerechter cut-off-Werte. Zudem weist der Einfluss der Depressivität auf alle Testwerte auf die schwierige Unterscheidung von Demenz und Depression hin.

¹ Jessen F, Kaduszkiewicz H, Daerr M, Bickel H, Pentzek M, Riedel-Heller S, Wagner M, Weyerer S, Wiese B, van den Bussche H, Broich K, Maier W. Anticholinergic drug use and risk for dementia: target for dementia prevention. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2010; 260 (Suppl 2): S111–S115

² Weyerer S, Schäufele M, Werle J, Eifflaender-Gorfer S, Kaufeler S, Wiese B, Maier W, Haller F, Cvetanovska-Pllashiniku G, van den Bussche H, Zimmermann T, Bachmann C, Fuchs A, Pentzek M, Bickel H, Mösch E, Luppa M, and Riedel-Heller SG for the German AgeCoDe Study group. Current alcohol consumption and its relationship to incident dementia: results from a three-year follow-up study among primary care attenders aged 75 years and older. Age Ageing 2011; e-pub Mar 2; doi: 10.1093/ageing/afr007

³ Fuchs A, Wiese B, Altiner A, Wollny A, and Pentzek M. Cognitive Tasks to Facilitate Dementia Recognition in Primary Care: Superiority of Cued Recall. J Am Ger Soc 2012; 60: 130-135