

Hausärztliche Versorgung von Patienten mit einer Demenz – Gedanken auf Basis von Alltagserfahrung und empirischen Befunden

Primary Care in Patients with Dementia – Reflections Based on Experience from General Practice and on Empirical Findings

Autoren

H.-H. Abholz, M. Pentzek

Institut

Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Schlüsselwörter

- Behandlungsziele
- Generalist
- Allgemeinmedizin
- Demenz

Key words

- treatment goals
- generalist
- general practice
- dementia

Zusammenfassung

▼
Hausärzte haben als Generalisten immer zwei Therapieziele: Krankheitsbekämpfung (d.h. Heilung oder Linderung der Symptome) und Integritätsstabilisierung des Patienten. Diese sind nicht immer beide zu realisieren, so dass es nicht selten ist, dass Arzt und Patient sich auf ein gemeinsam präferiertes Ziel einigen. Bei der Demenz aber gibt es immer diesen Widerspruch, der wegen der – zumindest langfristig und unter dem Aspekt der Heilung betrachteten – Unmöglichkeit der Erreichung des ersten Zieles in der Regel zu Gunsten des zweiten gelöst wird. Undankbare Verwandte, unglückliche Patienten und unzufriedene Ärzte sind das Ergebnis. Ein Ausweg wird angedeutet.

Abstract

▼
There are always two goals for therapy in General Practice: Fighting a disease and stabilizing the integrity of the patient. These goals quite often are in conflict, but in patients with dementia this is always the case. The first goal is usually not strived for because of absent or not measurable success (at least in terms of cure or persistent amelioration). So the main focus is on the second goal, which can be attained best in the beginning of the disease process. Unthankful relatives, unhappy patients, and unsatisfied doctors are the result. A better perspective is indicated.

Der Hausarzt als Generalist hat die Aufgabe, all das, was auf somatischer als auch psychischer Ebene krank *und* gesund ist, bei seinem Patienten *zusammen* zu berücksichtigen, und er hat das Ziel, ein Mehr an Gesundheit zu erreichen bzw. das an Gesundheit, was vorhanden ist, zu erhalten.

Gesundheit

▼
Der Patient erlebt mehrheitlich Gesundheit als das *Fehlen eines Bewusstseins von Störung und Defizit* im körperlichen und im seelischen Bereich. Anders ausgedrückt: Wenn man nicht über Gesundheit nachdenken muss, dann ist man gesund. Diese Situation gibt Selbstsicherheit und Stabilität, kurzum Integrität.

Daraus erklärt sich, warum Patienten mehrheitlich am Symptom orientiert sind: Symptome signalisieren Krankheit – sind diese weg, dann ist man gesund (und setzt daher nicht selten Medikamente, die gegen die Symptome im Ein-

satz waren oder als solche angesehen wurden, wieder ab). Gehen Symptome unter medizinischer Behandlung nicht weg, dann kann man einen „symptomfreien“, also gesunden Zustand dadurch erreichen, dass man diminuiert oder gar verleugnet. Dies geht sicherlich nur in einem beschränkten, teilweise aber erstaunlich weiten Ausmaß. Oder man wehrt sich gegen die Symptome durch Schaffung eigener Kompetenzen im Krankheitsumgang: Man beherrscht sie und macht sie damit weniger eingreifend für das eigene Leben. Diese und andere Mechanismen sind gemeint, wenn von Formen der Krankheitsbewältigung (Coping) die Rede ist. Gesundheit definiert sich im Erleben also durch Symptommfreiheit oder Einschränkung der Auswirkungen von nicht beherrschbaren Symptomen. Damit hat Gesundheit viel zu tun mit *Integrität der Person, deren Stolz, deren Autonomie*. Ja, es ist sogar so: Bricht man das, was der Patient als seine Integrität, sein Selbstbild aufgebaut hat und verteidigt, dann macht man ihn krank. Dies geschieht z.B. dann, wenn man als

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-968159
Z Allg Med 2007; 83: 61–65
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H.-H. Abholz
Facharzt für Allgemeinmedizin
und Facharzt für Innere Medizin
Abt. Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
abholz@med.uni-duesseldorf.
de

Arzt jemanden, der diminuiert oder verleugnet, immer wieder auf die „Wirklichkeit“ aufmerksam macht, oder wenn man Befunde mitteilt, die vom Patienten als „Symptome“ verstanden werden: Du hast einen hohen Blutdruck, Du hast Darmpolypen etc. – dies sind für den Patienten nicht selten Metaphern für Symptome, er nimmt sie als solche wahr und verhält sich dementsprechend.

