

# Die Rolle von Memory Clinics in der Versorgung von Demenzpatienten

*Brigitte Grass-Kapanke, Gerontopsychiatrisches Zentrum, Alexianer Krankenhaus Maria-Hilf GmbH Krefeld, Multiprofessionelle ArbeitsGruppe DemenzAmbulanzen – MAGDA e. V.*

Die adäquate Versorgung von Demenzpatienten ist eine der großen Herausforderungen, die mit der Veränderung der Bevölkerungsstruktur auf uns zukommen. MCs können hier ihren fachspezifischen Beitrag leisten. Sie sind als multidisziplinäre Einrichtungen auf die Bedürfnisse von Demenzpatienten und ihren Angehörigen ausgerichtet. Doch nicht nur die multiprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der MCs ist gefragt. Von großer Bedeutung für die Versorgungsqualität ist auch das gute Zusammenspiel von MCs und niedergelassenen Kollegen zur Ausbildung eines funktionierenden Netzwerks zum Wohl der Betroffenen.

Demenz ist kein Tabuthema mehr. Vielmehr scheint Demenz in den Medien allgegenwärtig. Es gibt Artikel, Bücher, Dokumentationen und Spielfilme. Auch die Politik nimmt sich des Themas in den letzten Jahren verstärkt an (Altenberichte, Leuchtturmprojekte, die Diskussion um Pflegestützpunkte). Doch trotz all der Bemühungen, die Bedeutung dieser Erkrankung für den Einzelnen ebenso wie für die Gesellschaft herauszustellen, bestehen weiterhin erhebliche Probleme für Demenzpatienten und ihre Angehörigen, Zugang zu adäquater Diagnostik und Behandlung sowie Informationen über Hilfsmöglichkeiten zu erhalten.

Für diese unbefriedigende Situation sind mehrere Faktoren verantwortlich. So kommt es immer noch vor, dass eine Demenz als »normale Alterssenilität« ohne eigenen Krankheitswert gesehen wird, die weder Diagnose noch gar Behandlung erfordert. Bei anderen häufigen Erkrankungen des vornehmlich höheren Lebensalters wie Hypertonie oder Diabetes allerdings geht die Häufigkeit nicht mit der Akzeptanz als »normal« im Sinne von »nicht behandlungsbedürftig« einher, hier nimmt die Demenz eine Sonderstellung ein. Dies ist umso bedauerlicher, als die Erfahrung in der Praxis zeigt, dass der Effekt der zur Verfügung stehenden antidementiven Substanzen nicht nur in Studien nachgewiesen wurde. Für

einen Teil der Patienten bedeutet eine adäquate Behandlung eine Leistungsstabilisierung über mehrere Jahre und damit die Möglichkeit eines weitgehend selbstbestimmten Lebens.

Ein weiterer Grund für die Zurückhaltung bei Diagnostik und Therapie der Demenz sind die hohen mit der Erkrankung verbundenen Kosten. Dabei machen die Ausgaben für die medikamentöse Behandlung nur einen Bruchteil der Gesamtkosten aus. Bereits bei den leichten Demenzstadien überwiegen die Kosten für die Pflege um ein Vielfaches, und mit zunehmendem Demenzgrad klaffen diese Ausgaben immer mehr auseinander. Doch die Restriktionen eines Gesundheitssystems, bei dem nicht die Gesamtkosten für eine Erkrankung ausschlaggebend sind, sondern zwei verschiedene Kostenstellen für Behandlung und Pflege aufkommen, werden hier zum Nachteil der Patienten deutlich. So nennen Haus- und Fachärzte nicht etwa ihre Zweifel an der Wirksamkeit, sondern aktuelle Budgetrestriktionen als wichtigste Ursache für eine unterlassene Antidementivabehandlung (Gaudig, 2008). Entsprechend steht es um die Behandlungsrealität. Während die tatsächlichen Verordnungsraten von Nervenärzten bei 44% und bei Hausärzten bei 9% liegen, würden dieselben Ärzte zu 89% bzw. 64% ihre betroffenen Angehörigen behandeln (Hallauer et al., 2002; Ruof et al., 2002).

