

Das Übersehen von Demenzen in der Hausarztpraxis

Der Stand der Forschung zu möglichen Einflussfaktoren

1. Einleitung

Das demenzielle Syndrom ist nach ICD-10 definiert durch einen Abbau des Gedächtnisses und mindestens einer weiteren kognitiven Funktion, was zu Schwierigkeiten in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben führt (Dilling/Mombour/Schmidt 1993). Den Demenzen kommt aufgrund der wachsenden Zahl älterer Menschen und der steigenden Lebenserwartung eine immer größere Bedeutung in der Gesundheitsversorgung zu. Nach Schätzungen leiden in Deutschland über 900 000 Menschen an einer Demenzerkrankung, jährlich sind 200 000 Neuerkrankungen zu verzeichnen. Diese Zahlen erhöhen sich noch, wenn nicht nur die mittelschweren und schweren Demenzstadien, sondern auch leichte Schweregrade in die Schätzungen miteinbezogen werden (Bickel 2000).

Da die Prävalenzraten für Demenzen mit steigendem Alter stark zunehmen und die demographische Entwicklung ein anhaltendes Wachstum der über 65-jährigen Bevölkerungsschicht in Deutschland erwarten lässt (Statistisches Bundesamt 2000), wächst alleine schon quantitativ die Bedeutung von Demenzerkrankungen in der primärärztlichen Versorgung. Den Hausärzten kommt in der Früherkennung von Demenzen eine große Bedeutung zu. Sie haben regelmäßigen Kontakt mit einem großen Teil der älteren Bevölkerung – der durchschnittliche Anteil der Patienten über 65 Jahren in deutschen Hausarztpraxen betrug in einer Studie von Riedel-Heller et al. (2000) 38 % – und kennen ihre älteren Patienten oft schon viele Jahre lang. Hausärzte sind somit meist für sie die ersten Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung und in einer guten Position, Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit früh festzustellen.

2. Der Nutzen der Früherkennung

Die möglichst frühe Erkennung der Demenz erscheint aus mehreren Perspektiven sinnvoll:

- Die Mehrzahl der zur Behandlung der kognitiven Symptome der Alzheimerkrankheit (als häufigster Demenzform) zur Verfügung stehenden Medikamente (v.a. Cholinesterase-Inhibitoren, im folgenden ChE-I abgekürzt) wirkt auf noch vorhandene Neurone und Synapsen, die in späteren Phasen des Krankheitsprozesses absterben. Sie sind nur dann sinnvoll einzusetzen, wenn die Demenz noch nicht weit fortgeschritten ist. Obwohl der Einsatz dieser Mittel von vielen Fachleuten empfohlen wird und ihre Wirkung als nachgewiesen gilt, ist die Studienlage aufgrund methodischer Mängel nicht so eindeutig. An dieser Stelle kann keine Empfehlung für oder gegen ChE-I gegeben werden. Diese Entscheidung muss der Arzt für jeden Patienten individuell und unter Abwägung von Kosten (z.B. Nebenwirkungen) und Nutzen (Verbesserung der Lebensqualität von Patient und Angehörigen) treffen. Dabei müssen sich alle Beteiligten einigen, was als Therapieerfolg bewertet werden soll (z.B. bestimmter Punktwert im MMST¹ vs. Selbständigkeit im Alltag). Dagegen stehen zur Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen des Patienten (z.B. wahnhaft Symptome, Depressionen, aggressives Verhalten) mehrere Ansätze – sowohl medikamentöser, als auch nichtmedikamentöser Art – zur Verfügung (Held 2000). Eine frühzeitige Behandlung dieser Störungen ist nicht nur für den Patienten, sondern auch für die Angehörigen enorm wichtig. Denn gerade diese Symptome – und weniger die kognitiven Defizite – bedingen das Ausmaß der Belastung der Angehörigen (Meier et al. 1999; Bruce/Paterson 2000).
- Zu den potenziell reversiblen Demenzursachen gehören der Normaldruckhydrozephalus, Vitamin-B₁₂-Mangel, Schilddrüsenunterfunktion, Medikamentenabusus, Depression u.a. In einer Metaanalyse (Clarfield 2003) wiesen 9% (355 von 3 940) der dementen Studienteilnehmer eine solche Demenz auf. Allerdings bildeten sich die demenziellen Symptome nur bei 0,6% der Demenzfälle teilweise oder vollständig zurück. Dabei entscheidet u.a. der Zeitpunkt, an dem die Störung erkannt wurde, darüber, ob die Behandlung der zugrundeliegenden Ursache Erfolg hat. So gelten eine geringe Ausprägung der kognitiven Defizite und eine kurze Dauer der Symptome als Prädiktoren für den Therapieerfolg (Ovsiew 2003), woraus sich die Notwendigkeit der frühen Erkennung ableitet. Übliche Verfahren wie Laboruntersuchungen zum Ausschluss reversibler Ursachen werden von den meisten Hausärzten (80%) eingesetzt, wenn deutliche demenzielle Symptome bereits vorliegen. Die Abklärung einer Depression findet deutlich seltener (54%) statt (Boise et al. 1999; Downs et al. 2000). Die berichtete niedrige Prävalenz reversibler Demenzursachen sollte

nicht zu diagnostischer Resignation führen und den Nutzen einer Früherkennung irreversibler Demenzen verdecken.

