

Bedeutung der Memory-Kliniken/ Gedächtnisambulanzen

Zunehmend verbreitete und akzeptierte Ergänzung
in der ambulanten Versorgung Demenzkranker

Gabriela Stoppe

Die alternde Bevölkerung bringt eine starke Zunahme Demenzkranker mit sich. Diese und ihre Angehörigen leiden nicht nur unter zunehmender Hilflosigkeit, sondern auch unter erheblichen Mängeln in der Versorgung. Weniger als die Hälfte der PatientInnen werden bezüglich der Demenz angemessen diagnostiziert und behandelt. Können Memory-Kliniken/Gedächtnissprechstunden daran etwas ändern?

Begriff und Geschichte

Die Etablierung von Memory-Kliniken/Gedächtnissprechstunden (im Folgenden als MC abgekürzt) beruhte auf einer Forderung der Weltgesundheitsorganisation, die vor bald 50 Jahren die Einrichtung von ambulanten Stellen zur Frühdiagnose von psychischen Erkrankungen im Alter forderte (25). Seit der Einrichtung der ersten europäischen MC in London durch Exton-Smith und Mitarbeiter wurden im deutschsprachigen Bereich 1985 die MC an der Geriatrischen Universitätsklinik in Basel und die Alzheimer-Ambulanz an der Psychiatrischen Klinik der Technischen Universität München gegründet (11, 14). In den folgenden Jahren wuchs die Anzahl der Ambulanzen erheblich. Auch wenn nur aus einigen Ländern Zahlen vorliegen, so sind doch Zunahmen in Grossbritannien von 20 (1993) auf 58 (2000) und aus den Niederlanden von 12 (1998) auf 40 (2004) bekannt (7, 6). Im deutschsprachigen Raum ist die Entwicklung ähnlich (1, 11). Seit 1995 gibt es im deutschsprachigen Bereich regelmässige Arbeitstreffen, bei denen seit Beginn dieses Jahrhunderts stets mehr als

150 Teilnehmer zusammenkamen. Auch in Grossbritannien treffen sich Vertreter der Einrichtungen jährlich (5).

Nachdem zunächst verschiedene Begriffe, insbesondere *Memory-Clinic*, *Gedächtnissprechstunde*, *Gedächtnisambulanz*, *Alzheimer-Zentrum*, *Alzheimer-Ambulanz*, verwendet wurden, haben sich inzwischen die ersten beiden Begriffe durchgesetzt.

Angebot und Struktur von MC

MC sollten gut erreichbar sein, und die PatientInnen sollten überwiesen werden oder sich selbst zuweisen können. Damit soll die Schwelle zur Diagnose erleichtert werden. Einige Stellen bieten gegebenenfalls zunächst anonyme Beratung an. Gerade die Frühdiagnostik ist gleichzeitig notwendig, aber auch schwierig. Personen

Tabelle 1:

Typische Merkmale einer MC

Kompetenz:

Die MC stellt Zeit und in der ambulanten Versorgung fehlende (Spezial-)Kompetenz zur Verfügung.

Frühdiagnose:

Die Frühdiagnose und frühzeitiger Therapiebeginn sind Ziel der Arbeit. Das gegenwärtig übliche «Akute-Krisen-Management» wird dadurch vermeidbar. Nicht Betroffene können «beruhigt» werden.

Interdisziplinarität und Diagnosekonferenzen:

Der interdisziplinäre Ansatz (in der Regel Ärzte, Neuropsychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen etc.) wird den komplexen Aufgaben gerecht.

Therapien, Beratung und psychosoziale Massnahmen:

MC initiieren und überwachen Einzel- und Gruppenangebote, Pharmakotherapie nach State of the Art, Sozialberatung etc.

Forschung:

MC initiieren, koordinieren wissenschaftliche Projekte oder nehmen an Forschungsprojekten teil (auch multizentrisch).