Gesundheit für den Patienten ist also entweder an das Fehlen von Symptomen oder an deren Beherrschung (z.B. aktiv handelnd durch Kampf gegen die Krankheit oder eher emotional bestimmt durch Diminuieren oder Verdrängen) gebunden. Beides erlaubt die Aufrechterhaltung von Integrität und Autonomie der Person.

Therapieziele

▼
Daraus resultiert, dass wir als Hausärzte immer *zwei übergeordnete Therapieziele* zu bedenken haben:

- ▶ Die Behandlung der *einzelnen Krankheit* und
- ▶ Die *Stützung*, Aufrechterhaltung und Wiedergewinnung von *Autonomie/Integrität* der Person.

Letzteres kann auch zur Folge haben, dass verdrängende Krankheitsbewältigung gestützt werden muss; insbesondere dann, wenn keine Alternativen für den Patienten vorhanden oder für ihn erkennbar sind, oder er diese nicht annehmen kann/will. Es wird aber immer wieder auch heißen, dass – zumindest versuchsweise – der Arzt eine Form des aktiven Umgangs mit Krankheit zusammen mit dem Patienten aufzubauen sucht, um hierüber eine neue Integrität zu schaffen.

Manchmal ist die Erreichung beider Ziele leicht, wenn nämlich die Wege zum Ziel deckungsgleich sind. Die Behandlung einer Pneumonie oder die eines koronaren Syndroms, die Ausrüstung mit einer TEP (TotalEndo-Prothese) – dies sind Beispiele dafür. Aber häufig – insbesondere bei chronischen Erkrankungen – ist dies nicht der Fall. Beispiele hierfür sind:

- ▶ Etwa die Hälfte jugendlicher Diabetiker setzt ein- oder mehrmals ihr Insulin ab, und sie kommen in bedrohliche Zustände, die ihnen eigentlich verstärkt klar machen müssten, dass sie krank sind. Dennoch tun sie es – offensichtlich in dem Gefühl, damit – erst einmal – gesund zu sein, wieder Integrität, ja Autonomie zu erlangen [1].
- ▶ Antihypertensiva haben heutzutage keine nennenswerten Nebenwirkungen oder zumindest kann man diese durch Wechsel der Substanz in der Regel umgehen. Dennoch bleibt es dabei: Etwa die Hälfte der Patienten ist non-compliant [2]. Sie sind nicht mehrheitlich dumm, sie halten aber – so die Interpretation auf diesem Hintergrund – nicht die Kränkung durch Einnahme-Abhängigkeit aus bzw. erleben die Einnahme als das „Symptom“ ihrer Krankheit, was durch Nicht-Einnahme verschwindet. Die Störung der Integrität als „Gesunder“ scheint das Therapieziel „Krankheitsbekämpfung“ zu behindern.
- ▶ Aber selbst bei symptomatischen Krankheiten – wie z. B. dem Asthma bronchiale – finden wir dies: Non-Compliance im Ausmaß von 30 bis 50% [3]. Patienten kommen aus Klinikaufenthalten „gut eingestellt“ zurück, und dann verschlechtert sich ihr Zustand rasch wieder – sie haben Medikamente weggelassen. Und obwohl die Patienten diese Erfahrung bereits gemacht haben (Unwissenheit als Erklärung also kaum in Frage kommt), nehmen sie Symptome wie Luftnot in Kauf. Dafür können sie mehr Autonomie –

zumindest für eine gewisse Zeit – erleben, weil sie nicht so viele Medikamente nehmen müssen, die ihnen Abhängigkeit, also fehlende Autonomie und Integrität signalisieren.