Dieses Ordnungsverhalten wird in einer aktuellen Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor bestätigt (Grass-Kapanke et al., 2008). Lediglich ein Drittel der betreuten Demenzpatienten wurde mit verschreibungspflichtigen Antidementiva behandelt. Entschieden zu häufig hingegen wurden Psychopharmaka verordnet, insbesondere Neuroleptika, die ebenfalls ein Drittel der Demenzpatienten erhielten. Mit der Neuroleptika-Einnahme jedoch steigt das Risiko eines schnellen kognitiven Abbaus, und dieser Effekt verstärkt sich noch bei der – nicht seltenen – Kombination mit Benzodiazepinen (Ellul et al., 2007). Darüber hinaus gibt es Hinweise auf eine erhöhte

Mortalitätsrate von Demenzpatienten, die mit Neuroleptika behandelt werden (Kales et al., 2007, Gill et al., 2007). Obwohl also die antidementive Therapie durchgängig vernachlässigt wird, werden Psychopharmaka – die durchaus bei Demenzpatienten indiziert sein können – im Übermaß verordnet. Hier spiegelt sich ein Missverhältnis wider, zumal Psychopharmakagaben durch einen adäquaten Umgang mit Demenzpatienten eingespart werden können. Hier könnten Schulungsangebote für pflegende Angehörige die hilfreichere Option sein.

Es ist unumstritten, dass die Betreuung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen zeitintensiv ist. Die durchschnittliche Visitedauer im Praxisalltag aber liegt in München bei Hausärzten bei 7,6 Minuten und bei Fachärzten für Neurologie/Psychiatrie sogar nur bei 6,6 Minuten (Molter-Bock, 2004). Solche Zeitfenster werden den speziellen Bedürfnissen von Demenzpatienten und ihren Angehörigen sicher nicht gerecht. Auch erfordert die kompetente Begleitung über den Krankheitsverlauf ein breites Wissensspektrum, das über das rein medizinische Fachwissen weit hinaus geht. So sollten beispielsweise auch die regionalen Versorgungsstrukturen und Ansprechpartner bekannt sein.

Hier füllen MCs mit ihrem auf die Bedürfnisse von Demenzpatienten und ihren Angehörigen spezialisierten Leistungsspektrum eine Versorgungslücke. MCs sind multiprofessionell ausgestattete Ambulanzen, die üblicherweise an eine Fachabteilung (Psychiatrie, Neurologie oder Geriatrie) eines Krankenhauses gekoppelt sind. Die Vorteile dieser Anbindung sind zum einen der fachliche Hintergrund der Beschäftigten und zum anderen die Möglichkeit, in unklaren Fällen oder bei Komplikationen im Verlauf unbürokratisch auf das stationäre Angebot zurückgreifen zu können. Standardmäßig jedoch findet die Demenzabklärung und Betreuung im ambulanten Setting statt. MCs sind von Diagnostik, über Therapie bis hin zur psychosozialen Beratung kompetente Ansprechpartner über den gesamten Krankheitsverlauf.

#### **Die Arbeitsweise von MCs am Beispiel der Gedächtnissprechstunde des Gerontopsychiatrischen Zentrums der Alexianer in Krefeld**

Unsere Patienten (im 4. Quartal 2009) waren erwartungsgemäß im Durchschnitt 75 Jahre alt. Bei mehr als einem Drittel unserer Patienten haben die Angehörigen die Untersuchung initiiert, in 10% der Fälle waren es die Betroffenen selbst. Bei weiteren 10%

der Fälle kamen die Patienten auf Überweisung vom Facharzt zur Abklärung, dann gab es üblicherweise eine klare Fragestellung, wie beispielsweise die Differentialdiagnose zwischen Depression und Demenz oder die Abklärung einer Demenz im Rahmen einer Parkinsonerkrankung. 20% der Patienten, die zur Abklärung in die Spezialambulanz kamen, wurde dies im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt empfohlen, da es im stationären Setting zu Auffälligkeiten gekommen war. Zwar kamen 90% unserer Patienten mit einer Überweisung vom Hausarzt, dieser war aber lediglich in 4% der Fälle auch der Initiator für die diagnostische Abklärung.