- Der Arzt kann bei der Betreuung des Patienten die Demenz mit berücksichtigen. So können z.B. die anticholinergen Nebenwirkungen einiger Medikamente (z.B. Benzodiazepine, Phenothiazine, trizyklische Antidepressiva) zu einer Verschlechterung der demenziellen Symptomatik beitragen oder zusätzlich ein Delir auslösen (Karlsson 1999).
- Der Patient kann frühzeitig über die Erkrankung und deren Verlauf aufgeklärt werden. So kann er nötige Entscheidungen bzgl. Pflege, Betreuung, Erbe, aber auch Teilnahme an Forschungsprojekten usw. treffen und die kommenden Jahre (zusammen mit den Angehörigen und dem betreuenden Arzt) adäquat planen. Sowohl die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen von Demenzkranken (83 %, Cohrs/Meins 2000), als auch die Mehrzahl älterer Menschen generell (80 %, Holroyd/Snustad/Chalifoux 1996) würde die Diagnose wissen wollen, wenn sie selbst an einer Demenz erkrankt wären, um gezielte Vorbereitungen auf zukünftige Veränderungen treffen zu können.
- Auch über Gefahren, die im Zusammenhang mit den demenziellen Symptomen auftreten können, muss aufgeklärt werden. Dazu gehören u. a. das Führen von Kraftfahrzeugen oder die Benutzung von Maschinen und Haushaltsgeräten (z. B. des Herds). Die Fahreignung kann in frühen Stadien zwar noch gegeben sein; eine regelmäßige Abschätzung der Fahrtüchtigkeit und eine rechtzeitige Auseinandersetzung mit der Abgabe des Führerscheins sind jedoch für die Sicherheit des Patienten und der Verkehrsteilnehmer notwendig (Messinger-Rapport 2003). Oft liegt seitens des Patienten keine Einsicht in die Notwendigkeit einer Führerscheinabgabe vor, die jedoch spätestens im mittelschweren Krankheitsstadium gegeben ist. In den Fällen, bei denen ein Appell an die Vernunft des Patienten nicht ausreicht, kann der Hausarzt (oder ein Angehöriger) einen Antrag auf Begutachtung an die Führerscheinstelle der Gemeinde/Stadt richten. Auch die Benutzung von Gasherden und Gasheizungen durch demente Personen stellt eine Gefahr dar. Grund dafür ist u. a., dass besonders bei der Alzheimerkrankheit schon früh im Krankheitsverlauf Geruchsstörungen auftreten (Thompson/Knee/Golden 1998) und evtl. austretendes Gas nicht wahrgenommen werden kann.
- Die Angehörigen profitieren von einer frühen Erkennung in vielerlei Hinsicht. Die Mehrzahl der pflegenden Ehepartner von Demenzpatienten befürwortet es, eine definitive Diagnose des Patienten zu erfahren (67 bis 88 %, Connell/Gallant 1996). Folgende Gründe werden u. a. angegeben: zu wissen, was mit dem Ehepartner nicht stimmt,

Informationen über das Krankheitsbild Demenz zu erhalten, den Partner einer passenden Therapie zuzuführen, die Zukunft zu planen und soziale Hilfen in Anspruch nehmen zu können. Da pflegende Angehörige von Demenzpatienten selbst eine Risikogruppe sowohl für psychische (Meier et al. 1999), als auch für somatische Beschwerden und Krankheiten (Gräbel 1998) darstellen, könnten diese Folgen durch eine früh einsetzende Unterstützung und Aufklärung der pflegenden Angehörigen verringert werden. Gräbel (1998) folgert aus seiner Untersuchung an Pflegepersonen dementer und nichtdementer Patienten, dass Hilfsmaßnahmen so früh wie möglich angeboten werden sollten, »damit sich ein hohes Niveau pflegebedingter Belastungen und körperlicher Beschwerden erst gar nicht entwickelt« (Gräbel 1998: 61). Ein wesentlicher Faktor, der den Zugriff auf Hilfsangebote und Informationen verzögert, scheint ein Kommunikationsproblem zwischen Pflegenden und Hausärzten zu sein. So beklagten die Pflegenden in einer Studie von Bruce/Paterson (2000), dass die Hausärzte den Angehörigen – trotz seit längerer Zeit bestehender Schwierigkeiten mit dem Patienten – zu spät supportive Maßnahmen offerierten. Als Gründe nannten die Angehörigen das Fehlen einer Demenz-Diagnose, die Tatsache, dass die Hausärzte die Schwierigkeiten der Angehörigen mit dem Patienten übersehen, und das fehlende Wissen der Hausärzte über bestehende Hilfsangebote. Aber auch Probleme seitens der Angehörigen, ihre Schwierigkeiten dem Hausarzt zu kommunizieren, wurden genannt. Die Autoren betonen, dass dies die Sichtweise der Angehörigen sei und die hausärztliche Perspektive in ihrer Studie nicht untersucht wurde. So erwähnen sie, dass angebotene Hilfe von Angehörigen auch oft abgelehnt wird (vgl. dazu auch den Beitrag von Schneider-Schelte und Freter in diesem Band).

Die Studienlage zur Wirksamkeit psychoedukativer und/oder supportiver Maßnahmen bei Pflegenden von Demenzpatienten ist aufgrund methodischer Schwierigkeiten und vielfältig verwendeter Outcome-Variablen sehr heterogen (Gaugler/Kane/Kane 2002). Jedoch ist ein Nutzen von (edukativen, psychotherapeutischen oder supportiven) Interventionen bei Pflegepersonen von dementen Personen auf mehreren Ebenen naheliegend. So werden u.a. positive Effekte auf die verzögerte Heimeinweisung der Patienten, die Belastung der Angehörigen, die Motivation für die häusliche Pflege und den Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten des Patienten berichtet (zur Übersicht: Green/Brody 2002).

- Eine frühe Erkennung und daraus resultierende Therapie und Unterstützung kann langfristig die gesamtgesellschaftlichen Kosten für die Versorgung von Demenzkranken mindern. Ein großer Teil dieser

Kosten entsteht durch die stationäre Pflege der Patienten, v.a. im schweren Stadium. Die größere finanzielle Belastung tragen aber die Familien. Indirekte Kosten, wie z.B. die Versorgung pflegebedingter Folgeerkrankungen der Angehörigen (s.o.) und der Betreuungsaufwand in der Familie sind dabei nur schwer quantifizierbar. Eine Verzögerung der Heimeinweisung und eine gleichzeitige Unterstützung der familiären Pflege ist jedoch als äußerst kostenrelevant zu bewerten (Hallauer et al. 2000). Des weiteren konnte festgestellt werden, dass Patienten ein bis zwei Jahre vor der Diagnosestellung der Alzheimerkrankheit die primäre medizinische Versorgung besonders beanspruchen. Verglichen wurden Personen, die keine Alzheimerkrankheit entwickelten, mit Patienten, die bereits die Diagnose Alzheimerkrankheit erhalten hatten, und mit Patienten, die ein bis zwei Jahre später diese Diagnose erhielten. Letztere Gruppe verursachte signifikant höhere Kosten in der Primärversorgung (Albert et al. 2002). Die Autoren schließen eine Verursachung durch vermehrte Komorbiditäten aus und diskutieren diverse Gründe für dieses Ergebnis. Sie nennen u.a. die Suche der Angehörigen und der Patienten nach den Gründen für den geistigen Abbau, indem sie vermehrt einen Hausarzt oder Spezialisten konsultieren. Zudem könnte es sein, dass Patienten in dieser Phase therapeutische Anweisungen bzgl. der schon vorliegenden Krankheiten schlechter befolgen können und so öfter einen Arzt aufsuchen. Man kann folgern, dass die frühzeitige Erkennung einer möglichen Demenz auch auf dem Sektor der Primärversorgung die Kosten senken kann, indem Ärzte rechtzeitig und kompetent die Frühsymptome erkennen und behandeln.

