

Diagnostik der Demenz in der Hausarztmedizin: Barrieren und deren mögliche Überwindung

Diagnosis of Dementia in Primary Care: Chances to Remove Barriers

Eva Mann¹

Zusammenfassung: Die zeitgerechte Diagnose der Demenz stellt für den Hausarzt oft eine heikle und schwierige Herausforderung dar. Wesentliche Ursachen dafür sind diagnostische Unsicherheiten zu Beginn der Erkrankung, das Fehlen von effektiven Behandlungsmethoden, affektive Faktoren wie Scham und Hilflosigkeit sowie Barrieren, die sich aus der Logistik der Praxisstruktur ergeben. Von einer zeitgerechten Diagnostik profitieren nicht nur der Erkrankte und dessen Angehörige, sondern auch der Hausarzt, da sie diesem ermöglicht, dem Patienten unnötige Abklärungen und Krankenhausaufenthalte zu ersparen und sich frühzeitig auf die komplexen Aufgaben der Betreuung zu konzentrieren: Initiierung von psychosozialer Unterstützung, Management der Begleitkrankheiten, adäquate Begleitmedikation und ethisch-rechtliche Beratung. Nützliche Strategien für die Diagnostik und kompetente Betreuung können eine breite Implementierung der DEGAM-Leitlinien „Demenz“, eine stärkere Einbindung des Praxisteam und die Implementierung von erfolgreichen Modellen der integrierten Versorgung in die Regelversorgung sein.

Schlüsselwörter: Hausarztpraxis, Demenz, Diagnose, Früherkennung

Summary: Timely diagnoses of dementia in the primary care setting seems to present major problems. Main obstacles are physicians' concerns about inadequate training, diagnostic uncertainties notably in the initial stage, lack of effective medical treatment, perception of shame and helplessness, barriers due to the specific structure of family practice, and lacking reimbursement. The benefit of timely diagnosis is evident not only for the patient and his relatives but also for the caring physician. It enables early focussing on initiation of psychosocial support, management of comorbid conditions and symptomatic pharmacological treatment as well as avoiding ineffective diagnostic procedures and hospital admissions. Potential strategies to overcome diagnostic and management barriers can be broad implementation of the DEGAM-Guidelines on Dementia, advanced training not only for physicians but also for all staff members, implementation of successful models of integrated care into standard care and recognition as well as declaration of all benefits of timely dementia diagnosis in the primary care setting by health care policy.

Keywords: primary care, dementia, diagnosis, early detection

Einleitung

In Deutschland leiden derzeit etwa 1,1 Millionen Personen an einer demenziellen Erkrankung, in Österreich wird die Zahl auf etwa 120.000 und in der Schweiz auf 90.000 Personen geschätzt [1, 2, 3].

Aufgrund der zu erwartenden demografischen Entwicklung ist anzunehmen, dass die Anforderungen an Diagnostik, Therapie und psychosoziale Be-

treuung Demenzkranker und ihrer Angehörigen eine der größten hausärztlichen Herausforderungen der Zukunft sein werden. Der Hausarzt ist als erster Ansprechpartner im Gesundheitssystem und als Vertrauensperson, der eine meist jahrelange Beziehung zu seinen Patienten aufgebaut hat, in einer idealen Position, die Primärdiagnostik bei Verdacht auf Demenz durchzuführen. Gleichzeitig birgt aber gerade diese Nähe zum Patienten das Risiko in sich, Beobach-

tungs- und Beurteilungsfehlern zu unterliegen.

Wie in Österreich vermutet und in der Schweiz durch Longchamp 2004 nachgewiesen, bleibt ein Drittel der demenzkranken Personen unerfasst, bei einem weiteren Drittel besteht lediglich der Verdacht auf Demenz und nur bei einem Drittel wird die Diagnose Demenz gestellt [4].

Eine Untersuchung in Österreich zeigte, dass Hausärzte im Rahmen der

¹ Allgemeinpraxis und Institut für Versorgungsforschung, Rankweil
Peer reviewed article eingereicht: 08.05.2010; akzeptiert: 22.09.2010
DOI 10.3238/zfa.2010.0420

Durchführung eines geriatrischen Assessments nur bei 18 % zuhause lebender, über 70 Jahre alter Personen selbst bei begründetem Verdacht auf eine kognitive Einschränkung (pathologische Testresultate in MMSE und / oder Uhrentest) eine weitere Abklärung veranlassen [5]. Bei der Durchführung desselben Assessments in Deutschland initiierten Hausärzte Interventionen ausnahmslos bei somatischen Problemen trotz hoher Prävalenz kognitiver Einschränkungen [6].

