

Unterscheidung zwischen altersbedingtem Rückgang der kognitiven Leistungsfähigkeit und beginnender Enzephalopathie nicht einfach

«Ist meine Vergesslichkeit noch normal?»

Markus Bürge

Berner Spitalzentrum für Altersmedizin, Siloah AG, Gümligen

Wurde Ihnen diese Frage in der Praxis auch schon gestellt? Von jemandem, bei dem Sie bisher nie an eine kognitive Problematik gedacht hatten und der den Alltag problemlos zu bewältigen schien? Falls ja – wie hatten Sie reagiert und geantwortet? Was schlugen Sie vor, wie hatten Sie argumentiert?

Mit diesen kniffligen Fragen begannen wir den SGAIM-Workshop. Sie können sich vorstellen, dass es dabei nicht einfach war, rasch befriedigende Antworten zu finden und zu formulieren. Somit versuchten wir uns dem Problem mit einer gewissen Systematik zu nähern. Zuvor allerdings wurden die Begriffe «Vergesslichkeit» bzw. «Gedächtnis» noch etwas genauer erläutert oder vielmehr erweitert:

Offensichtlich ist zwar, wie wichtig mnestische Funktionen für Alltagserlebnisse («Wo hab ich denn nun schon wieder meine Schlüssel hingelegt?», «Wo eigentlich sind wir auf unserem gestrigen Ausflug gewesen?») und für die Sprache («ich finde den richtigen Namen, das richtige Wort nicht!») sind. Weniger bewusst ist uns aber, dass Gedächtnisfunktionen für viele andere

Bereiche des Denkens genauso unerlässlich sind. So ist eine korrekte zeitliche, örtliche oder situative Orientierung nicht möglich ohne die dazugehörigen Informationen aus dem Gedächtnis (z.B. den genauen Wochentag anhand des gestrigen Tagesprogramms ableiten). Gleiches gilt für das richtige Erkennen und Zuordnen von Gesehenem (wie, wenn nicht aus vielen abgespeicherten Bildern, weiss ich problemlos, ob ich einen Hund oder eine Katze vor mir habe ...?). Auch beim Ausführen von erlernten motorischen Abläufen wie dem Gehen oder Spielen greifen wir automatisch auf eine riesige «Bibliothek» von Bewegungsmustern zurück («implizites» Gedächtnis).

Die Begriffe «Gedächtnis» und «Vergesslichkeit» dürfen wir also ruhig etwas weiter fassen und verstehen! Nun aber zur konkreten Fragestellung «Ist meine Vergesslichkeit noch normal?».

Tabelle 1: Red flags bei subjektiven Gedächtnisstörungen.

Auch bei vollständig erhaltener Alltagskompetenz und unauffälligem kognitivem Basistest lassen sich Anhaltspunkte finden, die davor warnen sollten, eine «Subjektive Gedächtnisstörung» vorschnell als altersentsprechend einzustufen. Solche Red flags sind:

Eigenanamnese

Wurde von anderen Personen auf Gedächtnisschwierigkeiten angesprochen

Berichte über zeitliche oder örtliche Orientierungsprobleme

Fremdanamnese

Nichterinnern an kürzlich stattgefundene Unterhaltungen und Ereignisse

Unbewusstes Repetieren von Schilderungen

Orientierungsprobleme

Verwirrtheitsperiode im Rahmen einer somatischen Problematik

Verändertes Verhalten

Somatische Befunde

Kombination von positivem Palmomentarreflex und vermindertem Geruchssinn

Wie sind Äusserungen des Patienten bezüglich seiner offenbar selbst wahrgenommenen Vergesslichkeit zu bewerten?