3. Einflussfaktoren auf die hausärztliche Früherkennung

Die meisten Studien², die die hausärztliche Effektivität bei der Früherkennung von Demenzen untersuchen, zeichnen ein eher negatives Bild (gerade bei leichten Demenzstadien). Dabei muss zwischen zwei grundsätzlich verschiedenen Studiendesigns unterschieden werden. Studien zum *Erkennen* von Demenzen untersuchen die diagnostische Präzision von Hausärzten, eine Demenz zu erkennen, wenn sie explizit gebeten werden, Patienten hinsichtlich demenzieller Symptome zu beurteilen. Die Beurteilung führen die Hausärzte anhand von Skalen, Leitlinien oder dichotomen Ja/Nein-Einschätzungen durch. Studien zum *Entdecken* von Demenzen beschäftigen sich dagegen mit der Frage, wie viele Demenzfälle Hausärzte unter ihren Patienten dokumentiert haben, verglichen mit der durch die Wissenschaftler gefundenen Anzahl dementer

Patienten bei Anwendung einer konkreten Diagnostik (z.B. ein Screeningtest, ein strukturiertes Interview oder ein multidisziplinäres Assessment in einer spezialisierten Klinik) (van Hout 2001). Auf die Problematik, wie valide diese beiden Ansätze das tatsächliche frühdiagnostische Vorgehen bei Hausärzten messen, soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Es ist aber anzunehmen, dass diese rein quantitativen Zugänge nicht der mehrdimensionalen Problematik gerecht werden. So fanden Fisseni/Golücke/Abholz (2003) in einer Fokusgruppe mit Hausärzten, dass Früherkennung allgemein eher opportunistisch als systematisch betrieben wird. D.h., dass Hausärzte Früherkennung eher im Rahmen einer individuellen Beratung, abhängig vom speziellen Patienten durchführen. Bei der Entscheidung für oder gegen eine Screeninguntersuchung spielen also individuelle Einflüsse auf Arzt- und Patientenseite eine Rolle. Bei einer Demenz kommen zusätzlich noch Aspekte auf Seiten der Familie und des sozialen Umfeldes hinzu. Diese Faktoren, die eine mehr oder weniger sinnvolle Diagnostik bedingen, müssen untersucht werden. Im Folgenden werden sie dargestellt.

Die Patienten bzw. krankheitsimmanente Charakteristika bedingen zu einem Teil selbst eine verzögerte Erkennung durch den Hausarzt. Während das Nichterkennen des Krankheitsgeschehens (Anosognosie) vermehrt bei fortgeschrittenen Demenzen auftritt, ist das *Verleugnen, Bagatellisieren und/oder Kaschieren* von Symptomen durch die Patienten v.a. im Frühstadium weit verbreitet. Die Defizite werden wahrgenommen, die Patienten versuchen diese aber z.B. aus Scham vor Entdeckung durch den Arzt, Angehörige oder Bekannte zu vertuschen. Der Patient selbst will sich den geistigen Abbau nicht eingestehen und reagiert depressiv, aggressiv oder mit sozialem Rückzug auf die Konfrontation damit. Wolf/Weber (1998) stellten anhand von Fallbeispielen fest, dass v.a. bei *konfliktreichen Rollenkonstellationen* zwischen Patient und Bezugsperson der Vorschlag der Angehörigen zur diagnostischen Abklärung der kognitiven Auffälligkeiten von den Patienten als Beleidigung erlebt wird. Des weiteren bemerkt man die Tendenz von Demenzpatienten, Defizite zu verleugnen oder zu bagatellisieren auch in neuropsychologischen Tests. Schlechte Testleistungen werden auf eine schlechte Tagesform oder schon immer vorhandene Schwierigkeiten bei bestimmten Aufgaben attribuiert.

Löppönen et al. (2003) untersuchten Patienten ab 64 Jahren zunächst mit dem MMST. Bei dem Verdacht auf eine Demenz wurde dann entsprechend den DSM-Kriterien ein semi-strukturiertes Interview durchgeführt, um eine Demenz und dann evtl. deren Schweregrad festzustellen. Verglichen wurde die Diagnose mit der hausärztlichen

Dokumentation, die nach dem Begriff Demenz durchsucht wurde. Die Patienten, bei denen der Hausarzt die Krankheit nicht dokumentiert hatte, waren leichter kognitiv beeinträchtigt, zeigten öfter depressive Begleitsymptome und bewältigten die Aktivitäten des täglichen Lebens signifikant besser als Patienten, bei denen die Demenz-Diagnose in ihrer medizinischen Dokumentation vermerkt war. Auch in einer niederländischen Studie von van Hout et al. (2002) waren die dokumentierten Demenzfälle in einem weiter fortgeschrittenen Stadium; die nicht dokumentierten Fälle wiesen auch vermehrt somatische Komorbiditäten auf. Das bedeutet, dass Hausärzte Demenzen besser in fortgeschrittenen Stadien entdecken können. Bei Patienten mit somatischen Krankheiten werden die kognitiven Beschwerden entweder dieser/dieser körperlichen Krankheit(en) zugeschrieben, oder die Therapie der somatischen Krankheit wird in den Vordergrund gestellt, während die Behandlung der geistigen Funktionen eine geringere Priorität besitzt. Das schwierige Thema des Zusammenhangs zwischen Depression und Demenz soll hier nicht weiter vertieft werden (zur Übersicht: Stübner/Kötter 2003). Sowohl depressive Symptome bei Demenzen, als auch kognitive Defizite bei Depressionen, aber auch eine »echte« Komorbidität beider Erkrankungen erschweren die Differenzialdiagnose. Hilfreich bei der Unterscheidung sind v.a. der Verlauf der kognitiven Symptome (Besserung unter Anti-depressiva-Medikation bei Depressionen) und psychometrische Tests (z.B. »ich weiß nicht«-Antworten bei Depressionen, Bagatellisieren der Defizite bei Demenzen).