- ▶ Viele Patienten nehmen Hilfen, die man ihnen anbietet oder gar gibt (z.B. in Form von Gehwagen etc.) nicht an: Nach einigen Versuchen wird das Gerät in die Ecke gestellt. Es ist sperrig, unbequem etc. Oder: Es wird vergessen, das Nitro-Spray in die entsprechenden Taschen zu tun. Natürlich ist da auch immer ein vernünftiger Kern, aber die Hartnäckigkeit der Verweigerung bzw. (unbewussten) Nichtnutzung sollte uns darauf aufmerksam machen, dass mit diesen Hilfen offensichtlich das verletzt wird, was der Patient auch als Gesundheit erlebt: Die Unabhängigkeit von an Krankheit erinnernde Umstände, resultierend im Fehlen eines Bewusstseins von Einschränkung und Defizit.

Wenn wir also neben der Behandlung des kranken Herzens, der depressiven Stimmung oder des gestörten Zuckerstoffwechsels noch das zweite Ziel, die Integrität/Autonomie der Person, im Auge haben, dann handeln wir allgemeinärztlich, generalistisch orientiert. Wenn wir diese beiden Ziele einmal aus unserem Fokus verlieren und die Erreichung derselben nicht kongruent möglich ist, dann spüren wir – oder bekommen vom Patienten gar gesagt (!) –, dass durch unsere Behandlung oder durch ein Mehr an Behandlung der Patient *gekränkt* wird, er Integrität verliert und er sich wehrt – z.B. durch Non-Compliance oder andere „scheinbare“ Unvernunft. Dann müssen wir nach einem anderen, dem „besten Weg“ zur Gewinnung von Gesundheit, die eben auch Integrität/Autonomie als Dimension beinhaltet, suchen. Das singuläre Ziel der optimalen Krankheitsbekämpfung müssen wir dann manchmal hinten an stehen lassen.

Dies fällt immer dann leichter, wenn das, was – medizinisch gesehen – weggelassen wird, keine sehr große Bedeutung hat, dies also die Chance auf einen guten Verlauf nur wenig bessern würde. Dies ist z.B. bei dem „Sprung“ an Verbesserung eines HbA_{1c} von 8,0 auf 7,5 oder gar von 7,5 auf 7,0% bei einem Altersdiabetiker der Fall: Ein komplikationsfreies Leben als Diabetiker wird nur minimal wahrscheinlicher.

Gesundheit als Prozess

▼
Der Generalist lernt von seinen Patienten noch etwas Weiteres, was in dem hier gesehenen Zusammenhang von Wichtigkeit ist: *Gesundheit* ist ein vom Patienten immer wieder *neu erworbenes Gut*, bei dem jeder einzelne Patient zu dem ihm jeweils individuell passenden Muster von Stärken und Schwächen seines Körpers und seiner Seele und unter Nutzung seiner Möglichkeiten und Lebensorientierungen *Anpassungen* vornimmt; dies mit dem Ziel, „seine Gesundheit“ zu definieren, d. h. *neu zu definieren*.

Gesundheit wird also – neben seinen zahlreichen anderen Einflussfaktoren aus Genetik, Exposition und Zufälligkeit – auch psychisch geschaffen und stabil zu halten versucht. Junge Menschen *haben* in der Regel Gesundheit in einer Weise, die einen solchen Prozess nicht notwendig macht. Daher wird auch in dieser Altersgruppe nicht über Gesundheit oder Symptome, die Krankheit anzeigen könnten, nachgedacht. Ein kurzes Schwindelgefühl, ein Ziehen hier oder dort wird in dieser Altersgruppe in der Regel nicht als Krankheit und damit Bedrohung von Gesundheit erlebt, sondern als Funktionsstörung momentaner Natur, wenn es überhaupt „erlebt“ wird. Es sei denn, es verschwindet

nicht, oder es wird aufgrund psychischer Konstellationen, die schon Krankheit im Hintergrund beinhalten, festgehalten.

Bei älteren Patienten aber, die dann zunehmend häufiger einige Erkrankungen, auch solche haben, die sie nicht mehr loslassen, findet hingegen ein Anpassungsprozess an Krankheit mit dem Ziel neuer Gesundheit, verstanden als neuer Integrität, statt: Krankheit, insbesondere die, die nicht weggeht, wird integriert, es entsteht ein anderes Selbstbild oder es wird zumindest versucht, ein solches herzustellen. Dies erlaubt, weiterhin stolz und selbstbewusst zu sein, aufrecht durch die Welt zu gehen oder zumindest einen Teil dieser Welt und sich noch zu genießen. Gelingt dieser Reorganisationsprozess nicht, wird nach den bisherigen Ausführungen Gesundheit nicht erlebt; es können psychische und somatische Probleme auftreten bzw. sich verstärken.

