

Alzheimer Gesellschaft
Baden-Württemberg e.V.

Die Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen durch den Hausarzt



Am 02. März 2011 war Dr. Stefan Dipper zu Gast bei unserer monatlichen Vortragsreihe „Alzheimer und andere Demenzen“ für den Großraum Stuttgart, die wir in Kooperation mit der Alzheimer- und Fachberatung Demenz der Ev. Gesellschaft Stuttgart und dem Treffpunkt Senior veranstalten.

Als Allgemeinarzt und Psychotherapeut ist Dr. Dipper gemeinsam mit seiner Frau in einer eigenen Praxis in Stuttgart-Degerloch tätig. Er hat eine umfangreiche Weiterbildung in der Altersmedizin absolviert, die immer noch erst wenige Ärzte besitzen, und setzt sich seit vielen Jahren für demenzkranke Menschen und deren Angehörige ein.

Es war ein sehr informativer Abend, da Dr. Dipper u.a. auf die Rolle des Hausarztes und die der Angehörigen einging sowie über die ersten Anzeichen einer Demenz und die darauf folgenden diagnostischen Schritte aufklärte. Abgerundet wurde der Abend durch eine Vielzahl von Fragen der Teilnehmer.

Die hausärztliche Begleitung von älteren Menschen und die damit verbundenen Herausforderungen an das ärztliche Denken

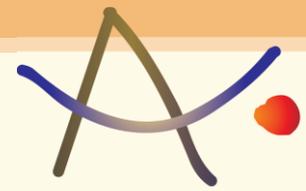
- *Welches Alters- und Altersbild trägt der Arzt in sich? Was ist für ihn ein normales, was ein krankhaftes Altern?*
- *Welches Bild vom Kranksein prägt die eigene Arbeit?* In der Ausbildung lernen die Mediziner vor allem, akute Krankheiten zu behandeln und wenn möglich zu heilen. Der Alltag eines Hausarztes besteht allerdings zu einem großen Teil in der Begleitung von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Den Umgang mit diesen Menschen haben die Ärzte nicht gelernt.

In der hausärztlichen Begleitung steht das Ziel im Vordergrund, Ressourcen zu wecken und den Blick bei sich als Arzt sowie bei den Patienten und den Angehörigen darauf zu richten, was der Patient noch kann. Die Begleitung fußt hierbei auf zwei Standbeinen: der medikamentösen Behandlung sowie den Gesprächen mit dem Patienten und dem Angehörigen.

- *Welche Vorurteile gegenüber dem Alter trägt der Arzt (un-)bewusst in sich?* Der Arzt sollte seine eigenen Stereotypen, i.S. von „das ist halt so im Alter“ immer wieder hinterfragen. Nennt der Patient Vergesslichkeiten im Alltag, gilt es von Seiten des Arztes nachzuhaken: In welchen Situationen tritt das Vergessen auf? Welche weiteren Veränderungen nehmen Sie und auch Ihr Angehöriger wahr?

Der Besuch beim Arzt – heute zu zweit!

Der Patient kommt in Begleitung des Angehörigen zur Sprechstunde – Dr. Dipper wird stutzig. Normalerweise kommen die Patienten alleine und besprechen ihre Anliegen mit ihm. Seine Erfahrung zeigt, dass bei einem Auftreten zu zweit entweder der Patient stark belastet ist und er Unterstützung braucht, über seine Beschwerden zu sprechen oder der Angehörige ist die treibende Kraft des Praxisbesuchs – i.S. von „*Ich gehe mal besser*“ -1-



mit, damit auch alles erzählt wird, was sich so im Alltag zuträgt“. Für Dr. Dipper heißt es auf jeden Fall: aufmerksam sein, irgendetwas stimmt nicht!