Eine Demenz beeinflusst das soziale Umfeld des Patienten in besonderem Maße. Deshalb bilden die Angehörigen der Betroffenen einen wesentlichen Bestandteil auf dem Weg zu einer Diagnosestellung. Antonelli Incalzi et al. (1992) fanden, dass die *Einstellungen* der Angehörigen zur Problematik Demenz wesentlich das Intervall zwischen Beginn der Symptomatik und Diagnose bestimmen. Diese Einstellungen sind wiederum bedingt durch kulturelle, soziale und emotionale Faktoren. So war die Rate nicht diagnostizierter Demenzen in ländlichen Gebieten höher als im urbanen Bereich, was die Autoren auf regional unterschiedliche Sichtweisen des Alterns zurückführen. Angehörige von Demenzpatienten in ländlichen Bereichen attribuierten kognitive Störungen vermehrt dem normalen Alterungsprozess. Zudem vermuten die Verfasser größere Auswirkungen bereits leichter Demenzstadien auf das urbane *Familienleben*. So sehen sich ältere Menschen in Städten größeren Anforderungen ausgesetzt, deren Bewältigung bereits bei leichten demenziellen Symptomen die Unterstützung der Angehörigen erfordert. Meist bemerken Angehörige die Veränderungen relativ früh, sind sich

aber oft nicht sicher, ob diese als pathologisch zu bewerten sind. Dabei spielt mangelndes *Wissen* über das Thema Demenz eine Rolle. Auch die o.g. *Rollenkonflikte* hindern Angehörige daran, die Defizite einem krankhaften Prozess zuzuordnen und entsprechende Schritte einzuleiten (Wolf/Weber 1998). Boise et al. (1999) betonen den massiven Einfluss der Familie auf den diagnostischen Prozess. Sie war in deren Studie sowohl maßgeblich an der Erkennung beteiligt, als auch an der Art und Weise der weiteren Diagnostik durch den Hausarzt.

Der größte Teil der Literatur innerhalb dieses Themenkomplexes beschäftigt sich mit der Rolle der Hausärzte bei der Früherkennung von Demenzen. Gründe für die defizitäre Erkennung werden zum Teil in einem ungenügenden *Kenntnisstand* der Hausärzte bzgl. des Themas Demenz gesehen. Das abgefragte Wissen in diesen Studien besitzt allerdings oft wenig Relevanz für das hausärztliche Vorgehen. Zudem fanden Brown et al. (1998), dass ein größeres Wissen nicht mit einem besseren diagnostischen Vorgehen zusammenhing. So waren ältere Hausärzte sicherer in diagnostischen Belangen, obwohl sie im Wissenstest schlechter abschnitten; »knowledge is generally necessary but insufficient for changing behavior« (Brown et al. 1998: 474). Ein eventueller Zusammenhang zwischen dem Kenntnisstand der Hausärzte und einer schlechten Früherkennung macht erst Sinn, wenn man das mangelnde Wissen im Sinne einer *Ignoranz* und eines *fehlenden Interesses* am Thema interpretiert. So wussten 60% der befragten Hausärzte in einer australischen Studie nicht, dass die Alzheimerkrankheit die häufigste Demenzursache ist (Bowers et al. 1992). Zudem hatten die Hausärzte einen begrenzten Kenntnisstand bzgl. der Symptomatik der Demenzen. Barrett et al. (1997) verglichen die Leistungen von Hausärzten, Demenz-Experten und einigen anderen Berufsgruppen in einem Multiple-Choice-Test zum Thema Demenz. Nur 39% der Hausärzte wussten, dass die Alzheimerkrankheit die häufigste Ursache für einen deutlichen Gedächtnisverlust bei über 65-jährigen Personen ist. 44% kannten nicht das Vorgehen, mit dem eine definitive Alzheimer-Diagnose gestellt werden kann.

Die *Selbsteinschätzung der persönlichen Kompetenz* scheint eine weitere Rolle zu spielen. So berichten einige Autoren, dass Hausärzte sich nicht sicher genug fühlen, eine Frühdiagnose zu stellen, weil sie nicht ausreichend darin geschult sind. Etwa die Hälfte der befragten Hausärzte in einer englischen Studie gab an, Schwierigkeiten bei der Erkennung einer Demenz zu haben (Downs et al. 2000). 52% der von Renshaw et al. (2001) befragten Hausärzte beklagten ein unzureichendes Wissen über das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Demenzen. Ólafsdóttir/Foldevi/Marcusson (2001) fanden, dass Hausärzte einen recht

guten Kenntnisstand hatten, ermittelt mit einem Fragebogen. Dagegen fühlten sich nur 20 % der Hausärzte sicher genug, eine Diagnose zu stellen, während 71 % mehr über das Thema Demenz lernen wollten. Verbunden mit dieser Unsicherheit ist die Angst vor einem diagnostischen Fehler und den Patienten und seine Angehörigen damit fälschlicherweise zu beunruhigen und zu stigmatisieren (Iliffe/Manthorpe/Eden 2003).

Ein Defizit besteht in der *Anwendung standardisierter diagnostischer Kriterien und/oder Testverfahren*. Downs et al. (2000) fanden, dass nur 15 % der befragten Hausärzte kognitive Tests zur Demenzdiagnostik benutzten. In einer Studie von Somerfield et al. (1991) waren es 57 %, die Testverfahren wie den MMST durchführten, aber nur etwa 25 % wandten diagnostische Kriterien wie die des DSM an. Riedel-Heller et al. (2000) fragten Hausärzte nach der Relevanz verschiedener Informationsquellen für die Demenzdiagnostik. Testverfahren und apparative Diagnostik wurden nur als 3. und 4. wichtigste Informationen bewertet, während das klinische Gespräch und die Informationen von Angehörigen als vorrangig angesehen wurden. Letztere sind enorm wichtig für den initialen Verdacht auf eine Demenz. Aber gerade bei leichten Demenzen sind sie nicht sensitiv genug, sondern müssen objektiviert werden. In einer belgischen Studie (De Lepeleire et al. 1994) konnte keiner der befragten Hausärzte eine Definition oder diagnostische Kriterien für die Demenz benennen. Sie nannten als wichtigste Anhaltspunkte für die Diagnose die Charakteristik des Krankheitsverlaufs, Informationen der Angehörigen und schätzten die Relevanz von Testverfahren eher als gering ein. Zudem fokussieren viele Hausärzte bei der Erkennung einer Demenz auf die Gedächtnisdefizite (Ólafsdóttir/Foldevi/Marcusson 2001). Dabei sind gerade in Frühstadien die Schwierigkeiten mit den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) das auffälligere Symptom (Barberger-Gateau/Dartigues/Letenneur 1993), welches bei Erkennung eine weitere Diagnostik auslösen könnte. Die leichten mnestischen Auffälligkeiten im Anfangsstadium einer Demenz sind ohne Testverfahren schwer zu erkennen. So ist es nicht verwunderlich, dass in den meisten Studien weiter fortgeschrittene Demenzen, bei denen die kognitiven Defizite deutlich ausgeprägt sind, besser erkannt werden (s.o.). Eventuell werden die Schwierigkeiten in den ADL eher dem normalen Altern oder anderen somatischen Komorbiditäten zugeschrieben.