Es ist damit ein Prozess der Bearbeitung von Krankheit und Symptomen angesprochen, der nicht durch das Diminuieren – zumindest nicht allein – beschrieben ist, sondern die „sehende Akzeptanz“ von Einschränkung und Leid beinhaltet und auf der Basis dieser Akzeptanz einen neuen Selbst- und Weltbezug konstruiert.

Sehr deutlich wird dieser Prozess bei chronisch kranken Patienten, deren Zustand sich in relativ kurzer Zeit verschlechtert (z. B. bei einem Tumor oder einer HIV-Infektion). Hier gibt es regelmäßig – auch explizite – Aussagen von Patienten, dass sie dann, wenn ein bestimmtes Stadium der Einschränkung erreicht ist, nicht mehr weiterleben wollen. Und in der Regel erlebt man als Arzt dann doch, dass sie weiterleben, sich auf jede dieser neuen Einschränkungen immer wieder neu einstellen und noch etwas aus dem Leben an Positivem herausholen, also auch „gesund“ sich erleben, weil sie mit neuer Integrität/Autonomie wieder „ausgestattet“ sind.

Ihre Arbeit an der Gesundheit besteht darin, sich zu adaptieren, andere Wertsetzungen vorzunehmen und andere Seiten ihrer eigenen Person und ihrer Stärken kennen zu lernen und – das sollte man nicht unerwähnt lassen – bestimmte Symptome oder Einschränkungen nicht „wahrzunehmen“. Würde man diesen Menschen immer wieder sagen, dass sie im Vergleich zu einem altersgleichen Menschen ohne diese Erkrankung doch ein erheblich eingeschränktes, gar ein jämmerliches Leben führten, würde man also versuchen, diesen Prozess von Anpassung zu durchbrechen, dann würde man (wäre man überhaupt erfolgreich) diese Menschen zu großem Leid oder gar Suizidgedanken bringen – weil man sie damit „krank“ gemacht hätte.

Als Hausärzte haben wir gelernt, diesen Anpassungsprozess, der ein Prozess zur Wiedergewinnung von (neuer) Gesundheit ist, zu respektieren und gar zu stärken – selbst wenn dabei Verdrängung eine große Rolle spielt. Damit folgen wir unseren *beiden Behandlungszielen*: Krankheitsbekämpfung und Stützung von Integrität/Autonomie des Patienten.

Patienten mit einer Demenz-Erkrankung

▼
Demente Patienten sind in Bezug auf das Gesagte nicht anders – selbst wenn wir sie frühzeitig zu entmündigen versuchen und damit das zweite hausärztliche Therapieziel Autonomie/Integrität vernachlässigen! Lange aber funktioniert auch bei dementen Patienten das, was oben skizziert ist: Die Person schützt sich in ihrer erlebten Integrität durch verschiedene Mechanismen. Wahrscheinlich überwiegen bei dementen Personen Strategien wie Verleugnen, Diminuieren oder Kaschieren

[4]. Dies ist v.a. darin begründet, dass die Demenz genau das betrifft, was den Menschen ausmacht: seinen Geist, den Verstand, die Persönlichkeit. Ein offener, aktiv handelnder Umgang damit wird im Anfangsstadium als erniedrigend erlebt und scheitert zumindest im weiteren Verlauf der Erkrankung an den schwindenden kognitiven Ressourcen. Wenn Patienten mit beginnender Demenz ihre zunehmenden Defizite erleben, diese als nicht mehr kompensierbar erleben, keinen Weg zur Bekämpfung für sich erkennen können, dann wird dies oft vor den Anderen, dem sozialen Umfeld zu verbergen versucht. Denn das, was die Anderen sehen, das bin ich – die anderen spiegeln mich. Und wenn mein „Bild“ nach außen aufrecht gehalten werden kann, dann bin ich „der Alte“, d.h. der Gesunde – so wie mich die Anderen kennen.