Der Ausgangspunkt aller Untersuchungen: Das Gespräch mit dem Patienten und ggf. mit dem begleitenden Angehörigen

Der Patient erzählt ihm, dass irgendetwas nicht stimmt. Seine Frage darf nun nicht lauten: „*Hat sich etwas verändert?*“ – sondern: „*Welche Veränderungen nehmen Sie wahr?*“, „*Wie oft treten die Veränderungen auf?*“ Ihm ist wichtig, dass der Patient und auch der Angehörige ins Erzählen kommen. Er kann sich dann durch genaues Nachfragen und dem Einbringen von Beispielen langsam an eine erste Vermutung herantasten – könnte bei der Person eine demenzielle Erkrankung vorliegen?

Warnsignale, die auf eine Demenz hinweisen können (nach Stuhlmann 2003)

1. Rückzug von gewohnten Aktivitäten und Antriebsverlust

Das Interesse an Hobbys und sozialen Kontakten geht häufig sehr früh verloren.

2. Erinnerungsprobleme im Alltagsleben

Die Kranken können sich nicht an Personen erinnern, die sie eigentlich kennen müssten. Telefonnummern fallen ihnen nicht mehr ein. Kurz zurückliegende Ereignisse sind wie ausgelöscht.

3. Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Routineaufgaben

Dazu gehören beispielsweise das Binden der Krawatte, der Schnürsenkel oder die Bedienung von Geräten im Haushalt.

4. Veränderungen der Sprache

Die Bezeichnung von ganz alltäglichen Dingen gelingt nicht mehr. Während eines Gesprächs geht plötzlich der rote Faden verloren. Der sprachliche Ausdruck und der Wortschatz verarmen. Es bestehen Wortfindungsprobleme.

5. Orientierungsproblemen (Zeit, Ort und Situation)

Häufig treten Orientierungsprobleme zuerst an fremden Orten auf, später auch Verlaufen in vertrauter Umgebung. Die Kranken wissen dann nicht, wie sie dort hingekommen sind, sie können sich nicht erinnern, welchen Tag oder welches Jahr wir haben.

6. Problemen in der Beurteilung von Situationen

Gefahren im Straßenverkehr werden nicht erkannt oder falsch beurteilt. Verleugnung von Einbußen oder Verlagerung der Verantwortung auf andere Personen.

7. Problemen beim abstrakten rationalen Denken

Das Verständnis für Wert und Bedeutung von Geld geht verloren. Es gelingt nicht mehr, die Uhrzeit zu erkennen. Vorausschauendes und planendes Handeln sind erschwert.

8. Auffällige Zerstretheit

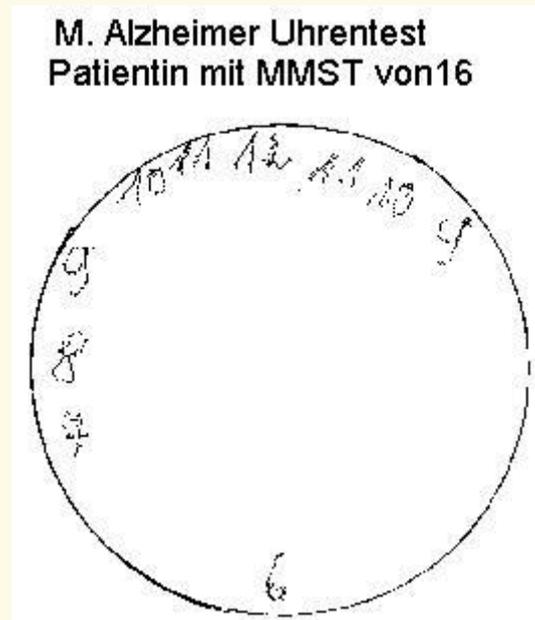
Dinge werden an ungewöhnliche Orte verlegt – die Armbanduhr in den Kühlschrank, die Schuhe in den Wohnzimmerschrank. Glauben sich dann gelegentlich bestohlen.

9. Stimmungs- und Verhaltensschwankungen

Oft treten scheinbar grundlose Stimmungsänderungen auf, wie z.B. raschen Wechsel von Stimmungslagen, Reizbarkeit bei kleinen Anlässen („Fliege an der Wand“), häufig depressive Verarbeitung und Momente der Verzweiflung. Die Einfühlsamkeit für die Situation oder Gefühle anderer sind vermindert.

