



Prof. (apl.) Dr. med. Walter Hewer

Klinik für Gerontopsychiatrie, Klinikum Christophsbad, Göppingen

Koautoren: Dr. med. Eckhard Britsch, hausärztlich internistisch/geriatrische Praxis, Villingen-Schwenningen; PD Dr. med. Martin Haupt, Schwerpunktpraxis Hirnleistungsstörungen im Neuro-Centrum Düsseldorf; Lehrpraxis der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



In Zusammenarbeit mit der
Bayerischen Landesärztekammer

Teilnahme unter
www.springermedizin.de/kurse-mmw

Diagnostik kognitiver Defizite in der Hausarztpraxis

So klären Sie die Hirnleistungsstörung Ihrer Patienten ab

Hausärzte sind aufgrund ihres breiten Patientenspektrums mit allen Facetten kognitiver Störungen konfrontiert – von bisher nicht abgeklärten prodromalen und leichten Zustandsbildern bis hin zu fortgeschrittenen Demenzstadien. Lesen Sie auf den folgenden Seiten, welche diagnostischen Schritte Sie einleiten sollten.

— Kognitive Störungen liegen dann vor, wenn bezüglich sogenannter kognitiver Domänen von der betroffenen Person bzw. ihrem Umfeld Beeinträchtigungen

wahrgenommen werden und diese in der Diagnostik objektiviert werden können. Wichtige kognitive Domänen betreffen Lernen und Gedächtnis, Sprache oder exekutive Funktionen, d.h. für die Planung und Ausführung von Handlungsabläufen erforderliche kognitive Fähigkeiten.

In der ICD-10 [1] werden folgende kognitiven Störungen genannt:

- die Demenzen (F00-F03)
 - das amnestische Syndrom (F04)
 - das Delir (F05)
 - die leichte kognitive Störung (F06.7)
- Hinzu kommen kognitive Störungen in Folge psychotroper Substanzen:
- Entzugsdelirien (bei Alkohol-/Sedativa-/Hypnotikaabhängigkeit F1x.4),
 - das substanzbedingte amnestische Syndrom (oft auch als Korsakow-Syndrom bezeichnet; F1x.6),
 - die substanzbedingte Demenz, meist eine Alkoholdemenz (F10.73) und
 - andere durch Abhängigkeitserkrankungen bedingte anhaltende kognitive Beeinträchtigungen (F1x.74).

Das amnestische Syndrom

Für das amnestische Syndrom, das durch isolierte bzw. das klinische Bild dominierende und die Alltagskompetenz der Patienten beeinträchtigende Gedächtnisstörungen gekennzeichnet ist, gilt, dass die Grenzen zur Demenz fließend sind. Daher wird auch in der neuen nordamerikanischen Klassifikation psychischer Störungen, dem DSM-5, das amnestische Syndrom gegenüber den Demenzen (hier als „major neurocognitive disorder“ bezeichnet) nicht mehr als eigenständige Entität abgegrenzt [2].

Das Delir

Hierbei handelt es sich um ein Syndrom, das durch Störungen von Bewusstseinsklarheit und Aufmerksamkeit, weitere kognitive Beeinträchtigungen (z. B. Neugedächtnis und Orientierungsvermögen betreffend), ein akutes Auftreten mit häufig fluktuierendem Verlauf sowie durch weitere psychopathologische Symptome (u. a. hyper- und hypoaktive psychomotorische Störungen, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus und psychotische Symptome, wie Wahn und Halluzinationen) gekennzeichnet ist. Im Alter handelt es sich meist um nicht substanzbedingte Delirien, die durch primäre Hirnerkrankungen bzw. auf das Hirn



© freshidea / fotolia.com

Kognitive Defizite stellen sich oft schleichend ein ...

einwirkende pathogene Faktoren bei extrazerebralen Erkrankungen bzw. durch exogen-toxische Faktoren (am häufigsten Medikamente) bedingt sind. Delirien manifestieren sich häufig auf dem Boden vorbestehender Demenzerkrankungen.

Zu Delirien kommt es v. a. im klinischen Bereich. Deshalb betrifft ihre Diagnostik in der Regel nicht die hausärztliche Tätigkeit. Es ist wichtig zu wissen, dass Delirien im Alter relativ häufig einen protrahierten Verlauf über Wochen und mitunter sogar mehrere Monate nehmen können. Das bedeutet, dass manche Patienten bei Entlassung aus der Klinik noch delirante Symptome aufweisen.

Dies ist besonders bei Bewohnern von Pflegeheimen zu beachten. In Heimen, in denen viele hochaltrige, multimorbide und häufig nach kurzen Klinikaufenthalten wieder aufgenommene Menschen versorgt werden, ist mit einer Delirprävalenz von 10% und mehr zu rechnen [3]. Im Übrigen handelt es sich bei einer – bei ambulanten Patienten nicht ungewöhnlichen – Neumanifestation eines Delirs um eine Notfallsituation, u. a. wegen häufig zugrundeliegender vital bedrohlicher Erkrankungen.

Demenz und leichte kognitive Störung

Im Mittelpunkt der weiteren Ausführungen stehen die Demenzen und die leichte kognitive Störung, weil sie in der hausärztlichen Versorgung besonders relevant sind. Auch wenn neuere Studien Hoffnungen wecken, dass die altersbezogene Demenzzinzidenz leicht sinken könnte, wodurch sich der Zeitpunkt der Krankheitsmanifestation zu einem höheren Altersdurchschnitt verschieben würde, besteht kein Zweifel daran, dass aufgrund der bekannten demografischen Entwicklung auch in den nächsten Jahrzehnten mit einer wachsenden absoluten Zahl von Demenzzkranken zu rechnen ist [4]. Gegenwärtig geht man in Deutschland von 1,4 Millionen Erkrankten aus bzw. einer Prävalenz von 8–9% in der Altersgruppe 65+.