Der so zu verstehende Versuch, das Selbstbild des autonomen Individuums für sich selbst zu erhalten, wird damit zum Hindernis für ärztliche therapeutische Bemühungen in Bezug auf die Krankheitsbekämpfung, hier die Demenz. Denn jeder unterstützende Eingriff – ob nun Medikament, Haushaltshilfe, Betreuungsgruppe – wird auch als Bedrohung des Selbstbildes erlebt und in der Regeln abgewehrt.

Hilfe annehmen zu können muss aufgrund des Problems, dass ein solches Annehmen auch immer Bedrohung von Autonomie-Erleben beinhaltet, auch gelernt werden. Manche Menschen haben dies z.B. über die Erfahrung mit einer anderen chronischen Krankheit gelernt. In der mentalen Fähigkeit eingeschränkt zu sein, bedeutet aber auch, dass ein Neu-Lernen in der Regel nicht gelingt, also zu Versagen führt und so als weitere Bedrohung der Autonomie erlebt wird, also „krank macht“.

Dass Menschen mit Demenz dies so erleben müssen, wird verständlich, wenn man sich folgendes vor Augen hält: Anders als bei Menschen mit rein somatischen Krankheiten wird bei der Demenz die Person an sich zerstört: Das, was die Persönlichkeit ausmacht, geht im Laufe der Erkrankung verloren – und damit auch die Möglichkeit zur „Selbsthilfe“ durch alle aktiven Bewältigungsstrategien. Denn die Krankheit an sich beeinträchtigt ja auch ein aktives Coping-Verhalten, wie z.B. die Informations- und Hilfesuche, die ja kognitive und emotionale Ressourcen voraussetzt.

In den Anfangsstadien mit isolierten Gedächtnisstörungen klappt evtl. noch der Ansatz derartiger mentaler Leistungen in Form von Kaschierung und Verleugnung, aber gerade auch in dieser Phase treten oft sozialer Rückzug und Depression auf.

Arzt und Demenz-Patient

▼
Damit entsteht folgende Situation für den Arzt und in Bezug auf die beiden hausärztlichen Therapieziele: Der Arzt würde gerne Therapieziel 1 – die Krankheitsbekämpfung – verfolgen und die Demenz z. B. mit Medikamenten behandeln. Daran aber hindert ihn u.a. die mangelnde eigene Überzeugung von deren Nutzen. Und dies geht dem Patienten nicht anders, der ja in seiner Anfangsphase der Krankheit sehr wohl noch versteht, was er darüber gehört hat, dass nämlich „alles nicht hilft“. Er steht also vor der Entscheidung: Nehme ich die Therapie, von der man nicht viel zu halten hat, dann gebe ich auch zu verstehen, dass ich sie brauche und gefährde mein Selbstbild nach außen – und darüber auch meine Integrität.

Das Therapieziel 2 – die Integrität der Person – ist aber auch nicht erreichbar, weil Coping-Mechanismen nicht mehr adäquat sind (z.B. wegen unübersehbarer kognitiver oder Verhaltens-

auffälligkeiten) oder nicht funktionieren (v.a. wegen schwindender kognitiver und emotionaler Ressourcen des Patienten). Dennoch scheint – zumindest in den Anfangsphasen einer dementiellen Entwicklung – der Weg des gemeinsamen Verleugerns der (zunehmenden) Symptome noch der eher mit Erfolg gekrönte – zumindest wird dies nicht selten von Patienten so gespiegelt: Sie spielen – häufig nicht schlecht – „die Alten“ und der Arzt akzeptiert sie als „die Alten“ – darüber hinwegsehend, dass es „Brüche“ gibt. Beide fühlen sich dabei wohl – was ja auch ein Zeichen von Gesundheit ist.

Da die oben skizzierte Problematik von den Ärzten schlecht benannt werden kann, manchmal nicht einmal so reflektiert wird, schieben diese nicht selten das Argument des Preises, des Medikamenten-Budgets zur Erklärung seltener Verordnung von Antidementiva vor – nach dem Motto: das versteht jeder, da muss ich nicht die Schwierigkeiten, die eigentlich dahinter stecken, zugestehen und erklären.