Der Vorwurf der mangelnden Beachtung der Erkrankung Demenz durch Hausärzte erscheint demnach gerechtfertigt. Die Diagnose „Demenz“ ist keine Bring-, sondern eine Holdiagnose. Nur selten berichten Patienten von sich aus über Gedächtnisstörungen oder damit assoziierte Probleme der Alltagsbewältigung. Vielmehr sind es Angehörige, die über Gedächtnisstörungen oder Verhaltensstörungen der Patienten berichten – manchmal gegen den Willen des Betroffenen. Allerdings können dem Arzt selbst hinweisende Veränderungen auffallen wie Unverlässlichkeit im Einhalten von Terminen, wiederholte Fragen desselben Inhalts oder Schwierigkeiten, sich in den räumlichen Gegebenheiten der Praxis zurechtzufinden. Was sind die Gründe für eine kritische Haltung von Hausärzten gegenüber einer Demenzdiagnostik?

Definition der „zeitgerechten“ Diagnostik

Da es keine Evidenz für einen patientenbezogenen Nutzen einer Diagnostik der Demenz in der präklinischen Phase gibt, wird zunehmend häufiger der Begriff einer „zeitgerechten“ Diagnose dem einer „frühen“ Diagnose vorgezogen.

Eine europäische multinationale Arbeitsgruppe (8 Länder innerhalb der EU) befasste sich 2007 mit der Frage der Definition des Begriffes „zeitgerecht“. Sie kam zum Schluss, dass „zeitgerecht“ bedeute, eine diagnostische Abklärung dann zu initiieren, wenn der Patient und / oder der Angehörige gemeinsam mit dem Allgemeinarzt zum Schluss kommt, dass die Symptomatik, meist Gedächtnisstörungen, Verhaltensstörungen oder Funktionsdefizite, mit einer Demenz vereinbar [7] wäre. Sowohl Experten als auch Patientenvertreter

fordern die „zeitgerechte“ Diagnose aus ethischen Gründen, da nur in der frühen Phase der Demenz eine Partizipation des Patienten an Entscheidungsprozessen gewährleistet ist. Aus wissenschaftlicher Sicht fehlen allerdings Studien, die den Benefit dieser ethischen Forderungen für den Patienten belegen. Sowohl Smith im Jahr 2001 und Connell im Jahr 2004 konnten zeigen, dass die Diagnostik und Mitteilung der Diagnose von den Patienten selbst überwiegend befürwortet wird [8, 9]. Eine Mehrzahl von Studien zeigt, dass pflegende Angehörige die Diagnostik der Demenz und die Mitteilung der Diagnose wünschen [10, 11]. Eine im August 2010 im BMJ erschienene qualitative Studie bestätigte die Notwendigkeit einer zeitgerechten Diagnosestellung als Eintrittspforte für Unterstützung und Beratung [12].

Barrieren für die hausärztliche Abklärung der Demenz

1. Kompetenz des Hausarztes

Über die tatsächlichen Kenntnisse und Einstellungen des Hausarztes zur Diagnostik der Demenz gibt es zahlreiche Untersuchungen mit unterschiedlichen Studienresultaten. 52 % der von Renshaw in London befragten Hausärzte beklagten ein unzureichendes Wissen über das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Demenz [13]. Ein Drittel der von Turner 2004 befragten Hausärzte hatte wenig Vertrauen in die eigene diagnostische Kompetenz, und zwei Drittel hatten wenig Vertrauen in ihre Fähigkeiten zum Management der Erkrankung. In einer Befragung von Hausärzten in Deutschland durch Kaduszkiewicz 2008 gaben 40 % eine positive Haltung zur Diagnostik der Demenz an, 15 % eine eindeutig negative und 40 % waren unentschieden [14].