Die Angaben zur Häufigkeit der leichten kognitiven Störung in der Altenbevölkerung unterliegen einer deutlich höheren Varianz. Sie reichen von 3–42%, mit mittleren Werten von ca. 15% [5, 6].

Tabelle 1

Demenzsyndrom – diagnostische Kriterien

Erworbene kognitive Störung (Beeinträchtigung von Gedächtnis, Denk- und Urteilsvermögen, Sprache, planendem Handeln etc.)
Veränderungen hinsichtlich Emotionalität und Antrieb, Auffälligkeiten im Sozialverhalten (meist, aber nicht immer vorhanden)
Signifikante Beeinträchtigung in der Alltagskompetenz
Dauer > 6 Monate, kein Delir

Mod. n. ICD 10 [1]

Tabelle 2

Diagnostik kognitiver Störungen – psychischer Befund

Äußeres Erscheinungsbild: gepflegt/vernachlässigt; Bewusstsein, Orientierung: (un)gestört
Auffälligkeiten hinsichtlich Auffassung/Konzentration und Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnis: insb. Hinweise auf Störungen des (episodischen) Neugedächtnisses; Sprach-, apraktische Störungen
Formale Denkstörungen (z. B. verlangsamt, umständlich, nicht nachvollziehbare Denkabläufe)? Hinweise auf Depression, psychotische Symptomatik? Auffälligkeiten hinsichtlich Antrieb und Verhalten (z. B. Apathie, Agitiertheit, Distanzlosigkeit)?

Bei den Ursachen demenzieller Syndrome stehen neurodegenerative Erkrankungen an erster Stelle, gefolgt von zerebrovaskulären Prozessen. Insbesondere bei Hochaltrigen liegen meist Mischformen mit neurodegenerativer und vaskulärer Schädigung vor. Bei den neurodegenerativen Demenzen sind neben der zahlenmäßig dominierenden Alzheimer-Krankheit die Gruppe der frontotemporalen Demenzen, die Lewy-Körper- und die Parkinson-Demenz zu nennen [7]. Darüber hinaus ist eine Vielzahl seltener zerebraler und extrazerebraler Grundkrankheiten für das Demenzsyndrom v. a. unter dem Aspekt ihrer potenziellen Reversibilität zu beachten [7, 8].

Die leichte kognitive Störung ist neben subjektiv oder fremdanamnestisch wahrgenommenen Symptomen durch testdiagnostisch objektivierbare Beeinträchtigungen charakterisiert, die häufig, aber nicht immer das Gedächtnis betreffen. Im Gegensatz zum Demenzsyndrom erreichen diese jedoch nicht ein Ausmaß, das zu signifikanten Einbußen in der Alltagsbewältigung führt. Die Ursachen, die zu einer leichten kognitiven Störung führen, reichen von sich selbst limitierenden Begleitscheinungen akuter Erkrankungen (z. B. Infektionen, kardiale Dekom-

pensationen) über länger dauernde oder anhaltende Beeinträchtigungen bei chronischen Erkrankungen bzw. Multimorbidität (z. B. Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen), Auswirkungen von Hirnerkrankungen (z. B. Anfallsleiden, posttraumatische Hirnschäden) bis hin zu meist chronisch fortschreitenden zerebralen Prozessen (am häufigsten neurodegenerativer und/oder vaskulärer Genese). V. a. im Hinblick auf die letztgenannten Krankheitsbilder ist es plausibel, dass die leichte kognitive Störung nicht selten das Vorstadium einer Demenz darstellt. Die Konversionsrate liegt in einer Größenordnung von 4–20%/Jahr und ist damit gegenüber Nichtbetroffenen etwa vierfach erhöht [5, 9].

Diagnostik

Neben Patienten mit milden kognitiven Störungen können auch solche mit mittelschwerer und sogar schwerer bisher undiagnostizierter Demenz in die hausärztliche Praxis kommen. Oft handelt es sich um Betroffene, die ihre Einschränkungen verleugnen bzw. krankheitsbedingt nicht mehr zu einer Selbstwahrnehmung in der Lage sind und keine Krankheitseinsicht haben („Anosognosie“).

Oft werden die Patienten von ihren Bezugspersonen vorgestellt. Seltener kommen sie – meist sind es jüngere Patienten mit geringeren Beeinträchtigungen – aus eigenem Antrieb und wünschen eine Abklärung ihrer subjektiv empfundenen Gedächtnisstörungen. Manchmal suchen auch Angehörige Rat, da sie die Betroffenen aus den genannten Gründen nicht persönlich vorstellen können.

Für die Diagnostik kognitiver Störungen gilt grundsätzlich, dass in einem ersten Schritt das vorliegende Syndrom (Demenz etc.; Tab. 1) zu benennen ist. Erst im zweiten Schritt erfolgt dann die ätiologische Klärung.

Anamnese

Grundlage jeglicher Diagnostik ist eine sorgfältige Anamnese. Die Klagen der Patienten betreffen am häufigsten Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Diese Beschwerden sind jedoch nicht spezifisch, insbesondere wegen einer breiten Überlappung mit der Symptomatik depressiver Syndrome. Dennoch kommt ihnen ein signifikanter prädiktiver Wert zu, und zwar auch für die zukünftige Manifestation kognitiver Störungen [10].