#### **Der Untersuchungsablauf...**

Nach der telefonischen Terminabsprache erhält der Patient eine schriftliche Bestätigung des Termins sowie eine Informationsbroschüre, die den Untersuchungsablauf erklärt. Beim Termin werden die Patienten freundlich begrüßt und es werden zunächst die organisatorischen Aspekte erledigt, wie das Einlesen der Versichertenkarte und die Annahme evtl. bereits vorhandener Untersuchungsdokumente. Dann wird der Patient mit seiner Begleitung in das Gesprächszimmer gebeten. Es folgt die ausführliche Anamnese und Fremdanamnese. Danach wird dem begleitenden Angehörigen ein Fragebogen zur häuslichen Situation und zu Aktivitäten des täglichen Lebens mit der Bitte ausgehändigt, diesen im Wartezimmer auszufüllen, während der Patient weiter untersucht wird. Für den Patienten folgt eine umfassende neuropsychologische Untersuchung. Im Anschluss daran findet eine körperlich-neurologische Untersuchung sowie die Blutentnahme statt. Termine für EEG und EKG werden vereinbart und eine Überweisung für die Bildgebung ausgehändigt (s. Abb. 1).

#### **Beispielhafter Untersuchungsablauf**

- Anamnesegespräch, nach Möglichkeit auch mit Bezugspersonen
- Psychopathologischer Befund
- Psychometrische Untersuchung

- Körperlich-neurologische Untersuchung
- Labor, EEG und EKG

- Bildgebung (CCT bzw. MRT)

- Rückmeldegespräch

**Abb. 1:** Beispielhafter Untersuchungsablauf

### Checkliste Rückmeldungen

- Zeitfenster: 30 Minuten
- Möglichst mit Bezugsperson
- Rückmeldung der erhobenen Befunde
- Einordnung der Beschwerden: Demenz – ja – nein – vielleicht?
- Wenn eine Demenz vorliegt
  - welche Ätiologie?
  - welcher Schweregrad?
- Therapieoptionen und weitere Behandlung
- Psychosoziale Beratung
- Arztbrief!

Abb. 2: Checkliste für Rückmeldungen

### Das Rückmeldegespräch

Sobald alle Untersuchungsbefunde vorliegen, wird ein Termin für das Rückmeldegespräch vereinbart. Der Patient wird gezielt aufgefordert, zu diesem Termin nach Möglichkeit in Begleitung einer Vertrauensperson zu erscheinen. In Vorbereitung dieses Termins werden die Befunde des Arztes und des Psychologen im Rahmen einer Diagnosekonferenz gesichtet und diskutiert und es erfolgt die diagnostische Einschätzung.

Für den eigentlichen Rückmeldetermin planen wir ein Zeitfenster von einer halben Stunde ein, damit ausreichend Zeit für Erläuterungen und Fragen bleibt. Arzt und Psychologe bestreiten diesen Termin gemeinsam und klären Patienten und Begleiter über die einzelnen Untersuchungsergebnisse sowie deren Bedeutung in der Gesamtschau auf. Dazu gehört die Information, ob eine Demenz vorliegt und, falls ja, welcher Ätiologie und in welchem Schweregrad. Es folgt die Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten und unsere Behandlungsempfehlung sowie eine psychosoziale Beratung (s. Abb. 2).

