

Kognitives Basis-Assessment für Menschen mit Demenz in der Hausarztpraxis: Ist doch ganz einfach!?

Umgang mit möglichen Schwierigkeiten und Stolperfallen im kognitiven Demenz-Assessment in der Hausarztpraxis

Dipl.-Psych. Anne Messemaker,
Dipl.-Psych. Arthur Schall, M.A. &
Dr. Valentina Tesky

Arbeitsbereich Altersmedizin, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Tag der Allgemeinmedizin, 25. November 2017, Frankfurt am Main



Basis-Assessment für Menschen mit Demenz

Oder auch Screening ...

- ist ein auf bestimmte Kriterien ausgerichteter orientierender Kurz-Test
- soll eine grobe Unterscheidung zwischen verdächtigen und nicht verdächtigen Fällen ermöglichen
- dient der Einschätzung des kognitiven Leistungsstandes, aber
- sagt nichts darüber aus, wie es den Menschen mit Demenz mit solch einer Einschränkung geht
- wird häufig im diagnostischen Prozess eingesetzt und bietet auch Möglichkeiten der Verlaufskontrolle

Basis-Assessment für Menschen mit Demenz

Sollte folgende Anforderungen erfüllen:

- Kürze
- leichte Durchführbarkeit
- einfache Auswertbarkeit
- geringer Material- und Kostenaufwand
- gute Akzeptanz bei Patienten und Durchführenden
- kulturfair

Basis-Assessment für Menschen mit Demenz

- + es bietet eine erste Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- + gibt Hinweise für weitere diagnostische Prozesse
- kann keine umfassende Diagnostik ersetzen
- im frühen Demenz-Stadium oft nicht sensitiv genug
- selbst ein unauffälliger Test kann eine Demenz nicht zu 100% ausschließen

Welchen Nutzen haben Screening-Verfahren?

- Eine rechtzeitige Diagnostik macht den Einsatz von z.B. Antidementiva in einem frühen Stadium möglich
- Alle betroffenen Personen können sich frühzeitig auf die Situation einstellen und Rat, Informationen sowie Unterstützung einholen
- Potenzielle Gefährdungssituationen können „entschärft“ werden
- Behandelbare Krankheiten können ausgeschlossen werden, deren Symptome einer Demenz ähneln

Rolle der Hausarztpraxis

Zweistufiges Vorgehen wird empfohlen:

- Der Patient sucht bei meistens fremdanamnestisch bemerkter Symptomatik (z.B. Ehepartner...) seinen Hausarzt auf. Die geschulte MFA der Praxis führt ein Screeningverfahren durch.
- Zeigt sich ein Verdacht eines demenziellen Frühsyndroms, überweist der Hausarzt die Patienten in eine Gedächtnissprechstunde zur genauen neuropsychologischen Diagnostik.

Rolle der Hausarztpraxis

- Die Hausarztpraxis ist gerade bei älteren Patienten die wichtigste Anlaufstelle bei Gesundheitsfragen
- Auch in der heutigen Generation schämen sich Patienten noch, zum Nervenarzt/Neurologe zu gehen → nur 4% der älteren Bevölkerung suchen bei Problemen den Nervenarzt auf, jedoch gehen 84% regelmäßig zum Hausarzt
- Deshalb ist es wichtig, Screeningverfahren zur Frühdiagnostik von Demenzen zu entwickeln, die beim ärztlichen „Grundversorger“ gut anwendbar sind

Gruppenarbeit mit 4 „klassischen“ Verfahren

- MMST, DemTect, MoCA oder Uhrentest
 - Bitte lesen Sie die Instruktion
 - Führen Sie den Test durch: Patient, MFA und Beobachter
 - Bitte beantworten Sie die Frage: Was könnten Vorteile/Nachteile vom Verfahren sein?
- 25 Min. Zeit

MMST: Mini-Mental-Status-Test (Folstein et al., 1975)

- Erfassung von kognitiven Leistungsstörungen einschließlich Schweregradeinschätzung
- Test ist im Internet veröffentlicht
- geeignet bei leichter bis mittelgradiger Demenz
- bei schwerer Demenz schwierig anzuwenden, da es zu Verständnis- und Motivationsproblemen kommen kann
- Dauer ca. 5 Min.
- max. 30 Punkte
- Der Test umfasst 20 Aufgaben
 - zeitliche und örtliche Orientierung
 - Merk- und Erinnerungsfähigkeit
 - Sprache
 - Befolgen von Anweisungen
 - Lesen, Schreiben, Nachzeichnen