Meist berichten die beunruhigten Patienten von Wortfindungsschwierigkeiten (Namen, Begriffe) sowie von kleineren «Fehlleistungen» im Alltag («stand im Keller und wusste nicht mehr, was ich da holen wollte»). Beides «Symptome», die ab dem fünften Lebensjahrzehnt merklich zunehmen und meist einem altersbedingten Rückgang der kognitiven Leistungsfähigkeiten entsprechen. Allerdings sind es halt auch Symptome, wie sie bei einer beginnenden Enzephalopathie vom Alzheimerstyp beklagt werden. Solche Angaben sollten also primär erstmal als «subjektive Gedächtnisstörungen» registriert werden, ohne bereits als «altersbedingt» oder «pathologisch» klassifiziert zu werden. Hellhörig sollten wir dort sein, wo die berichteten

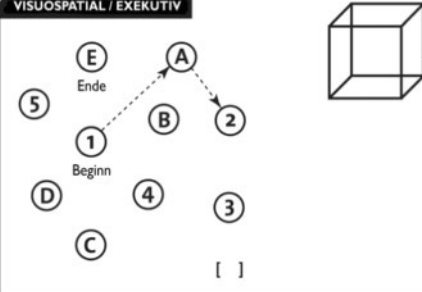
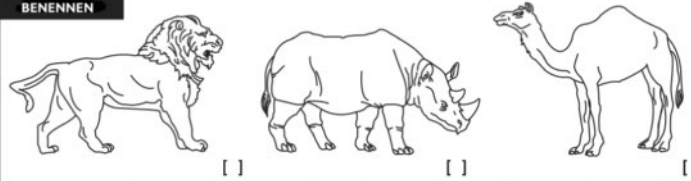
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)		NAME :	Geburtsdatum :	PUNKTE			
		Ausbildung :	DATUM :				
		Geschlecht :					
VISUOSPATIAL / EXEKUTIV  Würfel nachzeichnen Eine Uhr zeichnen (Zehn nach elf) (3 Punkte)				<input type="checkbox"/> /5 <input type="checkbox"/> /5 <input type="checkbox"/> /5			
BENENNEN 				<input type="checkbox"/> /3			
GEDÄCHTNIS Wortliste vorlesen, wiederholen lassen. 2 Durchgänge. Nach 5 Minuten überprüfen (s.u.)		GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	Keine Punkte
		1. Versuch					
		2. Versuch					
AUFMERKSAMKEIT Zahlenliste vorlesen (1 Zahl/ Sek.) In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen Rückwärts wiederholen		<input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 <input type="checkbox"/> 7 4 2				<input type="checkbox"/> /2	
Buchstabenliste vorlesen (1 Buchst./Sek.). Patient soll bei jedem Buchstaben „A“ mit der Hand klopfen. Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern		<input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB				<input type="checkbox"/> /1	
Fortlaufendes Abziehen von 7, mit 100 anfangen		<input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65					<input type="checkbox"/> /3
SPRACHE Wiederholen: „Ich weiß lediglich, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen.“ „Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn die Hunde im Zimmer waren.“		<input type="checkbox"/> /2 <input type="checkbox"/> /1					
Möglichst viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen (N ≥ 11 Wörter)		<input type="checkbox"/> (N ≥ 11 Wörter)				<input type="checkbox"/> /1	
ABSTRAKTION Gemeinsamkeit von z.B. Banane und Apfelsine = Frucht <input type="checkbox"/> Eisenbahn - Fahrrad <input type="checkbox"/> Uhr - Lineal		<input type="checkbox"/> /2					
ERINNERUNG Worte erinnern OHNE HINWEIS		GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis
Optional Hinweis zu Kategorie Mehrfachauswahl							
ORIENTIERUNG Datum <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr <input type="checkbox"/> Wochentag <input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Stadt		<input type="checkbox"/> /6					
© Z. Nasreddine MD Version 7. Nov. 2004 deutsche Übersetzung: SM Bartsch, SG Zipper www.mocatest.org		Normal 2 26 / 30 TOTAL +1 Punkt wenn ≤ 12 Jahre Ausbildung				<input type="checkbox"/> /30	

Abbildung 1: Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Unter <http://www.mocatest.org> können Testblätter sowie Anleitungen in vielen Sprachen kostenlos ausgedruckt werden. Einmalige Registrierung notwendig. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von MoCA.