Der Uhrentest

Wenn der Hausarzt im Gespräch mit dem Patienten und dem Angehörigen genau hinhört und schaut, ob diese Warnsignale erfüllt sind, kann er mit einer hohen Wahrscheinlichkeit schon sagen, ob hinter den Veränderungen eine demenzielle Erkrankung steht. Erhärtet sich der Verdacht des Arztes, dass eine demenzielle Erkrankung vorliegen könnte, führt er den Uhrentest durch.



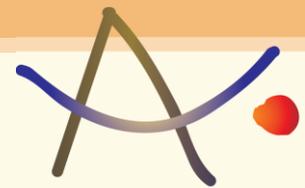
Für Dr. Dipper ist es immer wieder erstaunlich, dass Menschen, die nach außen hin im Alltag souverän wirken, bei diesem Test an ihre Grenzen kommen. Die Patienten sind höchst konzentriert und doch schaffen sie es nicht, das Ziffernblatt zu zeichnen und die Uhrzeit 10 nach 11 einzutragen.

Geraten die Menschen beim Uhrentest an ihre Grenzen, erkennt der Arzt, dass eine visuelle Apraxie vorliegt. D.h., obwohl die Menschen wissen, wie eine Uhr aussieht, sind sie nicht mehr in der Lage, das ‚innere Bild‘ der Uhr in eine Zeichnung umzusetzen. Umgekehrt kann es genauso vorkommen, dass der Patient beim Blick auf die Uhr, die Uhrzeit nicht mehr ablesen kann. Es sind Momente des Entsetzens, die den Menschen zutiefst verunsichern.

Weitere Schritte der diagnostischen Abklärung

Bestätigt der Uhrentest, dass eine kognitive Störung vorliegt, folgen weitere Tests und dann ggf. bildgebende Verfahren wie das CT oder MRT, um herauszufinden, welche Ursache hinter den Veränderungen stecken könnte.

Gehirne von Menschen im frühen Stadium einer demenziellen Erkrankung zeigen kaum Strukturveränderungen. Mit den Bildaufnahmen geht es in erster Linie darum, zu erkennen, ob womöglich ein Tumor oder angestautes Gehirnwasser auf Bereiche des Gehirns drücken. Es wäre fatal, so Dr. Dipper, diese behandelbaren Erkrankungen nicht zu erkennen!



Das Vertrauensverhältnis zum Hausarzt eröffnet die Chance einer frühen Diagnosestellung

Wenn ein Mensch spürt, dass irgendetwas nicht stimmt, so ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner für ihn – nicht der Psychiater. Das Gespräch mit dem Hausarzt wird als weniger stigmatisierend erlebt. Und: „*Man kennt sich!*“ Der Hausarzt kann, wenn er den Patienten schon lange begleitet, subtile Veränderungen wahrnehmen, die Hinweise auf eine Erkrankung sein können.

Je früher die nicht heilbare und fortschreitende Alzheimer Demenz entdeckt wird, desto eher kann der Arzt eine medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie einleiten. Das „therapeutische Fenster“ ist zwar klein, aber es gibt es! (Wir berichteten im *alzheimer aktuell* 2010/4 über den aktuellen Stand der medikamentösen Therapiemöglichkeiten der Alzheimer Demenz). Der Verlauf der Erkrankung kann verzögert werden und die Bewältigung des Alltags länger erhalten bleiben. Das bedeutet ein Mehr an Lebensqualität – trotz Demenz – für die Erkrankten und Angehörigen.