Angehörigenberatung:

MC beraten die Patienten und Angehörigen und arbeiten mit der Selbsthilfe eng zusammen.

können durch eine sorgfältige Diagnostik jedoch nicht nur eine Demenzdiagnose bekommen, sondern eventuell auch «beruhigt» oder gezielt anders behandelt werden (Tabelle 1).

Gerade im Bereich der ambulanten (hausärztlichen) Versorgung findet eine Frühdiagnose letztendlich nicht statt, wofür neben fehlender Fachkompetenz auch Aspekte wie Nihilismus beziehungsweise das Stigma der Demenzdiagnose eine Rolle spielen (12, 19). Interessant ist, dass die Stigmatisierung offensichtlich nicht nur mit der vermuteten «Psychiatrienähe» zunimmt, sondern mit Umfang und Qualität des Angebotes für die Kranken abnimmt, was optimistisch stimmt (18).

Unstrittig ist, dass frühe Interventionen den Verlauf für Patienten sowie ihre Angehörigen verbessern und die Kosten wahrscheinlich sogar verringern (6).

MC sehen ihre Aufgaben über die Initiierung und das Monitoring von medikamentösen Therapien auch als Anlaufstelle für Informationen beziehungsweise für die Vermittlung von psychosozialen Therapien, Training oder Selbsthilfegruppen. Die Zusammenarbeit mit den regionalen Alzheimer-Gesellschaften ist dabei in der Regel eng. Eine sozialarbeiterische Überprüfung der Situation, die Vorbereitung und Klärung der finanziellen und rechtlichen Situation, kann auf dem Hintergrund einer tiefen Kenntnis über die Probleme Demenzkranker geleistet werden. MC sehen sich als Initiatoren von Fort- und Weiterbildungsangeboten oder auch von neuen Versorgungsangeboten (5). Die Autorin hat zum Beispiel an früherer Stelle einen Freiwilligen-Hilfsdienst für die Entlastung pflegender Angehöriger nachhaltig etabliert und auch evaluiert. An anderem Ort wurden Ferien- und Freizeitangebote für Demenzkranke und Angehörige entwickelt (15). Ein wesentliches Element bei allem ist die Zeit, die für den Einzelfall aufgewendet wird (5).

Ein entscheidendes Kennzeichen einer Gedächtnis-sprechstunde ist die Interdisziplinarität (5, 8, 10). Typischerweise arbeiten Ärzte, (Neuro-) Psychologen, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter eng zusammen, oft jeweils in Teilzeittätigkeit. Es erscheint sinnvoll, neuropsychiatrische Kompetenz vorzuhalten. Die publizierten Erfahrungen belegen, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten, die eine solche Einrichtung aufsuchen, entweder eine Demenz haben oder eine andere seelische Störung (5, 11). In jedem Fall erscheint es sinnvoll, für die häufig multiplen gesundheitlichen Probleme der Demenzkranken auch Ernährungsberatung, Logopädie, klinische Pharmakologie, Ophthalmologie oder Otorhino-

laryngologie in Reichweite zu haben. In der Regel wird jeder Fall in einer Fall- respektive Diagnosekonferenz besprochen. Die Vorteile eines interdisziplinären Vorgehens für diese Patientengruppe wurden in anderen Ländern eingehend untersucht (21, 22).

Dieser Rahmen passt gut zu der universitären Tradition der MC. Mit der Ausweitung der Anzahl von MCs nimmt die Vielfalt der Settings jedoch zu. So finden sich inzwischen viele Einrichtungen angeschlossen an geriatrische Kliniken, Pflegeheime und vor allem an Einrichtungen der Alterspsychiatrie (dies gilt z.B. in Deutschland oder Grossbritannien). Damit steigt einerseits der Anteil der MC an der Versorgung, andererseits ist die Verbindung zur Forschung schwächer (1, 5, 16).