Einen starken Einfluss auf das diagnostische Vorgehen und die Sensibilität der Hausärzte bzgl. Demenzen scheinen deren *Einstellungen* zu diesem Thema zu haben. Boise et al. (1999) stellen die Bedeutung dieses Faktors noch vor den Einfluss des Kenntnisstandes, indem sie sagen: »... our findings suggest that attitudes, rather than knowledge, were the

key determinant of whether the physicians conducted a full assessment« (Boise et al. 1999: 462). So empfanden nur die Hälfte der befragten Hausärzte, dass die Früherkennung von Demenzen sinnvoll sei (Renshaw et al. 2001). Als Begründung wurde u.a. genannt, dass eine Demenz nicht behandelbar und deshalb die Diagnose überflüssig sei und dass eine Diagnose zu unsinnigen Reaktionen der Betroffenen und deren Angehörigen führe. Boise et al. (1999) stellten folgende Einstellungen als Barrieren für die Früherkennung fest: es gibt keine Behandlungsmöglichkeiten; weder der Patient, noch die Angehörigen wollen die Diagnose wissen; somatische Beschwerden haben Vorrang vor kognitiven Schwierigkeiten. McIntosh et al. (1999) verglichen Hausärzte und Krankenschwestern bzgl. ihrer Einstellungen zum Thema Demenz. 60% der Ärzte äußerten, dass die Versorgung demenzkranker Patienten einen deutlichen Stressor darstelle. 67% der Ärzte empfanden, dass die Unterstützung der Pflegepersonen von Demenzpatienten eine stressbeladene Aufgabe sei. 40% der Ärzte gaben an, nur wenig für demente Patienten tun zu können, während ein Drittel antwortete, den Pflegepersonen nur wenig bieten zu können. Die Ärzte, die die Versorgung von Demenzpatienten als Stressor erlebten, nannten auch signifikant mehr Schwierigkeiten, eine Diagnose zu stellen und diese dem Patienten mitzuteilen.

Nicht nur der qualitative Aufwand bei der Versorgung von Demenzpatienten ist wichtig, sondern auch die Quantität, sprich der *zeitliche Aufwand*. So nannten die meisten Ärzte mit einem städtischen Einzugsgebiet in der Fokusgruppen-Studie von Boise et al. (1999), dass die zeitlichen Beschränkungen in der täglichen Praxis der Hauptgrund für eine mangelnde Früherkennung seien. Schon die 5- bis 10-minütige Durchführung des MMST sprengt den zeitlichen Rahmen. Dieser Punkt trifft vermutlich in besonderem Maße für Patienten zu, die den Arzt nicht primär wegen der kognitiven Probleme konsultieren.

Wagner/Abholz (2002) stellen die wahrgenommene *mangelnde therapeutische Konsequenz* einer Demenzerkennung als wesentlichen Faktor der Unterversorgung heraus. Die Einschätzung, dass die therapeutischen Möglichkeiten bei Demenzen unzureichend sind, ist unter Hausärzten prominent. So ergab die Studie von Ólafsdóttir/Foldevi/Marcusson (2001), dass 53% der Hausärzte den antidementiven Effekt der zur Verfügung stehenden Medikamente als zu gering einstufen, 26% zu viele Nebenwirkungen angaben und 8% die Medikamente als zu teuer empfanden und sie aus diesen Gründen auch nicht verschrieben. Stoppe et al. (1995) berichten in ihrer Studie anhand von Fallbeispielen, dass der Einsatz von Nootropika bei leichten kognitiven Beeinträchtigungen von 55% der Hausärzte als nicht oder nur zweifelhaft wirksam beurteilt

wurde, bei einer mäßigen Demenz von 59%. Ruof et al. (2002) stellten fest, dass deutsche Hausärzte nur 9% ihrer Alzheimerpatienten mit ChE-I behandelten. Dagegen würden 64% der befragten Hausärzte einem an Alzheimer erkrankten nahen Angehörigen diese Medikamente geben, falls keine budgetären Grenzen bestünden. Riedel-Heller et al. (2000) kommen in ihrer Umfrage zu einem eher guten Urteil der Hausärzte bzgl. der Therapie von Demenzen. So stimmten 80% der Aussage zu, dass eine Verzögerung des kognitiven Abbaus bei Demenzen für eine bestimmte Zeit durch Medikamente möglich sei. Dennoch sagte ein Drittel, dass Demenzen schicksalhaft verliefen und therapeutisch nicht zu beeinflussen seien. Diese Überschneidung spricht dafür, dass Hausärzte teilweise in einer Verzögerung der Krankheitsprogression keinen echten Therapieerfolg sehen. Das Verordnungsverhalten bzgl. der modernen Antidementiva (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin) spiegelt in der Tat keine positive Bewertung der Effektivität. So hatten Donepezil und Rivastigmin (2001) einen Anteil von 4% an den Verordnungen aller Nootropika/Antidementiva. Ginkgo biloba als kostengünstigeres Nootropikum war dagegen mit einem Anteil von 57% Spitzenreiter (Fritze 2003), obwohl keine wissenschaftlich gesicherte Evidenz für dessen Wirksamkeit besteht (Oken 2002). Hausärzte scheinen von der Effektivität der modernen Therapieoptionen – relativiert an ihren Kosten – nicht überzeugt zu sein (Kaduszkiewicz/van den Bussche 2003).

Doch nicht nur die Einschätzung medikamentöser Optionen spielt eine Rolle bei der Früherkennung. Auch die *Wahrnehmung lokaler supportiver Möglichkeiten* beeinflusst das Vorgehen der Hausärzte. Damit sind sowohl unterstützende Angebote für die Ärzte, als auch für Patienten und Angehörige gemeint. Renshaw et al. (2001) fanden, dass Hausärzte, bei denen edukative Angebote zum Thema Demenz bestanden, signifikant positivere Einstellungen zum Nutzen der Früherkennung zeigten.³ Die Hälfte der Befragten zeigte sich unzufrieden mit den lokalen Unterstützungsangeboten für Demenzkranke und deren Angehörige. Über 200 Kommentare ließen auf einen Mangel an Angeboten wie Tageskliniken oder Angehörigengruppen schließen. In einer Studie von Riedel-Heller et al. (2000) kooperierten nur knapp ein Drittel der befragten Hausärzte mit Angehörigengruppen, 4% hatten Kontakt zur Alzheimergesellschaft oder Hirnliga. Iliffe/Walters/Rait (2000) bemerken, dass die Unkenntnis über verfügbare Hilfsangebote die Hausärzte demotiviert, eine Demenz festzustellen. Williams (2000) befragte Hausärzte in England, was sie von spezialisierten Einrichtungen zur Versorgung Demenzkranker erwarteten. Drei Punkte wurden besonders häufig genannt: Hilfen für die Familien, Möglichkeiten für die Langzeitpflege