MMST: Mini-Mental-Status-Test

- eine Einarbeitung in das Verfahren ist Voraussetzung
- nur als Hinweise zu betrachten, nicht zur Früherkennung einer Demenz geeignet
- Unterschiede zwischen gesunden und schwer erkrankten Personen werden deutlich
- alters- und bildungsabhängige Ergebnisse sind möglich, da unterschiedliche Versionen existieren (betrifft vor allem Punkteverteilung und Durchführung des Tests)
- Richtwerte
 - 27 - 23 Punkte (Hinweis auf leichte Beeinträchtigung)
 - 23 - 18 Punkte (Hinweis auf leichte Demenz)
 - 17 - 10 Punkte (Hinweis auf mittelschwere Demenz)
 - unter 10 Punkte (Hinweis auf schwere Demenz)

MMST: Mini-Mental-Status-Test

Nachteile:

- geringere Sensitivität im Anfangsstadium
- Ergebnis wird vom Bildungsstand beeinflusst
- das Gedächtnis wird nur anhand einer Frage geprüft

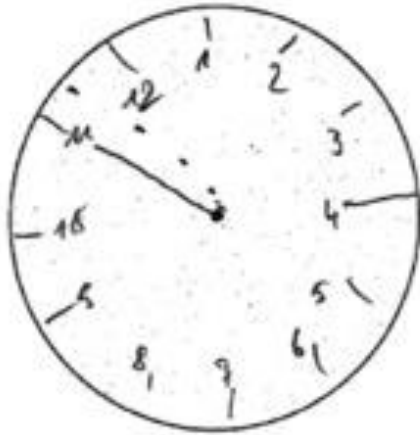
Uhren-Test (Shulman et al., 1993)

- Kurzscreening-Instrument zur Erkennung kognitiver Störungen
 - der Test ist im Internet veröffentlicht
 - bei leichter bis mittelgradiger Demenz
 - bei schwerer Demenz schwierig anzuwenden, da es zu Verständnis- und Motivationsproblemen kommen kann
-
- Dauer ca. 2-5 Min.
 - Zeichnen einer Uhr und die Einstellung auf 11:10 Uhr

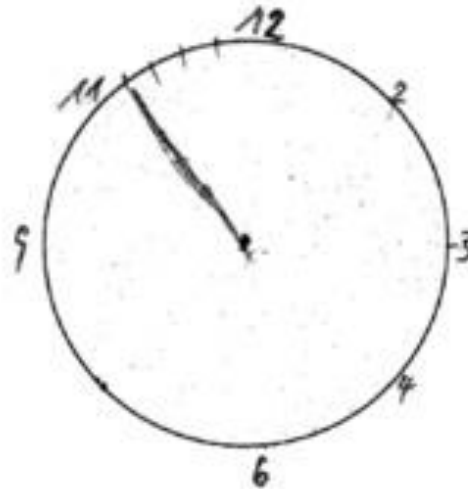
- eine Einarbeitung in das Verfahren ist Voraussetzung

- Richtwerte (nicht einheitlich)
 - Score 1 = Uhr ist perfekt
 - Score 2 = leichte visuell-räumliche Fehler (z.B. Abstände zwischen den Ziffern ungleichmäßig, Verdrehung des Zifferblattes)
 - Score 3 = fehlerhafte Uhr bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung (z.B. nur ein Zeiger eingezeichnet, Uhrzeit als Text, keine Uhrzeit)
 - Score 4 = mittelgradige Desorganisation, korrektes Einzeichnen der Uhr unmöglich (z.B. sehr unregelmäßige Zwischenräume, keine Ziffern)
 - Score 5 = schwergradige visuell-räumliche Desorganisation (wie 4, aber stärker ausgeprägt)
 - Score 6 = keine Darstellung der Uhr