Folgende Ergebnisse des Rückmeldegesprächs sind denkbar:

- Die Untersuchungsbefunde sind unauffällig, es gibt keinen Hinweis auf eine Erkrankung. Es sind keine weiteren Aktionen notwendig.
- Die Befunde sprechen gegen das Vorliegen einer dementiellen Erkrankung. Der Patient hat aber Symptome einer anderen Erkrankung (z. B. Depression) und eine entsprechende Abklärung bzw. Behandlung ist angezeigt.
- Die Untersuchungsbefunde verweisen auf eine leichte kognitive Störung, die aktuell nicht behandlungsbedürftig ist, aber ein erhöhtes Demenzrisiko darstellt. In diesem Fall wird eine Verlaufsuntersuchung nach ca. sechs Monaten empfohlen.
- Die Untersuchungsergebnisse führen zur Diagnose einer Demenz.

- Falls die Behandlung durch uns gewünscht wird, starten wir umgehend mit der passenden antidementiven Behandlung. Der Patient erhält ein Rezept und einen Wiedervorstellungstermin.
- Falls die Behandlung durch den Überweiser gewünscht wird, wird der Patient aufgefordert, dort einen Termin zu vereinbaren. Die Behandlung kann dann zeitnah durch den Überweiser erfolgen. Die Information und der Behandlungsvorschlag erfolgen binnen einer Woche durch unseren Arztbrief.

- Die Befunde lassen noch keine eindeutige Diagnose zu. In diesem Fall werden auf den Einzelfall zugeschnittene weitere Untersuchungen angeregt. In einigen Fällen kann auch eine stationäre oder teilstationäre Einweisung sinnvoll sein. Dies ermöglicht weiterführende Untersuchungen ebenso wie eine klärende Verhaltensbeobachtung.

### Der Arztbrief

Einen hohen Stellenwert hat die zeitnahe Versendung des Arztbriefes nach dem Rückmeldegespräch. Wir versenden ihn regelhaft binnen einer Woche nach dem Rückmeldetermin. Für den Fall, dass er die Behandlung einer Demenzerkrankung selbst übernehmen möchte, findet er alle notwendigen Informationen sowie eine klare Behandlungsempfehlung. Aber auch wenn die Übernahme der Demenzbehandlung durch die Fachambulanz gewünscht wird, ist der Arztbrief die Rückkoppelung des Befundes an den Überweiser, der damit über alle vorhandenen Informationen zum Patienten verfügt.

### Weitere Angebote

Neben der Gedächtnissprechstunde stehen unseren Patienten weitere Angebote zur Verfügung. Im Angebot ist neben der Angehörigengruppe auch ein Gesprächskreis für betroffene Demenzpatienten selbst, in dem sich Patienten in leichten Demenzstadien treffen, um sich miteinander auszutauschen und gemeinsame Aktivitäten zu planen. Auch haben wir eine Gesprächsgruppe für Angehörige von Patienten mit frontalen Demenzen. Diese oft noch jungen Patienten fordern durch ihre ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten die Angehörigen erheblich, doch da die frühen Demenzformen nicht so häufig sind, mangelt es an entsprechenden Angeboten. Darüber hinaus bieten wir eine aufsuchende Beratung an, die oftmals erst den Weg zur diagnostischen Abklärung in der Gedächtnissprechstunde

ebnet, aber im weitesten Sinne Beratung zu allen Lebenslagen des Alters anbietet. Diese Aufzählung ist weder vollständig noch endgültig, da wir konstant an der Weiterentwicklung des Angebotprofils arbeiten.