und generelle Unterstützung für Hausärzte und Familien. Ein weiterer Wunsch bestand in einer sicheren Diagnostik. Die Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Gemeindeschwester und der Alzheimergesellschaft wurden als besonders fruchtbar hervorgehoben. In einer Studie von Ólafsdóttir/Foldevi/Marcusson (2001) empfanden die Hausärzte nicht die Diagnostik als schwierigste Aufgabe, sondern die Evaluation der sozialen Verhältnisse und eine darauf abgestimmte Organisation sozialer Unterstützungsangebote. Nur 24% waren mit den lokalen Hilfsangeboten zufrieden. So wünschten sich die Hausärzte Koordinatoren für das Management der Demenzpatienten, wie z.B. Sozialarbeiter oder Gemeindeschwestern.

Eine zusätzliche Barriere bei der Früherkennung stellen *emotionale Einstellungen* zum Thema Demenz dar. Die befragten Hausärzte in der Studie von de Lepeleire et al. (1994) nannten als erste Reaktionen auf die Konfrontation mit einem möglicherweise dementen Patienten u.a. Frustration, die eigene Angst vor der Erkrankung und Hilflosigkeit. Eine Art Vermeidungsverhalten und die Verneinung der Probleme wurden als »Strategien« gegen eine gezielte Diagnostik erwähnt. Iliffe/Manthorpe/Eden (2003) identifizierten in Workshops, dass die Diagnose auch von Hausärzten schwer zu akzeptieren ist. Es wurde das Phänomen der »professionellen Resistenz« gegen die Früherkennung besprochen. Dabei kristallisierten sich zwei Standpunkte heraus. Eine Gruppe war der Meinung, dass Hausärzte nicht in der Lage seien, überhaupt eine Demenz früh zu erkennen. Die zweite Gruppe war der Ansicht, die Ärzte hätten diese Fähigkeit schon, vermieden die Aufdeckung aber, weil sie die *Diagnosestellung* gegenüber Patienten und Angehörigen scheuten. Einige Teilnehmer der Diskussionsgruppen betonten die Problematik der Früherkennung. So befürchteten sie depressive Reaktionen, Stigmatisierung und daraus resultierende soziale Isolation für Patienten und Angehörige. Ólafsdóttir/Foldevi/Marcusson (2001) fanden, dass nur 50% der Hausärzte die Diagnose einer Demenz mit dem Patienten oder dessen Angehörigen diskutierten. Vassilas/Donaldson (1998) untersuchten, wie oft Hausärzte die Diagnose und Prognose einer Demenz oder einer schweren Krebserkrankung den betroffenen Patienten mitteilten. 39% der Ärzte gaben an, Demenzpatienten über die Diagnose immer bzw. oft zu informieren, verglichen mit 95%, die ihre Krebspatienten aufklärten. Die Prognose einer Demenz teilten 36% immer bzw. oft mit, 92% klärten über den Verlauf der Krebserkrankung auf. Als Einflussfaktoren, ob die Demenzdiagnose mitgeteilt wird, wurden drei Hauptgründe genannt: die Sicherheit der Diagnose, der Wunsch des Patienten nach Aufklärung und die emotionale Stabilität des Patienten. Eine kritische Auseinandersetzung

mit der Frage, ob und in welchen Fällen die Diagnose mitgeteilt werden sollte, findet sich bei Gordon/Goldstein (2001). Eine Aufklärung wird für die meisten Fälle favorisiert, die individuelle Abwägung ist dennoch Aufgabe des Arztes.

Die genannten Befunde zu den emotionalen Einstellungen und Befürchtungen passen sich gut in den *tiefenpsychologisch* orientierten Erklärungsrahmen von Kötter/Hampel (2003) ein. Sie stellten sich die Frage, warum die Demenz (hier besonders die Alzheimerkrankheit) stigmatisiert und tabuisiert wird. Als einen Grund sehen sie Ängste, die sowohl die Betroffenen als auch Angehörige und Ärzte erleben, wenn sie mit dem Krankheitsbild konfrontiert werden (vgl. de Lepeleire et al. 1994, siehe weiter oben). Das Defizit in der Früherkennung wäre nach diesem Ansatz durch mehrere Abwehrmechanismen zu erklären. Ärzte verdrängen die Symptome, nehmen sie als nicht existent wahr, um sich damit nicht auseinandersetzen zu müssen. Das Problem, dass v.a. Gedächtnisprobleme und Schwierigkeiten in den ADL als normale Begleiterscheinungen des Alterungsprozesses angesehen werden, entspricht einer Rationalisierung, d.h. der Zuweisung einer für den Arzt akzeptablen Begründung für die Symptome. Zur Aufgabe der Ärzte gehört es nach Ansicht der Autoren, den Patienten und die Angehörigen von dem Stigma des geistigen Verfalls zu befreien, indem sie die Krankheit erkennen und offen darüber reden, also die Demenz entmystifizieren. Ein Grund dafür, warum das unzureichend praktiziert wird, ist ein unzureichender Kenntnisstand. Ein anderer Grund ist die Angst, die Wahrheit auszusprechen. Denn die Ärzte fühlen sich (auch aufgrund nihilistischer Krankheitskonzepte) in der Rolle des Hiob. Die befürchteten Konsequenzen kommen einer Bestrafung gleich: einerseits der Verlust des Patienten, andererseits eine Art »Liebesentzug«, denn es kann keine Heilung und keine Besserung prognostiziert werden. Die Ärzte könnten als hilflos erscheinen, sie müssen um die Anerkennung des Patienten fürchten. Um das zu vermeiden, so die Autoren, scheuen die Ärzte nicht nur die Aufklärung der Patienten und Angehörigen über die Diagnose, sondern auch die Beschäftigung mit der Demenz an sich. Aus dieser Ignoranz heraus kann wiederum ein mangelnder Kenntnisstand erwachsen. »Denn was ich nicht kenne, damit muss ich mich auch nicht konfrontieren« (Kötter/Hampel 2003: 18).