Zur Differenzialdiagnose werden weiterhin anamnestische Daten zu Parkinsonsymptomen, Kontinenz, Gangstörungen und Stürzen erhoben.

Unverzichtbar ist die Medikamenten- und Suchtanamnese. Gefragt wird nach der Einnahme potenziell die Kognition verschlechternder Medikamente, wie anticholinerg wirkender Pharmaka [11, 12] sowie dem Konsum Abhängigkeit erzeugender Substanzen (v. a. Alkohol und Benzodiazepine) [13].

Wenn Demenzpatienten ihre Beeinträchtigungen auch auf Nachfrage teilweise oder gar nicht angeben (können), ist die Fremdanamnese ein wichtiger Teil der Informationsgewinnung. Hierbei sind psychische Veränderungen, insbesondere im Bereich von Affektivität und Antrieb, ebenso wie Leistungseinbußen bei der Bewältigung von Alltagsaktivitäten (Haushaltsführung, Bankgeschäfte etc.), mit denen die Erkrankten aufgrund ihrer kognitiven Störung überfordert sind, zu erfragen. Bei der Erhebung der Fremdanamnese bei den Angehörigen, die mit Einverständnis des Patienten stattfinden sollte, kann ein dafür entwickeltes Instrument, der IQCODE, eine nützliche Hilfe sein [14].

Erhebung des psychischen Befundes

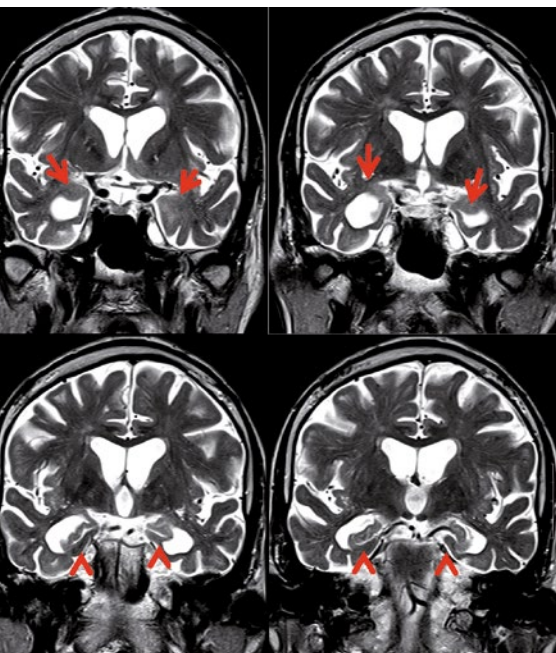
Wichtige im hausärztlichen Kontext relevante Merkmale sind in Tab. 2 aufgelistet. Dabei geht es weniger um eine systematische Exploration als um ein Erkennen von Auffälligkeiten, die sich häufig, aber nicht immer, im Rahmen des üblichen hausärztlichen Kontakts quasi „nebenbei“ erschließen. Für die Gesprächsführung ist von wesentlicher Bedeutung, ob der Patient sich selbst mit der Klage z. B. über Gedächtnisprobleme an seinen Arzt wendet, oder ob er keine Beeinträchtigung empfindet. V. a. im letzteren Fall gilt es, sensible Themen, bei denen der Patient in einer für ihn unangenehmen Weise mit seinen Defiziten konfrontiert werden könnte, mit entsprechender Vorsicht anzugehen, etwa mit dem Hinweis, dass man sich bei seinen älteren Patienten routinemäßig danach erkundige, ob es Hinweise für Gedächtnisprobleme gebe.

Psychometrische Tests

Diese Empfehlung gilt auch für die Durchführung kognitiver Tests. Fragen nach der Orientierung, z. B. im Mini-Mental-Status-Test (s. u.), sind mit dem Hinweis, dass diese obligater Bestandteil des Tests seien, meist gut zu vermitteln.

Eine kognitive Testung ist indiziert, wenn aufgrund von Anamnese und/oder psychischem Befund der Verdacht auf eine kognitive Störung besteht. Signalisiert der Patient Zurückhaltung oder gar Ablehnung, muss darauf eingegangen werden, da die Testung ein Mindestmaß an Kooperation voraussetzt. Andererseits kann die Ablehnung auch eine diagnostische Wertigkeit besitzen und sollte dokumentiert werden. Die folgenden Instrumente sind für ein kognitives Screening gebräuchlich und in der hausärztlichen Praxis zeitökonomisch einsetzbar [7, 15, 16].

- **Mini-Mental-Status-Test (MMST):** Dies ist der am weitesten verbreitete Test, der auch eine orientierende Aussage zum Schweregrad einer Demenz erlaubt, allerdings nur begrenzt sensitiv ist und damit Frühstadien häufig nicht erkennt.
- **Uhren-Zeichen-Test:** Dieses einfach durchführbare Verfahren, das visuell-konstruktive Fähigkeiten prüft, kann sinnvoll mit dem MMST kombiniert werden. In vielen Fällen kann bereits mit diesen beiden Tests eine aussagekräftige Beurteilung erzielt werden.
- **Demenzdetektionstest (DemTect):** Im Vergleich zum MMST ist dies ein sensitiverer Kurztest, mit dem auch leichtere kognitive Störungen erkannt werden können.
- **Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD):** Dieses Instrument erlaubt eine dem DemTect vergleichbare Aussage und schließt eine orientierende Selbstbeurteilung zum Vorliegen einer depressiven Symptomatik ein.
- Ein bewährtes Instrument ist ferner der SKT (Syndromkurztest nach Erzigkeit), bei dem das Benennen ebenso wie die Merkfähigkeit über Interferenzaufgaben hinweg, kombiniert mit Aufmerksamkeitsaufgaben, geprüft wird [16].