Eine rezente Publikation von Pentzek und Mitarbeitern zeigte überdies, dass die klinische Einschätzung der Hausärzte bezüglich einer Demenz nur eine geringe Sensitivität, wenngleich eine hohe Spezifität zeigt. Ungefähr die Hälfte der Patienten mit beginnender Demenz wird durch Hausärzte klinisch fälschlicherweise als negativ / unauffällig klassifiziert. Diese Fehleinschätzung tritt besonders häufig dann auf, wenn

Patienten allein leben. Im Gegensatz dazu geben eine Einschränkung des Patienten in Mobilität und Hörfähigkeit sowie subjektive Klagen über Gedächtnisstörungen häufig Anlass zu einer falsch positiven Diagnose einer Demenz [15].

2. Unsicherheiten der Frühdiagnostik

Der Prozess der Diagnostik der Demenz ist im Wesentlichen ein hypothetisch-deduktiver. Eine frühe Erkennung kann schwierig sein wegen des oft schleichen und variablen Beginns, zusätzlich geprägt durch die Persönlichkeit des Erkrankten, und wegen des Fehlens einer klaren Abgrenzbarkeit zwischen Gesundheit und Krankheit. Trotz leitliniengerechter Abklärung primär durch den Hausarzt und sekundär durch den Facharzt bleibt die Diagnose einer Demenz bei ca. 10 % aller Patienten trotz Auffälligkeiten in der Alltagsbewältigung oft bis zu mehreren Jahren ungewiss. In solchen Situationen ist die Diagnose Demenz als „möglich“ oder „wahrscheinlich“ zu bezeichnen. Der Hausarzt sieht sich in solchen Situationen mit der Frage konfrontiert, ob nicht die Kommunikation eines Verdachtes für den betroffenen Patienten unnötige Angst und Beunruhigung auslöst und somit mehr Schaden als Nutzen bringt [16, 17].

3. Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung

Die Charakteristika der Hausarzt-Patienten-Beziehung können auch Nachteile für die Diagnostik und Kommunikation der Diagnose Demenz mit sich bringen. Die empathische Grundhaltung kann eine Barriere beim Ansprechen auf mögliche kognitive Defizite und deren weiteren Abklärung sein. In einer holländischen quantitativen Analyse im Jahr 2000 bezeichneten 28 Hausärzte die Scham des Hausarztes als wichtiges Hindernis, den Patienten auf kognitive Defizite zu testen und das Wort „Demenz“ in den Mund zu nehmen [18]. Die große Bedeutung von affektiven Faktoren wie Scham, Erleben der eigenen Hilflosigkeit und Frustration für die hausärztliche Einstellung zur Demenz wurde 2005 mittels qualitativer Untersuchungsmethoden durch Pentzek bestätigt [19].

Weitere Schwierigkeiten können sich durch eine ablehnende Haltung des Patienten ergeben. Die Gründe hierfür sind mannigfaltig und wesentlich durch die Tabuisierung der Erkrankung Demenz in unserer Gesellschaft bedingt. Ähnlich wie in der Pädiatrie erlebt sich der Arzt in einer Behandlungs-Triade und damit emotional in einem Spannungsfeld zwischen den Wünschen und Erwartungen des Patienten einerseits und seiner pflegenden Angehörigen andererseits.

4. Kommunikation der Diagnose bei begrenzten Behandlungsmöglichkeiten

Wäre die Demenz eine gut behandelbare oder heilbare Erkrankung, so gäbe es mit Sicherheit weniger Hindernisse bei der Diagnostik der Demenz. In einer Untersuchung, die in 8 europäischen Ländern durchgeführt wurde, konnte Vernooij-Dassen im Jahr 2005 zeigen, dass das Gefühl der Hausärzte, dem Patienten therapeutisch „nichts oder nur wenig“ anbieten zu können, neben der Stigmatisierung der Demenz, der wichtigste Grund für die zögerliche Haltung bei Abklärung und Diagnostik war [20].

Ausdruck des medikamentösen Behandlungsnotstandes sind die anhaltenden kontroversiellen Diskussionen über die Wirksamkeit von Antidementiva. Bereits 2005 hielten Kaduskiewicz und Mitarbeiter fest, dass eine Empfehlung für die Verschreibung von Cholinesterase-Inhibitoren nicht evidenzbasiert sei, dass der in verschiedenen und uneinheitlich verwendeten Beurteilungsskalen gemessene Benefit minimal und die methodische Qualität der zugrunde liegenden Studien gering sei [21]. Cochrane Reviews (2006 und 2009) kommen zu ähnlichen Ergebnissen [22].