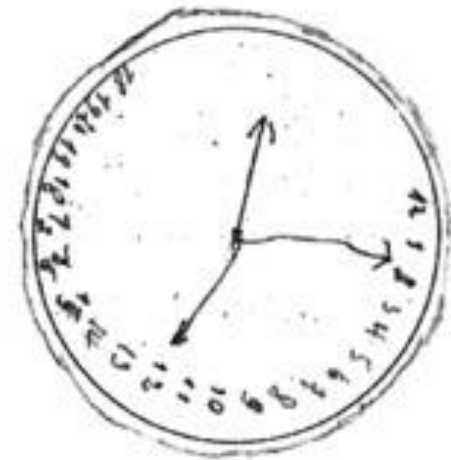
Uhren-Test



Beruf: Chemikerin
Alter: 80 Jahre
MMSE: 23



Beruf: Geograph
Alter: 64 Jahre
MMSE: 18



Beruf: Postbeamter
Alter: 83 Jahre
MMSE: 11

Uhren-Test

Vorteile:

- hohe Augenscheinvalidität
- Ergebnis ist z.B. für Laien sehr verständlich

Nachteile:

- erfasst nicht die Gedächtnisfunktionen
- geringe Akzeptanz
- sollte mit MMST kombiniert werden, um aussagekräftiges Ergebnis zu erzielen

DEM-TECT: Demenz-Detektion (Kessler et al., 2000)

- Screeninginstrument zur Erkennung leichter kognitiver Störungen
- Personen mit leichten kognitiven Störungen; auch für unter 60-jährige Personen geeignet
- Test ist im Internet veröffentlicht

- Dauer: ca. 10 Min.
- max. 18 Punkte
- insgesamt enthält dieser Tests fünf Untertests: verbales Gedächtnis; kognitive Flexibilität; Wortflüssigkeit; Arbeitsgedächtnis; mittelfristige Gedächtnisleistung

DEM-TECT: Demenz-Detektion

- eine Einarbeitung in das Verfahren ist Voraussetzung
- alters- und bildungsabhängige Ergebnisse sind möglich, da unterschiedliche Versionen existieren (betrifft vor allem Punkteverteilung und Durchführung des Tests)
- soll bei leichten kognitiven Störungen sensitiver sein als der MMST
- besonders die Wortliste und der Wortflüssigkeitstest sind für die Früherkennung von kognitiven Leistungsstörungen geeignet
- es existiert eine digitale (DEM-TEC digital) Version

- Richtwerte
 - unter 8 Punkte: Verdacht auf Demenz
 - 9-12 Punkte: leichte kognitive Einschränkung
 - 13-18 Punkte: altersentsprechende kognitive Leistung

DEM-TECT: Demenz-Detektion

Nachteile:

- geringe Akzeptanz

Montreal-Cognitive-Assessment (MoCA)-Test

- der MoCA-Test wurde 1992 entwickelt

- berücksichtigt unterschiedliche kognitive Bereiche:
 - Aufmerksamkeit und Konzentration,
 - Exekutivfunktionen,
 - Gedächtnis,
 - Sprache,
 - visuokonstruktive Fähigkeiten,
 - konzeptuelles Denken,
 - Rechnen und
 - Orientierung

Montreal-Cognitive-Assessment (MoCA)-Test

- max. sind 30 Punkte zu erreichen
- Normalbereich: durchschnittlich 27,4 Punkte
- Leichte kognitive Beeinträchtigungen: durchschnittlich 22,1 Punkte
- Demenz: durchschnittlich 16,2 Punkte

- Durchführungszeit ca.10 Minuten
- in über 30 Sprachen übersetzt

- eine Einarbeitung in das Verfahren ist Voraussetzung

MoCA-Test

Vorteile:

- höhere kognitive Anforderungen an die Patienten → höhere Sensitivität
- Verfügbarkeit
- ökonomisch
- berücksichtigt das Bildungsniveau
(unter 12 Jahren Ausbildung → +1 extra Punkt)

Nachteile:

- geringe Akzeptanz (noch)

Vorsicht, Stolperfalle!