© Prof. Dr. med. B. Tömmel

Abb. 1 70-jähriger Mann mit Alzheimer-Demenz: Amygdala (Pfeil), Gyrus parahippocampalis und Hippocampuskopf sind stark atrophiert (Pfeilspitzen). Das Temporalhorn ist entsprechend erweitert.

- Neuerdings wird als weiteres Verfahren der auch in Deutsch vorliegende Montreal-Cognitive-Assessment (MoCA)-Test empfohlen, der im Vergleich zum MMST als sensitiver gilt [17, 18].

Generell gilt für die Screeningverfahren, dass sie in der Regel in Verbindung mit einem typischen klinischen Bild etwa ab dem Stadium der leichten bis mittelschweren Demenz eine Diagnosestellung erlauben. In früheren Stadien bedarf es hingegen grundsätzlich einer umfangreicheren Testdiagnostik.

Differenzialdiagnostik

Wenn klinisches Bild und Testung Befunde im Sinne einer leichten kognitiven Störung bzw. einer Demenz erbringen, müssen andere psychopathologische Syndrome, wie Depression, Delir oder vorbestehende Intelligenzminderung, die auch Einbußen in den kognitiven Leistungen bedingen können, differenzialdiagnostisch bedacht werden. Folgende Merkmale sprechen für ein Delir:

- das Vorliegen einer Störung von Bewusstseinslage und Aufmerksamkeit, die in dieser Form bei Demenzen, soweit sie nicht weit fortgeschritten sind, nicht besteht,
- das (sub)akute Auftreten der Symptomatik mit neu aufgetretenen bzw. deutlich verstärkten kognitiven Einbußen,
- deutliche Fluktuationen der Symptomatik und/oder
- Merkmale, die mit der Annahme einer (sub)akuten Hirnfunktionsstörung vereinbar sind (z. B. ein akuter Infekt oder die Neuverordnung eines potenziell delirogenen Medikaments [19].

Wenn eine zuverlässige Abgrenzung von Demenz und Delir nicht möglich ist, sollte wegen der höheren Dringlichkeit der weiteren Diagnostik und Therapie von einem Delir ausgegangen werden.

Abgrenzung von Demenz und Depression. Besonders häufig stellt sich in der Hausarztpraxis die Frage der Abgrenzung von Demenz und Depression. Dabei sind unterschiedliche, u. U. in Kombination auftretende Konstellationen zu beachten [20, 21]:

Tabelle 3

Untersuchungsgang zur Abklärung kognitiver Störungen in der hausärztlichen Praxis

Untersuchungsschritt	Ziele – Anmerkungen
Anamnese: Eigenanamnese Fremdanamnese	Fremdanamnese: <ul style="list-style-type: none"> – Erbringt häufig entscheidende Informationen – Einverständnis des Patienten einholen! Weitere Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> – Assessment der sozialen und rechtlichen Situation – Erfassen von Ressourcen/erhaltenen Fähigkeiten
Psychischer Befund	Ziele: <ul style="list-style-type: none"> – Unter Einbeziehung der Anamnese (Verdachts-)Diagnose des Syndroms Demenz und begleitender psychischer und Verhaltenssymptome – Abgrenzung anderer psychischer Störungen
Kognitive Testung	Screeningverfahren: <ul style="list-style-type: none"> – Grenzen ihrer Aussagekraft beachten (z. B. abhängig von Bildungsgrad oder begleitenden psychischen Störungen)
Körperliche Untersuchung, Zusatzdiagnostik: zerebrale Bildgebung, Labordiagnostik (u. a. Blutbild, Blutzucker, TSH, Elektrolyte, Vitamin B12)	Ziele: <ul style="list-style-type: none"> – Erkennen therapierbarer Grunderkrankungen (seltene Fälle) – Erkennen/Schweregradbestimmung therapierelevanter Begleiterkrankungen
(Vorläufige) Diagnose	Weiteres Procedere: <ul style="list-style-type: none"> – Aufklärung des Patienten über die Diagnose – Bei eindeutiger Diagnose: Einleitung einer leitliniengerechten Behandlung – Unter bestimmten Voraussetzungen: Vorstellung bei Facharzt/Schwerpunktpraxis/ Gedächtnissprechstunde – Vermittlung von Informationsmaterial (zum Verlauf der Erkrankung, Kontaktadressen für Selbsthilfegruppen, Behandler...)

- Beide Störungsbilder können gleichzeitig bestehen.
- Depressive Syndrome gelten als ein Risikofaktor für Demenzerkrankungen bzw. können sich als Vorläufer einer Demenz manifestieren. Dies gilt insbesondere für erstmals im höheren Lebensalter auftretende Depressionen.
- Bei Demenzerkrankungen kann im Verlauf eine depressive Symptomatik auftreten.

Bei der Differenzialdiagnose sprechen folgende klinische Merkmale für das Vorliegen bzw. Dominieren einer Depression [22]:

- Depressive Episoden in der Vorgeschichte,

- Vorliegen einer anhaltenden depressiven Verstimmung,
- ein ausgeprägtes Morgentief,
- Fehlen von Orientierungsstörungen, Aphasie und Apraxie,
- verglichen mit den kognitiven Defiziten stärker ausgeprägte affektive Symptome,
- Klagen des Patienten, z. B. über Gedächtnisstörungen, die über die nachweisbaren Einbußen hinaus gehen: Typisch sind „Weiß nicht!“-Antworten, wobei die Nachfrage dann aber richtig beantwortet wird. Hinzu kommt
- eine spürbare Besserung des Zustandes unter antidepressiver Therapie.