Motivationstheoretisch könnte man die Problematik so formulieren: Diabetes oder Asthma zu diagnostizieren verspricht wesentlich mehr Einflussnahme und Möglichkeiten, externe Belohnungen (z.B. Anerkennung durch Patienten, Angehörige, Kollegen) durch richtiges Handeln zu erhalten. Durch die richtige Therapie nehmen Ärzte zudem ihre

Selbstwirksamkeit wahr. Bei der Demenzfrüherkennung scheint beides wegzufallen. Die Selbstwirksamkeit ist aufgrund (wahrgenommener) mangelnder Behandlungsmöglichkeiten reduziert, und als Konsequenz daraus ist auch eine externe Belohnung durch den Patienten und/oder die Angehörigen (z.B. weitere Arztbesuche, Lob, Weiterempfehlungen) nicht zu erwarten.

4. Fazit und Ausblick

Zusammenfassend lässt die Studienlage annehmen, dass die Früherkennung von Demenzen durch Hausärzte nicht ausreichend betrieben wird. Das wird aus einem Großteil der genannten Untersuchungen zur Erkennungs- und Dokumentationsrate, aber auch aus den Studien zu Einstellungen und Verhaltensweisen der Hausärzte ersichtlich. Die Gründe dafür sind vielfältig und verwoben, weshalb eindimensionale Interventionen an der Komplexität der Problematik scheitern müssen. Gemessen werden müssen die Ansätze zur Verbesserung der Früherkennung nicht nur an Sensitivitäten und Spezifitäten, sondern besonders an den therapeutischen Konsequenzen, die daraus erwachsen. Eine rein diagnostische Hilfestellung oder Schulung ist für die Hausärzte nicht ausreichend. Zwar ist die Kenntnis um Frühsymptome und grundlegende diagnostische Vorgehensweisen eine *conditio sine qua non* zur Erkennung von Demenzen, zur Evozierung therapeutischer Konsequenzen ist sie jedoch nicht tiefgreifend genug. Das wird in einigen Studien deutlich, in denen Rückmeldungen der Wissenschaftler über einen Demenzverdacht bei den Hausärzten fast keine Veränderung in der Versorgung der betroffenen Patienten auslösten (z.B. Sandholzer/Breull/Fischer 1999). Hilfreich erscheint vielmehr, dass der Nutzen von pharmakologischen und nichtmedikamentösen Therapieansätzen in methodisch guten Studien belegt und diese Therapien verfügbar gemacht werden. Hausärzte handeln eher diagnostisch, wenn sie wissen, was therapeutisch daraus resultiert, ganz nach dem Grundsatz »Therapie vor Diagnostik«. Sie benötigen ein Repertoire, aus dem sie schöpfen können. Die Bedeutung der Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen bei Demenzen muss hervorgehoben werden, da es hier bereits gute Ansätze gibt. Zudem muss verdeutlicht werden, dass die Behandlung von Demenzen nicht nur die Therapie des Demenzpatienten umfasst, sondern eher eine langfristige Betreuung des Betroffenen und seiner Angehörigen darstellt. V.a. in diesem Bereich können die Hausärzte auch die positiven Seiten der Versorgung von Demenzen wahrnehmen, da die Angehörigen deutlicher und längerfristig von dieser Betreuung profitieren und ein

guter Arzt-Patienten-Kontakt auch nach dem Tod des Demenzkranken weiterhin bestehen kann. Die Hausärzte müssen einen neuen konzeptuellen Rahmen der Demenzen entwickeln, der ihnen Einflussmöglichkeiten offeriert, sobald eine Demenz erkannt wird. Nur dann wird sich auch die Früherkennung verbessern. In diesem konzeptuellen Rahmen müssen gemeindenahere Angebote verschiedener Berufsgruppen integriert sein. Die Hausärzte wünschen u.a. Hilfe beim Zugriff auf und bei der Koordinierung von supportiven Maßnahmen (ambulante Pflegedienste, »Essen auf Rädern«, Angehörigen-Gruppen etc.), die z.B. Sozialarbeiter oder psychiatrische Gemeinde-Krankenschwestern vermitteln können. Solche Koordinierungshelfer (z.B. in GB die »Community Psychiatric Nurses«, in Australien die »Aged Care Assessment Teams« oder in den USA die »Care Manager«) könnten einen wichtigen Beitrag in der primären Versorgung dementer Patienten auch in Deutschland leisten. Auf der anderen Seite wird von den Hausärzten eine fachlich-medizinische Unterstützung bei der Diagnoseabsicherung, Therapieplanung und Aufklärung der Patienten und ihrer Angehörigen befürwortet, die durch die Verbreitung spezialisierter Kliniken (Memory-Kliniken) oder entsprechend ausgestatteter geriatrischer Abteilungen gewährleistet werden kann.

Es muss also ein Umschwenken von nihilistischen Ansichten der Hausärzte auf ein positiv geprägtes Bild ihrer ärztlichen Optionen stattfinden. Dieses Bild entsteht durch den Aufbau einer gemeindenahen gerontopsychiatrischen Infrastruktur, bestehend aus medizinischen und sozialen Angeboten. Die Schulung der Hausärzte in diagnostischen Verfahren und in der Erkennung von Symptommustern muss in ein solches Konzept eingebettet sein.

Korrespondenzadresse:

Michael Pentzek

Universitätsklinikum Düsseldorf

Abteilung für Allgemeinmedizin

Moorenstraße 5, Gebäude 14.97

D-40225 Düsseldorf

Telefon: +49 (0) 211 81 – 168 18

E-Mail: pentzek@med.uni-duesseldorf.de

Anmerkungen

- 1 Mini Mental State Test (ein Screeningtest zur groben Abschätzung des kognitiven Niveaus, Folstein/Folstein/McHugh 1975).
- 2 Literaturangaben zu den einzelnen Studien beim Verfasser (M.P.).
- 3 Die Art dieser Angebote wurde in dem Artikel nicht weiter spezifiziert.