„Bei der Interpretation der Ergebnisse neuropsychologischer Verfahren sollen alle aus der Anamnese sich ergebenden **Informationen** berücksichtigt werden, **die einen Einfluss auf das Leistungsvermögen der untersuchten Person haben** können, wie soziokultureller Hintergrund, Ausbildungsgrad, besondere Fähigkeiten, früheres Leistungsniveau, Sprachkompetenz, sensorische Funktionen, psychiatrische oder körperliche Erkrankungen sowie Testerfahrungen...“

S3-Leitlinie „Demenzen“, DGPPN/DGN, 2009, S. 33.

Stolperfalle „Sensorische Störungen“

- Schwerhörigkeit
 - z.B. MMST: Wörter wiederholen, Nachsprechen
 - allgemein: Aufgabenstellung
- Fehlsichtigkeit
 - z.B. MMST: Figur abzeichnen, schriftliche Aufforderung, Satz schreiben
 - z.B. Uhrentest

Stolperfalle Aufmerksamkeit

- Menschen mit Demenz können ihre Aufmerksamkeit nicht teilen
- sie sind immer nur auf EINE Sache konzentriert

Was hilft?

- Präsenz zeigen
- sich zeigen, ins Blickfeld treten
- Blickkontakt aufnehmen
- mit Namen ansprechen
- in Körperkontakt treten

Stolperfalle Aufmerksamkeit

Was hilft?

- Situation entlasten
- Konkurrenzreize vermeiden / reizarme Umgebung schaffen
- Straßenlärm? Fenster zu?
- Telefon / Computer leise?
- weitere Personen anwesend?
- Zimmer aufgeräumt?
- Radio / Fernseher aus?
- Aufgaben nacheinander machen

Stolperfalle Verstehen

- Menschen mit Demenz können lange Sätze nicht verstehen
- Anweisungen müssen „einfach“ formuliert werden

Was hilft?

- auf den Punkt bringen
- langsam sprechen
- kurze, einfache Sätze
- nur ein prägnanter Inhalt pro Satz
- wichtige Wörter betonen
- inhaltliche Mehrdeutigkeiten vermeiden
- positiv ausdrücken
- Ruhe

Stolperfalle Behalten

- Menschen mit Demenz können keine neuen Informationen behalten
- sie können aber Dinge aus der Vergangenheit sehr gut abrufen; insbesondere, wenn diese emotional bedeutsam sind

Was hilft?

- an alte Erinnerungen / Lebensthemen anknüpfen
- Mut machen
- Zeit einplanen und geben, Pausen machen
- das Gesagte wiederholen
- nicht korrigieren!

Stolperfälle „Anosognosie“

- krankhaft fehlende Krankheitseinsicht
- Aussagen von Angehörigen vs. von Menschen mit Demenz

Empfehlung „Anosognosie“

- Fremdanamnese
- ACHTUNG: Fassade halten lassen, Selbstwert wahren!
- Viele Menschen mit Demenz wollen den Anderen - und sich selbst - gegenüber ein intaktes Selbstbild aufrechterhalten

„Daher ist es manchmal wichtig, eine Fremdanamnese auch ohne den Patienten zu erheben, weil es ansonsten zu einer ‚Entkleidung‘ des Patienten vor Dritten kommen muss, was erhebliche Belastung für Patient und Angehörigen bedeuten kann.“

DEGAM-Leitlinie Demenz, 2008, S. 28.

Stolperfalle „Depressionen“

- sog. Pseudo-Demenz
- Depression ist besser behandelbar
- Differentialdiagnostik wichtig!

Differenzialdiagnostik

„Wenn ein Patient ausschließlich subjektive Beschwerden ohne nachweisbare Defizite bzw. ohne bestätigende Fremdanamnese angibt, sollte vor allem eine Depression oder eine Angststörung in Betracht gezogen werden.“

DEGAM-Leitlinie Demenz, 2008, S. 22.

Diagnostische Kriterien der Depression

Leitsymptome

- depressive Stimmung
- Verlust von Interesse oder Freude
- erhöhte Ermüdbarkeit

Nebensymptome

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit

Assessment in der Demenzdiagnostik ist doch ...

- ... gar nicht so einfach
- ... und gar nicht so schwer!

Bei allen Tests Stolperfallen im Auge behalten:

- sensorische Störungen beachten
- Kontext von Distraktoren entlasten
- Kommunikation anpassen
- Fremdanamnese
- Differentialdiagnostik