Weitere Untersuchungen

Essenzieller Bestandteil der Diagnostik ist der allgemeinmedizinisch-neurologische Status, ergänzt durch definierte Zusatzuntersuchungen (Labor, Bildgebung), um therapierbare internistische und neurologische Grunderkrankungen für kognitive Störungen zu erkennen [7], wie metabolisch-endokrine Störungen (u. a. Hypothyreose, Hypoparathyreoidismus), Normaldruckhydrozephalus, Hirntumoren/metastasen oder entzündliche ZNS-Affektionen (z. B. Neurolyues oder Neuroborreliose). Eine kraniale Bildgebung sollte bei einem Demenzpatienten zumindest einmal im diagnostischen Prozess vorgenommen werden (Abb. 1).

Weiterhin geht es darum, therapie-relevante Begleiterkrankungen zu erfassen. Besondere Beachtung verdienen wegen ihrer weiten Verbreitung Bluthochdruck und Diabetes mellitus, die nachweislich auch Risikofaktoren für Demenzerkrankungen sind. Insbesondere für beginnende bzw. leichtere Stadien kognitiver Störungen besteht die Hoffnung, dass durch eine sachgerechte Blutdrucksenkung bzw. antidiabetische Behandlung – bei Vermeidung einer „zu scharfen“ Einstellung – ein günstiger Einfluss auf den Verlauf von Alzheimer- und vaskulärer Demenz erzielt werden kann [9, 23]. Schließlich ist aufgrund vielfältiger Wechselwirkungen zwischen somatischen Prozessen und Demenzerkrankungen – exemplarisch seien negative Auswirkungen von Schmerzzuständen auf Verhaltensstörungen Demenzkranker genannt – ein allgemeinmedizinisches Assessment auch bei Patienten mit fortgeschrittenen kognitiven Störungen unverzichtbar [24]. Tab. 3 fasst die wesentlichen diagnostischen Schritte zusammen. Hervorgehoben sei, dass es aus altersmedizinischer Perspektive nicht unterlassen werden sollte, neben der Feststellung der bestehenden Defizite auch erhaltene Fähigkeiten zu erfassen.

Weiterführende Diagnostik

In der Mehrzahl der Fälle kann die erforderliche Diagnostik in der hausärztlichen Praxis durchgeführt werden. Jedoch sind auch Situationen zu berücksichtigen, in denen die Vorstellung des

Patienten in einer spezialisierten Praxis bzw. Gedächtnissprechstunde indiziert ist. Dies ist v. a. dann der Fall, wenn eines der folgenden Merkmale vorliegt [25]:

- Sehr leichtgradige kognitive Störungen, v. a. bei jüngeren Patienten (mit dem Ziel, durch eine gezielte frühe Diagnostik die Chancen einer Reversibilität zu erhöhen),
- ungewöhnlich rasche Symptomprogression,
- stark ausgeprägte Störung einzelner kognitiver Leistungen, z. B. Sprache oder räumliches Erkennen betreffend,
- früh auftretende neurologische Symptome wie Gangstörung, Myoklonien, Krampfanfälle oder parkinsonähnliche Zeichen und/oder
- Nichtansprechen auf eine eingeleitete Therapie (Antidementiva, Psychopharmaka etc.).

Ausblick

Auch wenn nur bei einem kleineren Teil der Betroffenen mit demenziellen Erkrankungen und ihren Vorstadien eine kurative Behandlung möglich ist, lässt sich daraus keinesfalls ein diagnostischer und therapeutischer Nihilismus ableiten. Wie z. B. auch bei nicht heilbaren onkologischen Erkrankungen heute eine umfangreiche Diagnostik und multimodale Behandlung erfolgt, ist es bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen ebenso indiziert, ihnen und ihren Bezugspersonen eine optimale Versorgung angedeihen zu lassen.

Wie bei vielen anderen Erkrankungen gilt auch hier, dass bei frühzeitiger Diagnosestellung begründete Hoffnung besteht, durch Modifikation der Risikofaktoren den Verlauf der Erkrankung günstig zu beeinflussen, etwa durch Blutdrucksenkung oder gesteigerte körperliche Aktivität [4]. Eine antidementive Therapie erzielt v. a. in frühen Stadien der Alzheimer-Demenz nachweisliche Effekte. Zudem ermöglicht eine sachgerechte Diagnose den Patienten und ihren Angehörigen, rechtzeitig die erforderlichen Entscheidungen für ihre persönliche Lebensplanung zu treffen.

Wenn die erforderliche Diagnostik nicht allein in der Hausarztpraxis geleistet werden kann, sollte an eine spe-

zialisierte Praxis oder Ambulanz überwiesen werden.

Wegen der demografischen Entwicklung wird die Bedeutung der hausärztlichen Diagnostik kognitiver Störungen noch weiter zunehmen [25]. Der resultierende Versorgungsbedarf schlägt sich auch darin nieder, dass zur Zeit eine entsprechende S3-Leitlinie entwickelt wird, die bis 31.12.2015 vorliegen soll (www.awmf.org Abruf 10.2.2015).

