

# Demenz in der Hausarztpraxis

Hausarzt ist oft erster Ansprechpartner

von Dr. Hendrik Oen, Münster

**M**eine Mutter/mein Vater macht mir zunehmend Sorgen.“ So oder ähnlich beginnen häufig Gespräche mit Angehörigen, die das Thema „nachlassende Hirnleistung eines Angehörigen“ als Anlass zum Besuch der Sprechstunde nutzen. „Der/die sieht das nicht so, aber es fällt allen auf“, „den/die bekomme ich nicht zum Arzt“ umreißt den nächsten häufigen Problemkomplex.

Es sind die Angehörigen, Kinder oder Partner, die Handlungsbedarf sehen und als ersten Ansprechpartner den Hausarzt suchen. Sie erkennen die Fremd- und eigenanamnestisch wichtigen frühen Symptome wie Verhaltens- oder Persönlichkeitsveränderungen, Medikamenten- und Alkoholkonsum, das Vergessen von Namen, Verlegen von alltäglichen Dingen (Autoschlüssel etc.) oder depressive Beschwerden wie Rückzugstendenzen und Interessenverlust.

## Scheu vor der Diagnose

In dieser frühen Phase der Erkrankung ist es oft schwierig, den Patienten zu einem Besuch beim Hausarzt zu ermuntern. Die benannten Symptome sind ihm selbst bereits deutlich aufgefallen, er scheut die Diagnosenstellung aus Angst oder wegen mangelnder Aufklärung. Im Patientendenken endet jede leichte Demenz in einer schweren, was klinisch jedoch gar nicht zwingend ist. Weitere Sorgen aus Sicht des Betroffenen können z. B. sein

- Bin ich dann verrückt?
- Wie lange bin ich noch normal?
- Darf ich noch Auto fahren?
- Werde ich eingesperrt?
- Kann ich noch selbst verfügen (Geld etc.)?

Patienten, die den Weg zum Hausarzt finden, sind dann eine diagnostische Herausforderung. Die verschiedenen Testungen im Rahmen des Basis-Gedächtnistests

- DEMTEC
- Uhrzeit-Zeichnen-Test
- Mini Mental
- etc.

verschaffen einen Überblick und eine Gesprächsbasis. Die Einschätzung des betreuenden Hausarztes in Kenntnis des Patienten und des Umfeldes bieten allerdings mehr diagnostische Sicherheit als Testergebnisse.

In der frühen Phase der Diagnosenstellung der Erkrankung ist wesentlicher Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit die initiale Abklärung des abwendbar gefährlichen Verlaufs:

- reversible Demenzursachen
  - Medikamentenstörwirkungen/Intoxikationen
  - Stoffwechselprobleme (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Elektrolytstörungen, Vitaminmangel, Nieren-Lebererkrankungen)
  - Herzrhythmusstörungen/Herzinsuffizienz
  - Anämie, entzündliche Erkrankungen
  - Ernährungsprobleme (Mangelernährung, Exsikkose)
  - Entzugssymptome
  - Apoplex, Normaldruckhydrocephalus
- Achten auf erhöhte Unfall- und Verletzungsgefahr

Hier ist eine differenzierte Anamnese in Bezug auf Medikamente und deren Störwirkungen sowie die allgemeinen Lebensgewohnheiten unabdingbar. Eine klinische Untersuchung (insbesondere auch auf neurologische Defizite, Schwerhörigkeit und Ernährungsstatus) und laborchemische Basisabklärung sollten folgen (Diff-BB, Na, K, Ca, Krea, Harnstoff, Blutzucker [ggf. HBA1c], GGT, GPT, TSH, CRP,

Vitamin B12 und Folsäure [entsprechend DEGAM-Leitlinie Demenz]). Dieser folgen bei Bedarf/Auffälligkeit weitere diagnostische Maßnahmen (ggf. auch bildgebende Verfahren) zur Abklärung einer organischen Genese.