Die enge Verbindung zur Forschung sorgt für einen in der Regel sinnvollen Interessenausgleich in der Form, dass Patienten stets die neuesten therapeutischen Möglichkeiten vermittelt beziehungsweise auch die besten diagnostischen Methoden zur Verfügung gestellt bekommen, und andererseits, dass klinische Daten, Liquor-Proben und so weiter auch wiederum in die klinische Forschung einfließen. Dies spielt zum Beispiel derzeit im Rahmen von nationaler und übernationaler Verbundforschung (z.B. Kompetenznetz Demenzen in Deutschland; www.kompetenznetz-demenzen.de) oder im European Alzheimer Disease Consortium EADC (<http://eadc.alzheimer-europe.org>) eine Rolle. Erwähnenswert ist zudem, dass sehr oft auch die Finanzierung von MC über eingeworbene Forschungsgelder erfolgt. Andernfalls ist die Finanzierung derzeit vielerorts noch ein Problem (1, 5).

Diese Tradition und auch das Setting bedingen, dass derzeit die meisten MC-Patienten vergleichsweise jünger sind und vor allem weniger Verhaltensstörungen aufweisen. Dies reflektiert sich an der in den entsprechenden Verbundstudien publizierten Patientenklientel (2, 5, 10, 17). Um auch ältere und funktionell stärker beeinträchtigte Patienten zu erreichen, muss das Angebot der MC sicherlich eher auch aufsuchend sein. Modelle dafür gibt es zum Beispiel in Form von «Memory Vans» oder in kombinierten Services für Sturz und Demenz in Australien (20). Oder auch im traditionell sehr aufsuchend orientierten Mental Health Service in Grossbritannien (5).

Harmonisierung und Qualitätssicherung

Soweit dies bisher Gegenstand von Untersuchungen war, zeigten die Ergebnisse eindeutig, dass sich zwar eine grössere Harmonie bezüglich der eingesetzten Diagnostik fand, jedoch allgemein die eingesetzten Methoden und Verfahren erheblich variierten (4, 9). Immerhin gibt es vielfältige Bemühungen, national und übernational Instrumente und Strategien zu harmonisieren (3, 17). Ein Beispiel ist auch die Etablierung der deutschsprachigen CERAD-NP-Neuropsychologischen Testbatterie, die unter Federführung der Basler Memory Clinic erfolgte

(24). Nebenbei war die gesamte CERAD-Methodik in den USA auf dem Hintergrund entstanden, die Etablierung eines nationalen Registers zu ermöglichen (CERAD = Consortium for the Establishment of a Registry for Alzheimer's Disease).

Welche Rolle spielen MC derzeit in der Versorgung?

Diese Frage stellen sich offensichtlich derzeit viele, die in diesen Einrichtungen tätig sind (5). Dies kann nicht abschliessend – und auch nur regional – beantwortet werden. Es scheint jedoch unstrittig, dass ihr Wert inzwischen anerkannt wird (5). Die Zunahme von MC ist sicher auch auf einen Bedarf zurückzuführen und auf die immer grössere Bedeutung von Demenzkrankheiten in der alternden Gesellschaft. Länger etablierte Ambulanzen erfreuen sich in der Regel einer mit der Zeit immer besseren Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft, wobei auch Zuweisungen von Fachärzten erfolgen.

MC spielen eine zunehmend bedeutendere, ergänzende Rolle in der ambulanten Versorgung Demenzkranker und ihrer Angehörigen.

Tabelle 2:

Aktuelle Herausforderungen der MC

Immobil und multimorbide Patienten:

Diese Patientengruppe verlangt aufsuchende mobile Angebote, wobei kombinierte Angebote (z.B. Ernährung – Sturz – Gedächtnis) sinnvoll sein könnten. Auch die palliativmedizinische Betreuung von Demenzkranken könnte Angebot von MC werden.

Migranten:

Vor allem die nicht technischen Verfahren, das heisst vor allem psychopathologische und neuropsychologische Befunderhebung, müssen sprachlich und kulturell adaptiert sein.