Literatur unter mmw.de

Für die Verfasser:

Prof. (apl.) Dr. med. W. Hewer
Klinikum Christophsbad
Klinik für Gerontopsychiatrie
Faurndauerstr. 6–28
D-73035 Göppingen
E-Mail: walter.hewer@christophsbad.de

Kognitive Störungen

Fazit für die Praxis

1. Kognitive Beeinträchtigungen in ihren verschiedenen Spielarten und unterschiedlichen Schweregraden gehören zu den wichtigsten Alterserkrankungen. In der hausärztlichen Praxis sind Demenz und leichte kognitive Störung besonders relevant.
2. Betroffene verneinen sehr häufig Beschwerden. Angehörige können jedoch in solchen Fällen meist eindeutige Beeinträchtigungen beschreiben.
3. Die Diagnostik beginnt mit der Erfassung des psychopathologischen Zustandsbildes (z. B. des Demenzsyndroms) samt Differenzialdiagnose (z. B. depressive Syndrome). In einem zweiten Schritt gilt es dann, die zugrundeliegenden Erkrankungen zu erkennen (Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz etc.).
4. In vielen Fällen kann die Diagnostik kognitiver Störungen in ihren Kernelementen in der hausärztlichen Praxis erfolgen. Wichtig ist aber auch die Kooperation mit Facharzt- und Spezialpraxen sowie Gedächtnisambulanzen.

Keywords

Diagnosis of cognitive disorders in general practice

Cognitive disorders – dementia – delirium – mild cognitive impairment

CME-Fragebogen

FIN: MM1509Bp

gültig bis 29.5.2015

Bitte beachten Sie:

- Die Teilnahme ist nur online unter www.springermedizin.de/eAkademie möglich.
- ausführliche Erläuterungen unter www.springermedizin.de/info-eakademie



Diese CME-Fortbildungseinheit ist von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten zur zertifizierten Fortbildung anerkannt.

DOI 10.1007/s15006-015-2723-0

Diagnostik kognitiver Störungen in der Hausarztpraxis

Welche Aussage zu den kognitiven Störungen nach der ICD-10-Klassifikation ist richtig?

- ☐ Die Symptomatik des amnestischen Syndroms ist durch leichtere, die Alltagskompetenz nicht beeinträchtigende Gedächtnisstörungen bestimmt.
- ☐ Die Alkoholhalluzinose geht neben akustischen Halluzinationen vor allem mit Gedächtnisstörungen und Konfabulationen einher (Korsakow-Syndrom).
- ☐ Die Diagnose einer leichten kognitiven Störung beruht auf den anamnestisch erfragten entsprechenden Symptomen. Testdiagnostische Korrelate für diese Diagnose gibt es nicht.
- ☐ Verschiedene klinische Merkmale erlauben bei einer Erstuntersuchung die zuverlässige Abgrenzung eines Delirs von einer Demenz.
- ☐ Deutliche kognitive Einbußen gehören zu den Kernsymptomen des Delirs.

Welche Aussage zum Altersdelir ist richtig?

- ☐ Delirien entwickeln sich bei hochaltrigen Patienten typischerweise nicht akut, sondern über mehrere Wochen.
- ☐ Neben kognitiven Störungen, z. B. die Gedächtnisleistung betreffend, handelt es sich bei Veränderungen der Psychomotorik (Hyper-/Hypoaktivität) um typische Symptome des Delirs.
- ☐ Bei alten Menschen in Pflegeheimen werden Delire nur ausnahmsweise (< 1% der Bewohner) beobachtet.
- ☐ Beim Delir handelt es sich nur in seltenen Fällen um einen psychiatrischen Notfall, wenn nämlich fremdgefährdende Verhaltensweisen auftreten.

- ☐ Delirien liegen – unabhängig vom Alter – in der Mehrzahl der Fälle Abhängigkeitserkrankungen zu Grunde (Alkohol, Benzodiazepine etc.).

Ein 81-jähriger allein lebender Mann, bei dem keine psychiatrische Vorerkrankungen bekannt sind, fällt in einer Nacht am Wochenende dadurch auf, dass er, für die aktuellen Umgebungstemperaturen viel zu leicht bekleidet, in seiner Heimatstadt umherirrt. Im psychischen Befund zeigt sich, dass er zu Ort, Zeit und Situation nicht orientiert ist. Weiterhin sind Fluktuationen hinsichtlich Bewusstseinsklarheit bzw. Aufmerksamkeit sowie eine psychomotorische Unruhe erkennbar. Welche Aussage bezüglich weiterer Maßnahmen trifft zu?

- ☐ Die intermittierenden Unruhezustände sollten primär medikamentös behandelt werden.
- ☐ Der Patient kann unter ambulanten Bedingungen beobachtet werden. Er sollte möglichst in die Obhut seiner Angehörigen (Tochter in der Nähe wohnend) verbracht und am nächsten Werktag seinem Hausarzt vorgestellt werden.
- ☐ Der Patient muss zeitnah bzw. notfallmäßig zur Diagnostik in eine entsprechend ausgestattete Klinik eingewiesen werden (u. a. mit der Möglichkeit, eine zerebrale Bildgebung durchzuführen).
- ☐ Über die weitere Diagnostik und Therapie sollte abhängig vom Ergebnis eines kognitiven Screeningtests entschieden werden.
- ☐ Für das weitere Vorgehen ist es entscheidend zu klären, ob bei dem Patienten Hinweise auf eine vorbestehende Demenz vorliegen.

Welche Aussage zu den Grund- und Begleiterkrankungen bei demenziellen Syndromen ist richtig?

- ☐ Bei Patienten mit fortgeschrittenen Demenzerkrankungen sind somatische Probleme – wie z. B. Schmerzen – in der Regel nicht mehr klinisch relevant.
- ☐ Internistische Erkrankungen, z. B. endokrine Störungen, sind relativ häufig (ca. 5–10%) Ursache eines u. U. reversiblen Demenzsyndroms.
- ☐ Bezüglich neurodegenerativer Demenzen sind neben der Alzheimer-Demenz frontotemporale Demenzen sowie die Lewy-Körper- und die Parkinson-Demenz als wichtige Grunderkrankungen zu beachten.
- ☐ Bluthochdruck gilt als Risikofaktor für Demenzerkrankungen, der Diabetes mellitus hingegen nicht.
- ☐ Mischformen von Alzheimer und vaskulärer Demenz können bei jüngeren Patienten (< 65 Jahre) auftreten.