Die Diagnose „Alzheimer“ beim Namen nennen

Die Erfahrungen von Dr. Dipper zeigen, dass die meisten Patienten wissen möchten, welche Ursachen für die Veränderungen im Kopf und im Verhalten verantwortlich sind und diese sollen einen Namen bekommen. Selbstverständlich, so betont er, ist dies ein sensibler Bereich und der Arzt muss abklopfen, ob der Patient die Diagnose genannt bekommen möchte. Zeigt sich in den Verhaltensweisen, dass der Patient keine Diagnose hören will, muss der Arzt dies akzeptieren. Allerdings schließt sich an die Diagnosestellung die Therapie an und hierüber gilt es den Patienten aufzuklären. Wichtig ist Dr. Dipper, „*sich bewusst zu machen, dass wir hier nicht über Patienten in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz sprechen, sondern von mündigen Menschen, die erste Veränderungen wahrnehmen und noch mitten im Leben stehen.*“

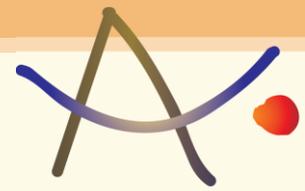
Begleiter, Betreuer, Pfleger sein – viele Rollen, die die Angehörigen übernehmen (müssen)

Hierbei zeigt sich, dass die Angehörigen nicht mehr nur für sich alleine denken und handeln, sondern für zwei: für sich und für den demenzkranken Menschen – und oft in der umgekehrten Reihenfolge! Sie stellen die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zurück und nehmen Rücksicht auf das, was sich der demenzkranke Partner wohl wünschen würde und was er brauchen könnte. Dr. Dipper nennt das den „Angehörigenzwilling“ im Angehörigen.

Grenzen der Belastbarkeit – im Gespräch mit dem Hausarzt können Angehörige offen darüber reden

Lastet zu viel Verantwortung auf den Schultern der Angehörigen, stoßen sie im Alltag an ihre Grenzen und fühlen sich überfordert. Aus der Situation heraus, rutscht die Hand aus, eine Frau schlägt ihren Mann... Sie ist total fassungslos und verzweifelt, was sie da getan hat. Sie liebt doch ihren Mann.

Beim Hausarzt können die Angehörigen über solch einen Vorfall sprechen – doch wie soll sich nun der Arzt verhalten? Das, was vorgefallen ist, ist schlimm und darf nicht bagatellisiert werden, betont Dr. Dipper. Zugleich ist das Verhalten der Angehörigen nicht als verwerflich zu verurteilen, sondern verständlich.



Im Gespräch mit dem Arzt können und sollen Angehörige über ihre Empfindungen in der Begleitung des Demenzkranken sprechen. Das eröffnet die Chance, dass sie Schritt für Schritt lernen, fremde Hilfe anzunehmen und die Last der Verantwortung auf mehreren Schultern zu verteilen.

Fragen des Publikums

„Mein Partner möchte die Diagnose ‚Demenz‘ nicht wahrhaben. Er lehnt die Einnahme der Medikamente ab, immer wieder kommt es zu Diskussionen und Streit. Was kann ich tun?“

Die Argumente, dass die Medikamente den Verlauf der Erkrankung verzögern können und sich hierdurch der Mensch besser fühlt, kann der demenzkranke Partner mitunter nicht mehr aufnehmen, verarbeiten und annehmen. Er entzieht sich sozusagen der rationalen Ebene. An diesem Punkt muss nun abgewogen werden, ob die Gabe der Medikamente tatsächlich die Lebensqualität verbessert oder ob durch die Konflikte nicht eher das Gegenteil bewirkt wird. Die Auseinandersetzungen kosten beiden, dem Demenzkranken wie dem Angehörigen, viel Kraft und beiden geht es emotional schlechter.

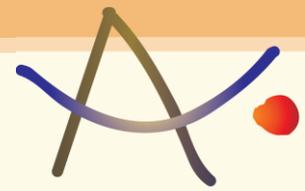
Angehörige, die akzeptieren, dass der Demenzkranke die Medikamente nicht einnehmen möchte, fühlen sich oft in einem Dilemma. Einerseits vermeiden sie die täglichen Diskussionen, andererseits wissen sie um die schnelle gesundheitliche Verschlechterung beim Demenzkranken.

Dr. Dipper ist es sehr wichtig, den Teilnehmern zu vermitteln, dass der Angehörige nicht schuld ist am Unvermögen des Demenzkranken!