Zudem weisen rezente Studien aus den letzten beiden Jahren auf potenziell bedrohliche Nebenwirkungen der Cholinesterase-Inhibitoren hin. So konnte Gill zeigen, dass mit Cholinesterase-Inhibitoren behandelte Patienten im Vergleich zu nicht damit behandelten ein signifikant erhöhtes Risiko für Synkopen, Bradykardien, Schrittmacher-Implantationen und Stürze hatten [23]. Park-Wyllie wies nach, dass diese Personengruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe auch ein mehr als doppelt so ho-

hes Risiko für Spitaleinweisungen wegen Bradykardien zeigte [24].

Die mangelnde medikamentöse Behandelbarkeit der Demenz ist eine Hauptursache der kritischen Einstellung von Hausärzten in Bezug auf die Diagnostik. Die enorme Herausforderung für Allgemeinärzte, Patienten mit Demenz und deren Angehörige über einen Zeitraum von ungefähr 10 Jahren nicht ursächlich effektiv behandeln und somit „nur begleiten“ zu können, stellt höchste Ansprüche an deren psychosoziale Kompetenz.

5. Praxisstruktur

Durch die vorgegebene Struktur einer Allgemeinpraxis mit zeitlicher Beschränkung in der normalen Sprechstunde stellen die primärdiagnostischen Abklärungsschritte inklusive Aufklärungsgespräch eine organisatorisch komplexe, zeit- und personalintensive Herausforderung dar.

Welche Unterstützung brauchen Hausärzte?

1. Implementierung der Leitlinie Demenz

In der Befragung von Kaduskiewicz gaben 56 % der Hausärzte an, dass Leitlinien für Diagnostik und Therapie der Demenz hilfreich wären [8]. Diesen Wünschen wurde in Deutschland Rechnung getragen und 2008 wurden von Vollmar und Mitarbeiter neue DEGAM-Leitlinien zum Thema Demenz, Diagnostik, Versorgung und Therapie publiziert [23]. Diese wissenschaftlich begründeten Leitlinien können nicht nur in Deutschland, sondern ebenso in Österreich zum Fundament der Diagnostik und Betreuung von Patienten mit einer demenziellen Erkrankung werden. Eine von Österreich und Deutschland gemeinsam getragene Anstrengung für eine breite Implementierung der Leitlinien kann diesen in beiden Ländern zu einer besseren Wirksamkeit verhelfen.

Eine zukünftige Aufgabe wird es sein, einerseits den Nutzen der Leitlinie für den Patienten und seine Angehörigen und andererseits für den Hausarzt und den Arbeitsablauf in der Praxis zu evaluieren.

2. Potenzial Praxisteam

Zur Bewältigung komplexer Aufgaben kann ähnlich wie bei der Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus die „Team-Struktur“ einer Hausarztpraxis sinnvoll genutzt werden. Überlegungen zu Fragen, welche koordinierenden und delegationsfähigen Leistungen zur Unterstützung des Hausarztes unter dessen Aufsicht von gut ausgebildeten Mitarbeitern im Praxisteam übernommen werden können, wurde bereits 2008 von der hessischen Ärztekammer zusammen mit Vertretern des Deutschen Hausärzterverbandes publiziert [24]. Die dafür nötige Qualifikation kann von Arztassistentinnen in Deutschland durch die Absolvierung eines 60-stündigen zertifizierten Ausbildungscurriculums erworben werden.

Erfahrungen in meiner eigenen Praxis zeigen, dass die Motivation der Praxisassistentinnen zu einer solcherart erweiterten Handlungskompetenz groß ist, und dass diese nicht nur zu meiner Entlastung führt, sondern auch die Teambildung positiv unterstützt und von Patienten und deren Angehörigen geschätzt wird.