Welche Aussage zu den klinischen Merkmalen des Demenzsyndroms ist richtig?

- ☐ Häufig prägen Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit das klinische Bild.
- ☐ Wenn typische Symptome mindestens einen Monat bestehen, ist ein wesentliches diagnostisches Kriterium erfüllt.
- ☐ Trotz Bestehen einer Demenzerkrankung kann die Alltagskompetenz u. U. noch über Jahre erhalten bleiben.
- ☐ Sprachstörungen gehören nicht zu dem klinischen Bild von Demenzerkrankungen.
- ☐ Viele Patienten zeigen Auffälligkeiten hinsichtlich Emotionalität und Antrieb, manche auch Veränderungen im Sozialverhalten.

Ein 62-jähriger Lehrer klagt über zunehmende berufliche Belastung, einhergehend mit Störungen der Gedächtnisleistung – z. B. Namen ihm bekannter Personen betreffend – und erhöhten Zeitbedarf, z. B. für die Korrektur von Klassenarbeiten. Als Begleiterkrankungen sind ein mit einem ACE-Hemmer behandelter Hypertonus und ein diätetisch geführter Typ-2-Diabetes bekannt. Zur Familienanamnese berichtet der Patient, dass seine 90-jährige Mutter seit zwei Jahren an Demenz erkrankt ist. Kranielle Bildgebung und die durchgeführte Labordiagnostik (u. a. Blutbild, Blutzucker, Elektrolyte, Nieren- und Leberfunktionsparameter, CRP) zeigen keine wesentlichen Normabweichungen. Welche Aussage zur weiteren Diagnostik ist richtig?

- ☐ Aufgrund der positiven Familienanamnese ist mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer beginnenden Demenzerkrankung auszugehen.
- ☐ Wegen der bestehenden vaskulären Risiken muss vordringlich eine ggf. auch invasiv durchzuführende Gefäßdiagnostik erfolgen.
- ☐ Auf eine Depression hindeutende Merkmale sollten sorgfältig beachtet werden.
- ☐ Wenn im Anamnesegespräch berufliche Belastungsfaktoren (Ärger mit Kollegen oder Schülern) erkennbar werden, erübrigt sich eine kognitive Testung.
- ☐ Neben der Gefäßdiagnostik ist eine Lumbalpunktion als nächste diagnostische Maßnahme indiziert.

Welche Aussage zur Testdiagnostik von Demenzen und leichten kognitiven Störungen ist richtig?

- ☐ Der Mini Mental Status Test (MMST) und das Montreal Cognitive Assessment (MoCA) sind Instrumente mit vergleichbarer Sensitivität.
- ☐ Über die gängigen Screeningtests hinausgehende Verfahren sind v. a. bei der Diagnostik der Lewy-Körper- und die Parkinson Demenz relevant.
- ☐ Frühe Demenzstadien werden mit dem Mini Mental Status Test (MMST) besser als mit dem Demenzzdetektionstest (DemTect) erkannt.
- ☐ Begleitende psychische Erkrankungen, wie z. B. Depressionen, können das Testergebnis wesentlich beeinflussen.
- ☐ Bei leichteren Beeinträchtigungen sind Screeningtests ausreichend, bei fortge-

schrrittenen Demenzen bedarf es hingegen einer umfangreicheren Untersuchung.

Prüfen Sie folgende Aussagen zur Diagnostik kognitiver Störungen: Welche ist **nicht** richtig?

- ☐ Wichtig ist eine einfühlsame ärztliche Grundhaltung, die insbesondere auch den sensiblen Umgang mit Beschwerden und Beeinträchtigungen betrifft, auf deren Ansprechen der Patient peinlich berührt reagieren könnte.
- ☐ Eine körperliche Befunderhebung, ergänzt durch definierte Zusatzuntersuchungen (Labor, Bildgebung), ist unverzichtbar.
- ☐ Klagen über Gedächtnisstörungen sind wegen ihrer Unspezifität diagnostisch nicht verwertbar.
- ☐ Neben der Feststellung diagnostisch relevanter Beeinträchtigungen ist auch das Erkennen erhaltener Fähigkeiten Teil des diagnostischen Prozesses.
- ☐ In vielen Fällen kommt der mit dem Einverständnis des Patienten durchgeführten Fremdanamnese eine wegweisende Bedeutung zu.

Welche Aussage zu leichten kognitiven Störungen trifft zu?

- ☐ Risikofaktoren, die für die Manifestation einer leichten kognitiven Störung relevant wären, sind bisher nicht bekannt.
- ☐ Die Angaben zur Häufigkeit der leichten kognitiven Störung in der Altenbevölkerung unterliegen einer erheblichen Varianz und liegen im Mittel bei ca. 1%.
- ☐ Im Gegensatz zur Demenz erreichen die Beeinträchtigungen bei einer leichten kognitiven Störung keinen Schweregrad, der mit signifikanten Einbußen in der Alltagsbewältigung verbunden ist.
- ☐ Da keine wirksamen präventiven bzw. therapeutischen Strategien bekannt sind, ist die Diagnostik leichter kognitiver Störungen bisher nur im Rahmen wissenschaftlicher Studien von Interesse.
- ☐ Die Konversionsrate beschreibt den Anteil der Betroffenen, die denen sich eine Demenz entwickelt: Sie beträgt mehr als 40% pro Jahr.