Symptome besonders ausgeprägt sind und bereits entsprechende Bemerkungen von Angehörigen oder bei der Arbeit gemacht wurden (sogenannte *Red flags*, siehe Tabelle 1). Berichte über zeitliche oder örtliche Orientierungsprobleme sowie das unbemerkte Wiederholen von Sätzen oder Schilderungen sind ebenfalls als *Red flags* einzustufen. Leider werden diese Auffälligkeiten vom Betroffenen selbst aber kaum je rapportiert (u.a. aufgrund der bereits eingeschränkten Wahrnehmung).

Andererseits ist hinlänglich bekannt, dass eine depressive Grundstimmung zu einer verstärkten und verängstigenden Perzeption der altersadäquaten Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit führen kann. Bei Fehlen einer langjährigen Depressionsanamnese ist aber auch hier Vorsicht geboten, da eine beginnende demenzielle Entwicklung sehr häufig mit Inter-

essenverlust, sozialem Rückzug und Verunsicherung – also typischen Depressionssymptomen – einhergeht.

Fazit

Die Antwort, ob eine geschilderte Vergesslichkeit noch normal ist, lässt sich durch das Gespräch mit dem Patienten alleine nicht befriedigend klären. Es ergeben sich daraus lediglich Hinweise auf das Vorliegen oder Fehlen von *Red flags*, was uns zum nächsten Punkt führt.

Was helfen die in der Praxis üblichen Basistests (MMS, Uhrentest, u.a.), um einzuschätzen, ob eine subjektiv verstärkte Vergesslichkeit ohne sonstige Auffälligkeiten noch «normal» ist?

Leider wenig. Selbst wahrgenommene und in der Praxis geschilderte Gedächtnisstörungen sind, sofern überhaupt auf eine Enzephalopathie zurückzuführen, meist Ausdruck eines frühen klinischen Erkrankungsstadiums. Gerade hier wird die übliche Kombination von MMS und Uhrentest in den meisten Fällen «normal» ausfallen, da diese Basistestung bei Frühsymptomen nicht ausreichend sensitiv ist. Besonders ausgeprägt gilt dies bei jüngeren und besser ausgebildeten Personen.

Andere mit einer groben Ausbildungs- oder Alterskorrektur versehene Basistests, wie MoCA (Montreal Cognitive Assessment) oder DemTect (Demenz-Detektion), sind in diesen Situationen leider auch nur wenig vorteilhafter. Bei etwas besserer Sensitivität und ähnlichem zeitlichen Aufwand sind sie in der Praxis trotzdem zu bevorzugen (insbesondere der MoCA, siehe Abb. 1).

Fazit

Aufgrund gravierender Mängel in der Früh(!)diagnostik helfen die kognitiven Basistests bei der Frage «Ist meine Vergesslichkeit noch normal?» in der Regel nicht entscheidend weiter. Ausser die Testergebnisse fallen trotz (vermeintlichem) Frühstadium bereits pathologisch aus. Der MoCA sollte zwar durchgeführt werden, allerdings nur als grober Suchtest, ohne dabei eine «normale» Punktzahl missverständlich und vor-schnell als «gesund» zu interpretieren.

Ist ein hausärztlicher Neurostatus indiziert?

Eine kursorische neurologische Prüfung wird in der Regel unauffällig ausfallen. Interessanterweise finden sich bei enzephalopathischer Ursache der Vergesslichkeit trotzdem nicht selten diskrete somatische Befunde. Diese müssen allerdings gezielt gesucht werden. So haben eigene Untersuchungen [1] gezeigt, dass die Kombination eines positiven Palmomentalreflexes

[2] mit einem pathologischen Geruchssinn [3] als *Red flag* eingestuft werden muss, auch wenn der kognitive Basistest noch normal ausfällt. Da diese Zusatzuntersuchung nur 2–3 Minuten in Anspruch nimmt, kann sie die hausärztliche Basisabklärung durchaus ergänzen.

Hilft die Befragung von Partnern oder anderen engen Vertrauten?