Ein auffälliges Ergebnis in einer der Testungen oder die Einschätzung des Hausarztes, einen auffälligen Patienten vor sich zu haben, sollte zu einer spezialisierten Testung und Untersuchung des Patienten Anlass geben. Hier bieten die niedergelassenen Psychiater sowie die Memory-Clinic/Gedächtnisambulanzen ein gutes Angebot. Die spezialisierten Testungen sind im Weiteren dann auch wesentlicher Bestandteil der Verlaufsbeobachtungen. Therapeutische Bemühungen und der Einsatz medikamentöser Verfahren werden hier abgebildet und bewertet.

## Integration im Lebensumfeld

Die Verbesserung von Testergebnissen kann jedoch nicht das alleinige Ziel sein. Der Hausarzt möchte letztlich den Patienten in seinem Lebensumfeld besser integriert sehen. Eine Verbesserung der Symptomatik, ein Verlangsamen oder Stoppen des Krankheitsprogresses mit Erhalt der Selbstständigkeit und Verbleiben in vertrauter Umgebung, in Pflegeheimen dann auch Tätigkeiten wie Essen und Trinken, Aufräumen und weniger Verlegen von Alltagsgegenständen sind wichtigere Marker als ein Punktwert in einem Test, auch wenn sie sehr subjektiv gefärbt sind.

Nach Konsultation eines Facharztes/Zentrums und Sicherung der Diagnose beginnt in der Regel gemeinsam mit dem Hausarzt die stadiengerechte Begleitung des Patienten und der Angehörigen. Hierzu gehört die

- medikamentöse antidementive Therapie, die meist vom Facharzt/Zentrum betreut wird. Zugelassen und erstattungsfähig sind: Donepezil, Galantamin, Rivastigmin, Memantin. **CAVE:** Bei schwerer Form ist nur Memantin zugelassen, sonstige Therapie ist Off-Label-Use!
- hausärztliche Basistherapie – Überwachung und Therapie der Komorbiditäten,

## Stichwort: Demenz

Serie im Westfälischen Ärzteblatt

Kontrolle von Medikamentenstörwirkungen

Hierzu gehören auch

- unterstützende Maßnahmen für Patienten
  - aktivierende Betreuung
  - Körperliches Training
  - Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht
  - Wohnen (zu Hause/im Pflegeheim)
- unterstützende Maßnahmen für Angehörige
  - Kontaktadressen Selbsthilfegruppen
  - Kontakt Pflegedienste/Pflegekurse

Besonders die Einleitung einer medikamentösen antidementiven Therapie ist sicherlich eine besondere Herausforderung, die auch hausärztlich begleitet werden muss. Immer wieder notwendige Aufklärung über zu erwartende vorübergehende Nebenwirkungen und langsame Wirkeintritte, die monatelange Geduld fordern, gehören zum Alltag. Aufklärung auch über Therapieziele wie

- eine Verbesserung der Symptomatik,
- ein Verlangsamen oder Stoppen des Krankheitsprogresses,
- Erhalt der Selbstständigkeit,
- Verbleiben in vertrauter Umgebung

als Therapieerfolg zu definieren, ist eine immer wiederkehrende Aufgabe. Auch die Therapie auf ihre Wirkung und Nebenwirkung zu hinterfragen gehört dazu.

Oft brauchen Patienten und Angehörige auch nur die Sicherheit und Möglichkeit, eine An-

laufstelle zu haben. Hier kann über das aktuelle Befinden berichtet werden und der Hausarzt soll nur Zuhörer sein, auch wenn keine besonderen Probleme bestehen. Dies bietet insbesondere Angehörigen eine Entlastung und die Bestätigung, alles richtig zu machen.