Bei einer 85-jährigen verwitweten Frau berichten Nachbarn von Auffälligkeiten, die seit ca. einem Jahr langsam zunehmen und an

eine Demenz denken lassen. So fiel auf, dass sie wiederholt Tageszeiten bzw. Wochentage verwechselte, auch sei sie in ihrem äußeren Erscheinungsbild nicht mehr so gepflegt wie früher. Darauf angesprochen, ob sie Hilfe benötige, reagiert die Betroffene bagatellisierend, verweist auf ihr Alter und lehnt eine Diagnostik dezidiert ab. Welche Aussage zu einem pragmatischen hausärztlichen Vorgehen trifft **nicht** zu?

- ☐ Es sollte versucht werden, durch hausärztliche Maßnahmen, die scheinbar keinen engeren Bezug zur vermuteten Demenz aufweisen (z. B. Blutdruckmessung, Laboruntersuchung, Überprüfung der Medikation), im Kontakt mit der Patientin zu bleiben, um in diesem Rahmen weitere Informationen zum erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Vorgehen zu gewinnen.
- ☐ Wenn sich ernsthafte Beeinträchtigungen der Betroffenen abzeichnen und diese weiterhin keine Einsicht zeigt, wäre es angemessen, mit ihren Angehörigen Kontakt aufzunehmen.
- ☐ Gegenüber der Betroffenen ist auf einer zeitnahen Klinikaufnahme zur Durchführung der erforderlichen Diagnostik innerhalb der nächsten Tage zu bestehen.
- ☐ Soweit keine rechtlichen Regelungen existieren (Vorsorgevollmacht bzw. gesetzliche Betreuung), sollten die Möglichkeiten, entsprechende Maßnahmen in die Wege zu leiten, geprüft werden.
- ☐ Es sollte versucht werden, fremdanamnestisch Art und Ausprägung der Defizite und möglicherweise daraus resultierende Gefährdungen genauer zu ermitteln.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: keine.
Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

Literatur

1. Weltgesundheitsorganisation Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Übersetzt und herausgegeben von Dilling H, Mombour W, Schmidt MH et al 9. Aufl. Hans Huber Hogrefe, Bern 2014.
2. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
3. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014; 383:911–22
4. Riedel-Heller S Sinkende Neuerkrankungsraten für Demenzen? – Implikationen für eine public-health-orientierte Prävention. *Psychiatr Prax*. 2014;41:407–09
5. Karakaya T, Fußler F, Pantel J Demenz und leichte kognitive Beeinträchtigung. In: Pantel J, Schröder J, Bollheimer C et al (Hrsg.): *Praxishandbuch Altersmedizin*. Kohlhammer, Stuttgart 2014, pp 299–330
6. Reischies FM, Wertenauer F. Leichte kognitive Störung im Alter. *Nervenarzt*. 2012;82: 1483–96
7. DGPPN, DGN Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz. Springer Berlin Heidelberg New York 2010
8. Clarfield AM. The decreasing prevalence of reversible dementias: an updated meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2003;163:2219–29
9. Langa KM, Levine DA. The diagnosis and management of mild cognitive impairment – a clinical review. *JAMA*. 2014;312:2551–61
10. Luck T, Luppa M, Matschinger H et al. Incident subjective memory complaints and the risk of subsequent dementia. *Acta Psychiatr Scand*. 2014; doi: 10.1111/acps.12328
11. Tannenbaum C, Paquette A, Hilmer S. A Systematic review of amnestic and non-amnestic mild cognitive impairment induced by anticholinergic, antihistamine, GABAergic and opioid drugs. *Drugs Aging*. 2012;29: 639–58
12. Gray SL, Anderson ML, Dublin S et al. Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study. *JAMA Intern Med*. 2015; pPublished online January 26, 2015. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7663
13. Wolter DK. Sucht im Alter – Altern und Sucht. Kohlhammer, Stuttgart 2011
14. Wolf SA, Kubatschek K, Henry M et al. Fremdbeurteilung kognitiver Veränderungen im Alter. *Nervenarzt*. 2009;80:1176–89
15. Haupt M Diagnose und Therapie in der Praxis. In: Flöel A (Hrsg.): *Alzheimer – unabwendbares Schicksal?* Schattauer, Stuttgart 2013, pp 61–82
16. Ivemeyer D, Zerfaß R. Demenztests in der Praxis. 2. Aufl. Elsevier, München 2006
17. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;695–99
18. Fiedler U, Wiltfang J, Peters N, Benninghoff J. Fortschritte in der Diagnostik der Alzheimer Demenz. *Nervenarzt*. 2012;83:661–73
19. Wehling M. Medikation im Alter: Kognitionseinschränkende Pharmaka. *Internist* 2012; 53:1240–47
20. Stoppe G, Mann E (Hrsg.) *Geriatric für Hausärzte* Hans Huber, Bern 2009
21. Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24:461–72
22. Haupt M, Schneider F. Psychische Erkrankungen bei älteren Patienten. In: Schneider F (Hrsg.): *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg, pp 531–41
23. Sattler C, Schröder J. Kognitive Reserve. In: Pantel J, Schröder J, Bollheimer C et al (Hrsg.): *Praxishandbuch Altersmedizin*. Kohlhammer, Stuttgart 2014, pp 121–130
24. Hewer W. Somatische Komorbidität bei Patienten mit psychischen Alterserkrankungen. *NeuroTransmitter*. 2014;25(3):46–51
25. DEGAM-Leitlinie Nr. 12: Demenz. Omikron Publishing / DEGAM 2008