Auch der Arzt ist bei der Behandlung seines Patienten mit Demenz verlassen, erlebt sich im Vergleich zu der Mehrzahl der Behandlungen anderer Erkrankungen als „bodenlos“, d.h. er hat sowohl keine wirksame Therapie als auch keine verlässlichen Parameter, an denen er den Verlauf wirklich – im Vergleich zu einer anderen oder keiner Therapie – beurteilen kann. Eine kognitive Testung kann bestenfalls eine Verlangsamung im Abbau rückmelden. Die Tests aber, die solche Unterschiede valide erkennen können, sind zu zeitaufwendig, und der Arzt ist nicht geübt in der Durchführung solcher Verfahren. Zudem fehlt auch oft die Referenz, an der sich eine verlangsamte Progredienz festmachen ließe. Und zu messen, dass es nicht so schnell schlechter wird wie ansonsten zu erwarten gewesen wäre, befriedigt zudem nicht den Anspruch, ein Therapieziel erreicht zu haben. Die als schwierig und zeitaufwendig erlebte Einbeziehung Dritter (z.B. Angehörige) in die diagnostische und therapeutische Entscheidungsfindung bzgl. der Demenz verschärft noch dieses Erleben: Angehörige müssen in die Verlaufsbeobachtung mit einbezogen werden, haben oft überzogene oder falsche Vorstellungen von diagnostischen/therapeutischen Möglichkeiten, auf die der Arzt eingehen muss. Er steht nicht selten vor Forderungen, „nun doch einmal etwas mehr zu machen“ – und weiß, dass dies nicht möglich ist oder, bei dann ausnahmsweise und bestenfalls minimalem Erfolg, aber eben immer nur um den Preis des „Verrates“ von Therapieziel 2, der Integrität der Person. Er könnte sich zu wehren suchen, indem er sagt, dass „hier nichts mehr zu machen ist“ – weiß aber, dass dies so demoralisierend auf die Angehörigen wirken muss, dass damit eben noch das letzte an Support durch sie boykottiert wird.

Somit erfährt der Hausarzt im eigenen (Nicht-) Handeln – und in den Reaktionen seitens des Patienten und der Angehörigen darauf – seine eigene Unwirksamkeit als Arzt. Dies ist unbefriedigend und kann sich dann in einer Art Wut auf die Betroffenen oder Abwendung von diesen äußern.

Wenn überhaupt die Aufrechterhaltung der Persönlichkeit von dementen Patienten gelingen kann (Therapieziel 2), dann ist es nur durch intensive Betreuungsarbeit noch vorstellbar, die den Patienten dort abholt und dort hinbegleitet, wohin er noch lange Kontakt hat: die Erinnerung an seine ältere Vergangenheit. So etwas geschieht z.B. im Rahmen der Erinnerungstherapie [5] oder innerhalb der Selbsterhaltungstherapie [6] bei entsprechender Betreuung in Gruppen und Tageskliniken. Diese Ansätze basieren u.a. auf der Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbildes durch das Erinnern positiver individueller Lebensereignisse aus der Biographie des Patienten, wodurch die

Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit unterstützt wird. Zum Einsatz kommen hier z.B. alte Fotografien, Musik, Gerüche usw., die den Patienten aufgrund ihrer starken emotionalen Färbung noch lange im Gedächtnis bleiben. Nur wer kann diese Arbeit leisten – wo sind die „Dienste“ hierfür? Durch Verwandte ist dies unterstützbar, aber nicht professionell zu initiieren und durchzuführen. Der Hausarzt kann es ebenfalls alleine nicht leisten – wenn auch bei jedem Gespräch mit unterstützen. Einer weiten Verbreitung dieser nicht-medikamentösen Therapie- und Umgangstechniken stehen ein fehlender oder methodisch unzureichender wissenschaftlicher Wirkungsnachweis, die Schwierigkeit der Durchführung im ambulanten Bereich und die fehlende Kostenübernahme durch die Krankenkassen im Wege [7].