Im Rahmen der Verschlechterung der Erkrankung wird in zunehmendem Umfang eine immer engere Vernetzung auch mit Pflegediensten oder Palliativmedizin sinnvoll, im Endstadium häufig auch mit der stationären Pflege in Alten- und Pflegeheimen. Hier sieht man in hohem Maße auch nicht-kognitive Störungen wie Depressionen, Apathie/Agitiertheit, Aggression sowie wahnhaftige Elemente.

Zur Behandlung der Depressionen bieten sich SSRI (Citalopram, Sertralin) oder Moclobemid besonders an. Anticholinerge Antidepressiva sollten aufgrund von Störwirkungen mit der antidementiven Therapie gemieden werden.

Von Seiten der Neuroleptika haben sich Melperon/Pipamperon in der Therapie der Unruhezustände sowie Aggressionen bewährt. Risperidon ist ebenfalls gut wirksam und zugelassen bei psychotischem Erleben, jedoch aufgrund der kardiovaskulären Störwirkungen etwas in den Hintergrund getreten. Allgemeinmaßnahmen wie z. B. körperliche Aktivitäten „laufen lassen“ bauen ebenfalls Aggressionen ab und machen müde. Kognitive Stimulation im Rahmen von Ergotherapie ist im Heilmittelkatalog abgebildet und evidenzbasiert. Psychosoziale Therapien wie Musiktherapie, Aromatherapie und visuelle Stimulation mit Lichttherapie finden vor allem im Bereich der stationären Versorgung zunehmend statt.

## DEMENZBEAUFTRAGTE

Die Demenzbeauftragte der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Stefanie Oberfeld, steht Ärztinnen und Ärzten im Rahmen einer wöchentlichen Telefonsprechstunde als Ansprechpartnerin für Fragen und Anregungen rund um das Thema Demenz zur Verfügung. Frau Oberfeld ist jeweils mittwochs von 12 bis 13 Uhr unter Tel. 0251 5202-27610 erreichbar.

Zusammenfassend behandeln Hausärzte den größten Teil der demenzkranken Patienten. Der erwartete Anstieg der Fallzahlen beträgt 50 Prozent in den nächsten 20 Jahren und 100 Prozent in den nächsten 35 Jahren auf dann 600.000 Demenzpatienten allein in NRW. Dem steht eine begrenzte Zahl an Gerontopsychiatern/Psychiatern gegenüber, sodass die flächendeckende Versorgung demenzkranker Menschen eine hausärztliche Kernaufgabe bleiben oder werden wird. Benötigt wird eine zunehmende Intensivierung der Versorgung, die auch nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie z. B. Entlastende Versorgungsassistentinnen mit einbezieht sowie die haus- und fachärztliche Vernetzung untereinander und mit Angehörigen und Pflege zunehmend in den Fokus rückt.

## JAHRESTAGUNG DER LANDESINITIATIVE DEMENZ-SERVICE NORDRHEIN-WESTFALEN

### Teilhabe gemeinsam gestalten

Teilhabe gemeinsam gestalten: Unter diesem Motto steht die Jahrestagung 2014 der Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen, zu der die Initiative am 6. Mai ab 10.00 Uhr in die Historische Stadthalle Wuppertal einlädt.

Menschen mit Demenz leben häufig sehr zurückgezogen und haben noch zu wenige

Möglichkeiten, am öffentlichen Leben im Wohnquartier und darüber hinaus teilzunehmen, so die Landesinitiative. Deshalb mache sich eine zunehmende Zahl von Initiativen aus verschiedenen gesellschaftlichen und kulturellen Bereichen auf den Weg, Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen neue Möglichkeiten der Teilhabe zu eröffnen. Ziel der Veranstaltung ist es, Ideen,

Konzepte und praktische Erfahrungen in der gemeinsamen Gestaltung von Möglichkeiten der Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen auszutauschen und zu diskutieren. Außerdem besteht die Möglichkeiten, Praxisprojekte kennenzulernen und mit den Akteurinnen und Akteuren ins Gespräch zu kommen.

Weitere Informationen zu Tagung und Anmeldung gibt es im Internet unter [www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de).