#### Wie sieht nun eine gute Kooperation von Mcs und niedergelassenen Kollegen aus?

Wichtig ist in erster Linie, dass sich die Beteiligten in keine Konkurrenzsituation begeben. Es geht nicht darum, wer Demenzpatienten behandeln darf und wer nicht. Demenz ist eine häufige Erkrankung und wie zu Beginn ausgeführt, erhält derzeit nur ein kleiner Anteil der Patienten überhaupt eine Diagnose, geschweige denn eine Behandlung. Angesichts des demographischen Wandels wird die Zahl der Demenzpatienten nochmals deutlich steigen. Eine angemessene Versorgung dieser Patientengruppe wird alle beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen fordern. Gefragt ist daher die Kooperation der Beteiligten, um die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen.

MCs sind subsidiär zu den bestehenden Strukturen. Sie ergänzen die Möglichkeiten im niedergelassenen Bereich, indem sie spezialisiert und damit routiniert und effizient eine aus Sicht vieler Mediziner schwierige Patientengruppe umfassend versorgen. Und dies nicht nur in medizinischer Hinsicht, sondern auch unter psychosozialen Aspekten. Dabei müssen die MCs nicht die ganze Angebotspalette selbst anbieten, sondern ganz im Sinne eines kooperierenden Netzwerkes ist es die Aufgabe der MCs, Informationen über regionale Angebote bereitzustellen und diesbezüglich zu vermitteln.

Es gibt verschiedene Varianten der gemeinsamen Versorgung von Patienten. Beispielsweise übernimmt die MC die fachärztliche Demenzversorgung, während alles andere in den Händen des Hausarztes bleibt. Eine

andere Möglichkeit ist es, dass die gesamte Behandlung des Patienten – einschließlich der Demenzerkrankung – beim niedergelassenen Kollegen liegt, dieser sich aber wiederholt Input von der MC wünscht. Das ist im Rahmen von jährlichen Verlaufsuntersuchungen ebenso denkbar wie bei neu aufgetretenen Symptomen wie z.B. Verhaltensauffälligkeiten. Für die erfolgreiche Zusammenarbeit ist eine gute Kommunikationskultur von Bedeutung. Deren Basis bildet der bereits herausgestellte zeitnahe verschickte Arztbrief. Darüber hinaus sollte aber auch jederzeit die Möglichkeit zum direkten bzw. telefonischen Kontakt bestehen, um den unmittelbaren kollegialen Austausch zu fördern.

Meines Erachtens hat sich dieses Modell in Krefeld bewährt, stellt aber nicht den Anspruch auf Allgemeingültigkeit. Andere regionale Strukturen mögen zu abweichenden Lösungen führen. Im Mittelpunkt des Engagements jedoch sollte immer der Aspekt der optimierten Versorgung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen stehen.

#### Literatur

Bei der Verfasserin.

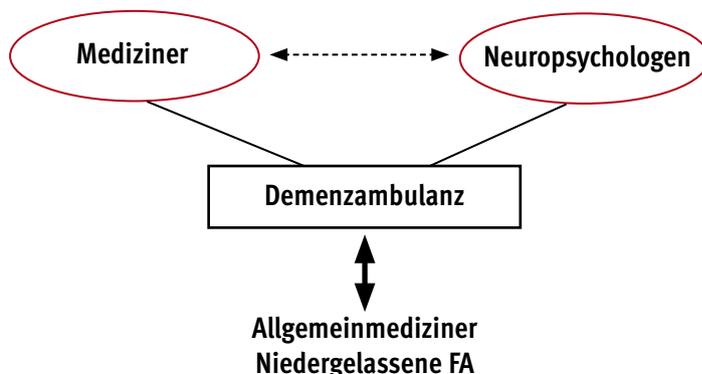


Abb. 3: Zusammenspiel von Gedächtnissprechstunden und niedergelassenen Ärzten

#### Korrespondenzadresse:

Dr. Dipl.-Psych. Brigitte Grass-Kapanke  
Leiterin Gerontopsychiatrisches Zentrum  
Krankenhaus Maria-Hilf GmbH  
Oberdießemer Str. 136  
47805 Krefeld

E-Mail: b.grass-kapanke@alexianer-krefeld.de