Literatur

- Albert, S.M. et al. (2002): Primary care expenditures before the onset of Alzheimer's disease. *Neurology* 59: 573-578.
- Antonelli Incalzi, R. et al. (1992): Unrecognized dementia: sociodemographic correlates. *Aging Clinical and Experimental Research* 4: 327-332.
- Barberger-Gateau, P.; Dartigues, J.F.; Letenneur, L. (1993): Four Instrumental Activities of Daily Living score as a predictor of one-year incident dementia. *Age and Ageing* 22, 6: 457-463.
- Barrett, J.J. et al. (1997): Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologists, nurses, and social workers. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 11, 2: 99-106.
- Bickel, H. (2000): Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. *Gesundheitswesen* 62: 211-218.
- Boise, L. et al. (1999): Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. *The Gerontologist* 39, 4: 457-464.
- Bowers, J. et al. (1992): General practitioners' reported knowledge about depression and dementia in elderly patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 26: 168-174.
- Brown, C.J. et al. (1998): Primary care physicians' knowledge and behavior related to Alzheimer's disease. *Journal of Applied Gerontology* 17, 4: 462-479.
- Bruce, D.G.; Paterson, A. (2000): Barriers to community support for the dementia carer. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15, 5: 451-457.
- Clarfield, A.M. (2003): The decreasing prevalence of reversible dementias. *Archives of Internal Medicine* 163: 2219-2229.
- Cohrs, M.; Meins, W. (2000): Die Einstellung von Angehörigen zur Frühdiagnose der Alzheimerschen Krankheit. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 3/4: 125-130.
- Connell, C.M.; Gallant, M.P. (1996): Spouse caregivers' attitudes toward obtaining a diagnosis of a dementing illness. *Journal of the American Geriatrics Society* 44: 1003-1009.
- De Lepeleire, J.A. et al. (1994): How do general practitioners diagnose dementia? *Family Practice* 11, 2: 148-152.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hg.) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD. Bern: Huber.
- Downs, M. et al. (2000): Caring for patients with dementia: the GP perspective. *Aging and Mental Health* 4, 4: 301-304.
- Fisseni, G.; Golücke, A.; Abholz, H.-H. (2003): Warum machen deutsche Allgemeinärzte so wenig Früherkennung? Ergebnisse einer Fokusgruppe. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 79: 591-595.

- Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; McHugh, P.R. (1975): Mini Mental State. *Journal of Psychiatric Research* 12: 189-198.
- Fritze, J. (2003): Psychopharmaka-Verordnungen. Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2002. *psychoneuro* 29, 3: 78-85.
- Gaugler, J.E.; Kane, R.L.; Kane, R.A. (2002): Family care for older adults with disabilities: toward more targeted and interpretable research. *International Journal of Aging and Human Development* 54, 3: 205-231.
- Gordon, M.; Goldstein, D. (2001): Alzheimer's disease. To tell or not to tell. *Canadian Family Physician* 47: 1803-1809.
- Gräbel, E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter, Teil II. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 57-62.
- Green, A.; Brodaty, H. (2002): Care-giver interventions. In: N. Qizilbash et al. (Eds.): Evidence-based dementia practice. Oxford: Blackwell Science, 764-794.
- Hallauer, J.F. et al. (2000): Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 5: 73-79.
- Held, C. (2000): Management von Verhaltensstörungen bei dementen Patienten. *Praxis* 89: 1376-1385.
- Holroyd, S.; Snustad, D.G.; Chalifoux, Z.L. (1996): Attitudes of older adults on being told the diagnosis of Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 44: 400-403.
- Iliffe, S.; Manthorpe, J.; Eden, A. (2003): Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice. *Family Practice* 20, 4: 376-381.
- Iliffe, S.; Walters, K.; Rait, G. (2000): Shortcomings in the diagnosis and management of dementia in primary care. *Aging and Mental Health* 4, 4: 286-291.
- Kaduszkiewicz, H.; van den Bussche, H. (2003): Die hausärztliche Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenz. *psychoneuro* 29, 6: 275-281.
- Karlsson, I. (1999): Drugs that induce delirium. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 10: 412-415.
- Kötter, H.U.; Hampel, H. (2003): Mythos Alzheimer-Demenz. In: H. Hampel; F. Padberg; H.-J. Möller (Hg.): Alzheimer-Demenz. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 14-27.
- Löppönen, M. et al. (2003): Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care. *Age and Ageing* 32: 606-612.
- McIntosh, I.B. et al. (1999): General practitioners and nurses' perceived roles, attitudes, and stressors in the management of people with dementia. *Health Bulletin* 57, 1: 35-43.
- Meier, D. et al. (1999): Pflegende Familienangehörige von Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 12, 2: 85-96.
- Messinger-Rapport, B.J. (2003): Assessment and counseling of older drivers. *Geriatrics* 58, 12: 16-24.
- Oken, B.S. et al. (Eds.) (2002): Evidence-based dementia practice. Oxford: Blackwell Science, 518-523.
- Ólafsdóttir, M.; Foldevi, M.; Marcusson, J. (2001): Dementia in primary care: why the low detection rate? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 19: 194-198.
- Ovsiew, F. (2003): Seeking reversibility and treatability in dementia. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 8, 1: 3-11.
- Renshaw, J. et al. (2001): General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *British Journal of General Practice* 51: 37-38.
- Riedel-Heller, S.G. et al. (2000): Demenzkranke in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33: 300-306.

- Ruof, J. et al. (2002): Diffusion of innovations: treatment of Alzheimer's disease in Germany. *Health Policy* 60: 59-66.
- Sandholzer, H.; Breull, A.; Fischer, G.C. (1999): Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32: 172-178.
- Somerfield, M.R. et al. (1991): Physician practices in the diagnosis of dementing disorders. *Journal of the American Geriatrics Society* 39: 172-175.
- Statistisches Bundesamt (2000): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stoppe, G. et al. (1995): Einflussfaktoren auf die Verordnung von Nootropika. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 120, 47: 1614-1619.
- Stübner, S.; Kötter, H.U. (2003): Demenz und Depression. In: H. Hampel; F. Padberg; H.-J. Möller (Hg.): *Alzheimer-Demenz*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 292-318.
- Thompson, M.D.; Knee, K.; Golden, C.J. (1998): Olfaction in persons with Alzheimer's disease. *Neuropsychology Review* 8, 1: 11-23.
- Van Hout, H.P.J. (2001): Studies on recognition of dementia by primary care physicians are inconsistent. *Archives of Internal Medicine* 161: 1238-1239.
- Van Hout, H.P.J. et al. (2002): Dementia: predictors of diagnostic accuracy and the contribution of diagnostic recommendations. *Journal of Family Practice* 51, 8: 693-699.
- Vassilas, C.A.; Donaldson, J. (1998): Telling the truth: what do general practitioners say to patients with dementia or terminal cancer? *British Journal of General Practice* 48: 1081-1082.
- Wagner, G.; Abholz, H.-H. (2002): Diagnose und Therapiemanagement der Demenz in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 78: 239-244.
- Williams, I. (2000): What help do GPs want from specialist services in managing patients with dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15: 758-761.
- Wolf, R.; Weber, S. (1998): Einflußfaktoren für eine verzögerte Erstdiagnose bei Demenzerkrankungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 209-221.