3. Integrierte Versorgung

Sektoriale Trennungen, wie sie derzeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen bestehen, sind von allen gesundheitspolitisch Verantwortlichen als Hindernis zur Qualitätssteigerung identifiziert worden. Ein Rahmenkonzept zur integrierten Versorgung wurde 2006 von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften – unter anderem mit dem Deutschen Hausärzte Verband – publiziert. Mehrere Modelle der integrierten Versorgung sind derzeit in Deutschland in Erprobung. Beispielhaft soll die „Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin“ (IDA), genannt werden, die zwischen 2005 und 2009 durchgeführt wurde und den Hausarzt als zentrale Drehscheibe erkennt. Die Herausforderung der Zukunft wird darin liegen, Modelle, die sich in der Projektphase als erfolgreich erwiesen, weiter zu verbessern und auch tatsächlich dann auch – trotz vorübergehend höherer Kosten – in die Regelversorgung zu integrieren.

Eva Mann ...

... Ärztin für Allgemeinmedizin in eigener Praxis, Medizinstudium an der Universität Innsbruck, Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin in Vorarlberg, Geriatriediplom der österreichischen Ärztekammer, Postgraduierenausbildung an der Europäischen Akademie für Alternsmedizin in Sion, Lehrtätigkeit im Rahmen des österreichischen Geriatrielehrganges, Forschungsschwerpunkte Pflegeheimmedizin und Geriatrie in der Allgemeinpraxis, Vorstandsmitglied der österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie und der Vorarlberger Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Zusammenfassung

In Anbetracht der demografischen Entwicklung ist die Betreuung von Demenzkranken und deren Angehörigen eine der größten zukünftigen Herausforderungen für Hausärzte. Ein Defizit in zeitgerechter Diagnostik besteht in allen westlichen Ländern. Die Gründe dafür sind multifaktoriell. Wichtige Barrieren sind neben der fachlichen Qualifikation vor allem affektive Faktoren wie Scham bei Hausarzt und Patient aufgrund der emotionalen Nähe nach meist langjähriger Arzt-Patienten-Beziehung sowie die häufig anfangs bestehende diagnostische Unsicherheit bei gleichzeitigem Wissen um fehlende effektive medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten.

Der Wert einer zeitgerechten Diagnose der Demenz bleibt dennoch unbestritten: Sie ermöglicht dem Patienten eine Partizipation in der Gestaltung seiner Zukunft, besonders in Hinblick auf seine Betreuungssituation. Sie ermöglicht seinen Angehörigen das Zusammenleben mit Hilfe geeigneter Coping-Strategien zu verbessern. Der Hausarzt kann sich frühzeitig auf die demenzspezifischen komplexen Aufgaben konzentrieren: Initiierung von psychosozialer Betreuung, Behandlung der Begleiterkrankungen und symptomatische pharmakologische Behandlung.

Gesundheitspolitische Anreizsysteme, die den Wert einer zeitgerechten Diagnostik durch den Hausarzt erkennen lassen, sollten daher im Sinne der an De-

menz Erkrankten und deren Angehörigen gefördert werden. Hilfreich für die Zukunft kann es sein, durch eine konzentrierte Anstrengung aller deutschsprachigen Länder den DEGAM-Leitlinien zur breiten Wirksamkeit zu verhelfen. Außerdem sollte nicht nur die Fortbildung der Ärzte in diesem Bereich intensiviert werden, sondern, ähnlich wie bei der Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus, wäre es vorteilhaft, das gesamte Praxisteam nach adäquater Schulung in die Betreuung einzubinden. Diese Maßnahmen können die Kompetenz der Hausarztpraxis in der evidenzbasierten Diagnostik und Betreuung der Patienten mit Demenz und ihrer Angehörigen wesentlich erweitern.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Eva Mann
Allgemeinpraxis und Institut für Versorgungsforschung
Habsburgerstr. 1
6830 Rankweil, Österreich
E-Mail: evamann@vol.at