„Sie sind nicht schuld, wenn Ihr demenzkranker Partner die Medikamente nicht einnehmen will! Probieren Sie auf unterschiedliche und trickreiche Wege aus, die Medikamente zu verabreichen. Aber: Verkämpfen Sie sich nicht. Sie brauchen Ihre Kräfte für die Betreuung!“

„Gibt es einen Zeitpunkt, an dem sich die medikamentöse Therapie nicht mehr lohnt?“

Wenn sich die Test-Ergebnisse über einen längeren Zeitraum trotz medikamentöser Therapie verschlechtern, kann das Medikament abgesetzt werden. Dr. Dipper betont hierbei, wie wichtig es ist, diese Entscheidung ausführlich mit den Angehörigen zu besprechen. Sie tragen die Angst in sich, dass sich durch das Absetzen der Medikamente der Gesundheitszustand sprunghaft verschlechtern könnte. Diese Angst muss aufgegriffen, besprochen und genommen werden. Denn wenn sich über einen längeren Zeitraum nur noch Verschlechterungen zeigen, ist nicht davon auszugehen, dass es durch ein Absetzen der Medikamente zu einer stufenweisen Verschlechterung kommen wird.



„Warum findet viel zu selten eine individuelle hausärztliche Begleitung des demenzkranken Patienten und der Angehörigen statt?“

„Ethische Wertmaßstäbe unter ökonomischen Rahmenbedingungen umzusetzen, ist eine Herausforderung für die Ärzte!“

Die ökonomischen Rahmenbedingungen sind eng gesetzt: Pro Quartal und Patient stehen einem Hausarzt zwischen 48-50 € zur Verfügung – unabhängig davon, wie intensiv der Hausarzt den Patienten und den Angehörigen begleitet. D.h., die oft mehrmalig im Quartal statt findenden 20-minütigen Gespräche mit dem Angehörigen über den Demenzkranken, die Telefonate am Wochenende, bei denen sich Angehörige aus der Situation heraus fragend an den Hausarzt wenden, werden nicht zusätzlich vergütet. Jeder Arzt muss deshalb für sich die Frage beantworten, wie viel er bereit ist, für dieses Geld zu leisten?

Für Medikamente stehen dem Hausarzt ca. 120 € pro Quartal und Patient zur Verfügung. Antidementiva kosten allerdings pro Quartal alleine schon ca. 300 €, unberücksichtigt dessen, dass die älteren Menschen zumeist mehrfach erkrankt sind und mehrere Medikamente erhalten.

Jeder Arzt ist daran gehalten, mit seinem Budget zu Recht zu kommen. Überschreitet er „mal“ die Budgetgrenze, ist das nicht so schlimm. Passiert dies dem Arzt öfter, wird er von der Kassenärztlichen Vereinigung zu einem ‚Beratungsgespräch‘ eingeladen. Überschreitet der Arzt trotzdem weiterhin das Budget, muss er mit Regressforderungen rechnen. D.h. der Arzt haftet mit seinem Privatvermögen für die entstandenen Zusatzkosten.

Dr. Dipper gewährt den Teilnehmern zum Abschluss einen Einblick in seine Budgetverwaltung: Bei den Antidementiva liegt er 800-1.000% über den Ausgaben des Durchschnitts. Insgesamt jedoch hält er die Anzahl der Medikamente pro Patient gering, so dass er „unterm Strich“ sein Budget einhalten kann.

Als Geriater weiß er, dass mehr als fünf Medikamente dem Patienten nicht gut tun und so hat er gelernt, mit wenigen Medikamenten bei alten Menschen viele Symptome abzudecken. *„Die Kunst ist das Weglassen von Medikamenten“*, so betont er. Hierfür ist eine engmaschige Begleitung des Patienten und des Angehörigen notwendig.

Dr. Stefan Dipper

*Allgemeinarzt und Psychotherapeut in eigener Praxis in Stuttgart-Degerloch,
Tel. 0711 / 765 12 23, stefan.dipper@dgn.de*

Quelle: Wilhelm Stuhlmann: Früherkennung und ambulante Betreuung von Demenzerkrankungen. In: Aktion Psychisch Kranke: Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie, Tagungsbericht, Kassel 3./4. November 2008, S.278 ff

Lydia Weber
Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V.