Die Fremdanamnese hat in der Demenzdiagnostik einen ausgesprochen hohen Stellenwert. Dies gilt insbesondere für die Zeit der ersten Symptome. Partner haben häufig ein bemerkenswertes Sensorium für Veränderungen, die nicht altersentsprechend sind. Dabei sind es nicht selten diskrete Veränderungen des Verhaltens, wovon, abgesehen von den mnestischen Auffälligkeiten, berichtet wird. Eine Fremdanamnese sollte also angestrebt werden, allerdings muss das im Einverständnis mit dem Patienten erfolgen, was bei weitem nicht immer der Fall ist.

Fazit

Falls die Fremdanamnese die subjektiven Gedächtnisstörungen des Patienten bestätigt und allenfalls zusätzliche Auffälligkeiten ergibt, ist dies als *Red flag* zu bewerten. In diesen Fällen kann bei Abklärungswunsch eine Basistestung in der Praxis auch mal übersprungen werden, da hier nur eine differenzierte alters- und ausbildungskorrigierte Testung eine zuverlässige Einschätzung ermöglicht.

Soll man in dieser Situation mit nur diskreten und fraglich pathologischen Symptomen überhaupt schon eine Klärung (z.B. an einer Memory Clinic) anstreben?

Die Überlegung, dass eine Diagnosestellung in einem klinischen Frühstadium keinen Sinn macht, da für diese Phase (ausserhalb von Studien) keine medikamentöse Therapieoption besteht, ist vertretbar und in vielen Fällen sogar angezeigt. Bei Patienten allerdings,

die sich besorgt zeigen und möglicherweise auch ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen (z.B. Elternteil mit früher Demenz, *Red Flags*), sollte man aber genauer abwägen, ob eine frühe Testung nicht doch der richtige Schritt wäre. Gilt diese Zeit doch als Phase der erhöhten Empfindlichkeit, der Verunsicherung und der familiären Auseinandersetzungen. Unabhängig davon, ob die Testung in der Folge normal oder pathologisch ausfällt, kann eine «Objektivierung» der Symptome zur Beruhigung der persönlichen und familiären Situation beitragen. Aber auch im weiteren Verlauf auftretende Probleme können dann besser verstanden und diesbezügliche Abklärungen eventuell unnötig werden (so z.B. bei Panik- und Verwirrtheitsepisoden, unklaren Thorax- und Abdominalschmerzen, Gewichtsverlust oder Stürzen).

Schlussfolgerungen für die Praxis

Die Frage «Ist meine Vergesslichkeit noch normal?» wird in der Praxis auch von Patienten mit gut erhaltener Alltagskompetenz gestellt. Eine seriöse Antwort ist schwierig. Der Mini Mental-Status (MMS) ist für diese Situation nicht geeignet. Auch der sensitivere und grundsätzlich vorzuziehende Montreal Cognitive Assessment-Test (MoCA) kann häufig keine verlässliche Antwort liefern (falsch negativ). Nur Testungen, die sehr differenziert bezüglich Alter und Ausbildung gewichten, sind schlüssig. Eine solche ist bei «bloßer Vergesslichkeit» meist nicht notwendig, muss bei Erfassen von *Red flags* aber ernsthaft erwogen werden. Nach *Red flags* sollte in der hausärztlichen Praxis gezielt gesucht werden.

Literatur/Erläuterungen

- 1 Detecting dementia in patients with normal neuropsychological screening by Short Smell Test and Palmo-Mental Reflex Test: an observational study. S. Streit, A. Limacher, A. Zeller, M. Bürge. BMC Geriatrics (2015).
- 2 Die Durchführung der Untersuchung finden Sie auf unserem YouTube-Video: how to test palmomental reflex (PMR).
- 3 Für diesen Zweck sehr simplifizierte Testung des Geruchsinns mittels Kaffeepulver: Das Pulver dem Patienten unter die Nase halten. Muss von ihm blind erkannt und spontan als «Kaffee» genannt werden. Als alleiniger Befund (also ohne zusätzlich positiven PMR) nicht zu verwerten, da zu unspezifisch.

Korrespondenz:
Dr. med. Markus Bürge
Chefarzt / Co-Klinikleiter
BESAS
Berner Spitalzentrum für
Altersmedizin
Siloah AG
Worbstrasse 316
CH-3073 Gümligen / Bern
markus.buerge[at]siloah.ch