Qualitätssicherung:

Bisher besteht ein grösserer Konsens über diagnostische als über therapeutische Massnahmen. Die Sicherung der Qualität der MCs sichert auch die Versorgungsqualität der Demenzkranken!

Ausbau von Prävention und Beratung für Ältere:

Hierdurch könnten alte Menschen einerseits fachkundig beraten werden – zum Beispiel auch bezüglich rechtlicher Aspekte wie Fahrausweis –, andererseits in präventivmedizinische Untersuchungen einbezogen werden.

Zusammenfassung

Gedächtnissprechstunden sind der Frühdiagnose von demenziellen Erkrankungen sowie der Beratung und Betreuung dieser Patienten und ihrer Angehörigen verpflichtet. Auch durch interdisziplinäre Arbeit verfügen sie über hohe Kompetenz und sind oft wissenschaftlich aktiv. Sie stellen eine immer mehr akzeptierte und verbreitete Ergänzung in der ambulanten Versorgung Demenzkranker dar und dienen hier der Qualitätsverbesserung.

Herausforderungen für die Zukunft

Nur eine Minderheit der MC überweist die Patienten gleich nach der Diagnostik wieder zurück an den überweisenden Hausarzt. Die meisten betreuen weiter (mit), jedoch selten bis in den letzten Abschnitt, also bis zum Tod. Es wäre wünschenswert, wenn dies umgesetzt würde. Die palliativmedizinische Betreuung Demenzkranker könnte davon profitieren, ebenso wie die inzwischen verschwindend geringe Autopsierate eventuell auch wieder ansteigen könnte.

Eine weitere wichtige Herausforderung (Tabelle 2) sind die alternden Migranten. Die sprachliche und kulturelle Vielfalt, die sich dann auch in den verschiedenen Gastlandsettings jeweils anders entwickeln, erfordern ein sensibles Vorgehen. Derzeit wird dieses Thema allenfalls erst entdeckt.

Ebenfalls soll die Rolle der MC auch die Gesundheitsvorsorge und Prävention mitumfassen, eventuell dann als Memory Health Clinics (15). Und nicht zuletzt stellt sich die Frage der Entwicklung von Leitlinien für die Strukturqualität der MC. Dies würde den Patienten und Zuweisern ebenso wie den MC nutzen, auch für die wichtige Frage der Finanzierung. ■



Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe
Universitäre Psychiatrische Kliniken
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel

Interessenkonflikte: keine

Das Literaturverzeichnis befindet sich auf der folgenden Seite.

Literatur:

1. Aguirreche E, Zeppenfeld G, Kolb GF: Gedächtnissprechstunden: «Memory-Kliniken» im deutschsprachigen Raum. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36:183–188.
2. Bickel H, Bürger K, Hampel H, Schreiber Y, Sonntag A, Wiegele B, Förstl H, Kurz A: Präsenile Demenzen in Gedächtnisambulanzen – Konsultationsinzidenz und Krankheitscharakteristika. *Nervenarzt* 2006; 77:1079–1085.
3. Diehl J, Staehelin H, Wiltfang J, Hampel H, Calabrese P, Monsch A, Schmid R, Romero B, Schunk M, Kuhlmann HP, Wolter-Henseler DK, Mauerer C, Stoppe G, Kurz A: Die deutschsprachigen Memory-Kliniken. Erkennung und Behandlung der Demenz in den deutschsprachigen Memory-Kliniken: Empfehlungen für die Praxis. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36:189–96.
4. Draskovic I, Vernooij-Dassen M, Verhey F, Scheltens P, Rikkert MO: Development of quality indicators for memory clinics. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 119–128.
5. Jolley D, Benbow SM, Grizzell M: Memory clinics. *Postgrad Med J* 2006; 82:199–206.
6. Leifer BP: Early diagnosis of Alzheimer's disease: clinical and economic benefits. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51 (Suppl 5): 281–288.
7. Lindsay J, Marudkar M, van Diepen E, Wilcock G: The second Leicester survey of memory clinics in the British Isles. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 41–47.
8. Nehen HG: Das geriatrische Team in der Memory Clinic. *Z Gerontol Geriatr* 1995; 28: 113–117.
9. Paulino Ramirez Diaz S, Gil Gregório P, Manuel Ribera Casado J, Reynish E, Jean Ousset P, Vellas B, Salmon E: The need for a consensus in the use of assessment tools for Alzheimer's disease: the Feasibility Study (assessment tools for dementia in Alzheimer Centres across Europe), a European Alzheimer's Disease Consortium's (EADC) survey. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 744–748.
10. Stähelin HB, Ermini-Fünfschilling D, Grunder B, Krebs-Roubicek E, Monsch A, Spiegel R: Die Memory Klinik: Programm und erste Erfahrungen. *Ger Rehab* 1989; 2: 205–251.
11. Stoppe G: Wozu sind Gedächtnissprechstunden/Memory Clinics gut? *Z Allg Med* 1998; 74: 533–540.
12. Stoppe G, Haak S, Knoblauch A, Maeck L: Diagnosis of dementia in primary care: a representative survey of family physicians and neuropsychiatrists in Germany. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007; 23: 207–214.
13. Stoppe G, Stiens G (Hrsg.): *Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken: Grundlagen und Unterrichtsmaterialien*. Kohlhammer, Stuttgart (im Druck 2009)
14. Van der Cammen TJ, Simpson JM, Fraser RM, Preker AS, Exton-Smith AN: The Memory clinic. A new approach to the detection of dementia. *Brit J Psychiatry* 1987; 150: 359–364.
15. Vellas B, Gillette-Guyonnet S, Andrieu S: Memory health clinics – a first step to prevention. *Alzheimers Dement* 2008; 4 (1 Suppl 1): 144–149.
16. Verhey FR, Ramakers I, Jolles J, Scheltens P, Vernooij-Dassen M, Olde Rikkert M. [Development of memory clinics in the Netherlands]. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2007; 38: 237–245.
17. Verhey FR, Houx P, Van Lang N, Huppert F, Stoppe G, Saerens J, Böhm P, De Vreese L, Nordlund A, DeDeyn PP, Neri M, Peña-Casanova J, Wallin A, Bollen E, Middelkoop H, Nargeot MC, Puel M, Fleischmann UM, Jolles J: Cross-national comparison and validation of the Alzheimer's Disease Assessment Scale: results from the European Harmonization Project for Instruments in Dementia (EURO-HARPID). *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 41–50.
18. Vernooij-Dassen MJ, Moniz-Cook ED, Woods RT, De Lepeleire J, Leuschner A, Zanetti O, de Rotrou J, Kenny G, Franco M, Peters V, Illiffe S: Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 377–386.
19. Waldemar G, Phung KTT, Burns A, Georges J, Hansen FR, Illiffe S, Marking C, Olde Rikkert M, Selmes J, Stoppe G, Sartorius N: Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 47–54.
20. Whitehead CH, Harding S, Giles LC, Crotty M: Establishment of and first 20 months of operating an outreach geriatric clinic in a regional centre. *Rural Remote Health* 2006; 6(1): 444.
21. Wolfs CA, Dirksen CD, Severens JL, Verhey FR: The added value of a multidisciplinary approach in diagnosing dementia: a review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 223–232.
22. Woods RT, Wills W, Higginson IJ, Hobbins J, Whitby M: Support in the community for people with dementia and their carers: a comparative outcome study of specialist mental health service interventions. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 298–307.
23. WHO Bureau régional de l'Europe: *La gérontopsychiatrie dans la collective*. La Santé publique en Europe 10, Kopenhagen: 1981.
24. Zehnder AE, Bläsi S, Berres M, Spiegel R, Monsch AU: Lack of practice effects on neuropsychological tests as early cognitive markers of Alzheimer disease? *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2007; 22: 416–426.