Literatur

1. Weyerer S, Bickel H. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. *Grundriss Gerontologie* 2007; Bd. 14
2. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Internationales Jahr der älteren Menschen. *Gesund leben – Gesund altern*, 2007
3. Schweizerische Alzheimervereinigung. Prävalenz der Demenz basierend auf „Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende 2004“, Bundesamt für Statistik, 2006
4. Longchamp C, Aebersold M, Ratelvand-Pally S, Rousselot B. Verbreitung und Versorgung Demenzkranker in der Schweiz, Kurzbericht für die Schweizerische Alzheimervereinigung, Yverdon-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung, 2004
5. Eichler K, Skrabal C, Steurer J, Mann E. Preventive health risk appraisal for older people and impact on GP's patient management: a prospective study. *Family Practice* 2007; 24 (6): 604–609
6. Junius U, Schultz C, Fischer A, Breull A, Langner D. Das europäische geriatrische Assessment im Praxistest: Ergebnisse aus der deutschen Machbarkeitsstudie. *Z Allg Med* 2003; 79: 620–623
7. De Lepelair J, Wind AW, Illife S, Moniz-Cook ED, Wilcock J, Gonzalez VM, Derksen E, Gianelle MV, Vernooij-Dassen M and the Interdem Group. The primary care diagnosis of dementia in Europe: An analysis using multidisciplinary, multinational expert groups. *Ageing & Mental Health* 2008; 12: 5568–5576
8. Connell CM, Boise L, Stuckey JC et al. Attitudes toward the diagnosis and disclosure of dementia among family caregivers and primary care physicians. *Gerontologist* 2004; 44: 500–507
9. Smith AP, Beattie LB. Disclosing a diagnosis of Alzheimer's disease: Patient and family experiences. *Can J Neurol Sci* 2001; 28: 67–71
10. Dersen E, Vernooij-Dassen M, Gillissen F, Olde Rikkert M, Scheltens P. Impact of diagnostic disclosure in dementia in patients and carers: qualitative case series analysis. *Ageing Ment Health* 2006; 10: 525–531
11. Pinner G, Bouman WP. Attitudes of patients with mind dementia and their carers towards disclosure of the diagnosis. *Int Psychogeriatr* 2003; 15 (3): 279–288
12. Livingston G, Leavey G, Manela M, Livingston D, Rait G, Sampson E, Shahriyarmolki K, Cooper C. Making decisions for people with dementia who lack capacity: qualitative study of family carers in UK. *BMJ* 2010, 18; 341: c4184
13. Renshaw J, Scurfield P, Cloke L, Orrell M. General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 37–38
14. Turner S, Illife S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, Keady J, O'Carroll. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age and Ageing* 2004; 33: 461–467
15. Kaduszkiewicz H, Wiese B, van den Busche H. Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: Results of a postal survey. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 54

16. Pentzek M, Wollny A, Wiese B, Jessen F, Haller F, Maier W, Riedel-Heller S, Angermeyer MC, Bickel H, Mösch E, Weyerer S, Werle J, Bachmann C, Zimmermann T, van den Busche H, Abholu HH, Fuchs A, for the AgeCoDe Study Group. Apart from nihilism and stigma: what influences general practitioners' accuracy in identifying incident dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17 (11): 965–975
17. Van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient Educ Couns* 2000; 39 (2–3): 219–225
18. Iliffe S, Manthorpe J, Alison E. Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study. *Family Practice* 2003; 20 (4): 376–381
19. Pentzek M, Fuchs A, Abholz HH. Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen. Kognitive, affektive und externe Komponenten. *Nervenheilkunde* 2005; 24: 499–506
20. Vernooij-Dassen MJ, Moniz-Cook ED, Woods RT, De Lepelair J, Leuschner A, Zanetti O, de Rotrou J, Kenny G, Franco M, Peters V, Iliffe S. Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20 (4): 377–384
21. Kadaszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt HP, van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005; 331: 321–327
22. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; Issue 1, Art. No.: CD005593. DOI: 10.1002/14651858.CD005593
23. Gill S, Anderson GM, Fischer HD, Bell CM, Li P, Normand SL, Rochon PA. Syncope and its consequences in patients with dementia receiving cholinesterase inhibitors: a population-based cohort study. *Arch Intern Med* 2009; 169 (9): 867–873
24. Park-Wyllie LY, Mamdani MM, Ping L, Gill SS, Laupacis A, Juurling DN. Cholinesterase inhibitors and hospitalization for bradycardia: a population-based study. *PloS Med* 2009; 6 (9): e1000157
25. Vollmar HC, Mand P, Butzlaff ME, Wilm S. DEGAM-Leitlinie Demenz. *CME* 2008; 84: 297–311
26. Leimbeck M. Fortbildungscurriculum für Arzthelferinnen / Medizinische Fachangestellte „Ambulante Versorgung älterer Menschen“. Bundesärztekammer, Berlin, 2007