Demenz ist anders



Die beiden hausärztlichen Therapieziele – Krankheitsbekämpfung und Integritätsstabilisierung – sind bei vielen Erkrankungen – zumindest in Bezug auf viele Patienten – immer wieder im Widerspruch zueinander, sie sind es aber bei der Demenz immer. Ärzte handeln daher bei der Demenz (fast) grundsätzlich anders als bei anderen Erkrankungen. Bei allen Erkrankungen versucht der Arzt selbst auch, nach dem „Strohalm“ für seinen Patienten zu greifen, also ein Medikament aus einer in Bezug auf den Nutzen wenig überzeugenden Medikamentengruppe zu verordnen – selbst wenn es sein Budget erheblich belastet. Belege für eine solche Grundhaltung sind die ja weiterhin irritierend häufigen Verordnungen der teuersten Antidiabetika, insbesondere bei den Insulinen, die so häufigen Verordnungen von Sartanen gegen den Hochdruck etc. – obwohl deren Nutzen nicht größer oder nur minimal größer im Vergleich zu anderen Medikamenten mit gleicher Indikation ist. Hausärzte tun schon viele Dinge, die ihr Budget massiv belasten. Nur muss sie der Effekt in irgendeiner Weise überzeugen, also der „Strohalm“ vorhanden sein – hier „begnügen“ sie sich sogar häufig mit Surrogatparametern für den Erfolg der Krankheitsbekämpfung. Selbst dies ist aber bei den Antidementiva ganz offensichtlich nicht möglich.

Was bei der Demenz aber noch so grundsätzlich hinzukommt, ist folgendes: Die Verordnung bei Demenz – anders als bei Hochdruck oder Diabetes – bringt faktisch und unübersehbar immer den Zielkonflikt zwischen den beiden hausärztlichen Therapiezielen „Krankheitsbekämpfung“ und „Integritätsretention“ mit sich. Mit kaum vorhandenem und zudem nicht ohne weiteres messbarem Nutzen ausgestattet, lässt sich das Behandlungsziel 1 nicht oder nur kaum spürbar erreichen. Dabei wird aber Behandlungsziel 2 immer gefährdet – zumindest gilt dies in den Anfangsphasen der Demenz, in der der Patient oft noch seine Integrität durch Abwehr der Bedrohung herstellen will/muss. Folgt man Behandlungsziel 2, was mehrheitlich getan wird, dann kann man dem Patienten für eine gewisse Weile noch etwas bieten, was einem „Wohlsein auf Zeit“ entspricht, nur erntet man bei den Verwandten nicht selten Ärger und bekommt von der Versorgungsforschung, der Gesundheitspolitik die Vorwürfe.

Einige Studien geben empirisches Material für die Berechtigung des hier vorgetragenen Gedankenganges. Dies sind u.a.:

- ▶ Hausärzte wissen insgesamt über die Demenz recht gut Bescheid – wenn man sie mit Fragen konfrontiert, die für die Behandlung *relevantes* Wissen abfragen [8,9].

- ▶ Hausärzte glauben – wie wir zeigen konnten – nicht an die Wirkung der Antidementiva, wissen aber sehr wohl, dass ein solcher Nutzen dieser Medikamentengruppe nachgesagt wird; es ist also nicht ein Wissensdefizit, das sie wenig verordnen lässt [9].
- ▶ Das Wissen der Hausärzte in Bezug auf frühe Symptome einer Demenz ist relativ gut, aber gerade in der Phase der frühen Demenz wird besonders wenig verordnet [10, 11]. Möglicherweise eben aus oben genannten Gründen, vorrangig das Therapieziel 2 noch im Auge haben zu können.
- ▶ Hausärzte geben ihren dementen Patienten nicht im Sinne der Vernachlässigung auf: Entgegen einer Hypothese in umgekehrter Richtung ist es so, dass Patienten mit einer Demenz *plus* einer oder mehreren anderen chronischen Erkrankung(en) – wie Hochdruck, Diabetes, Hypercholesterinämie – nach einer von uns durchgeführten Studie [12] nicht schlechter in Bezug auf die erreichten Outcome-Parameter dieser Erkrankungen behandelt werden.
- ▶ Fragt man die Hausärzte danach, was sie sich bei der Betreuung von Demenzpatienten wünschen, so stehen nicht diagnostische und therapeutische Expertise an erster Stelle, sondern die sozialen Unterstützungsangebote [13]. Hilfen bei der Beratung der Patienten und Angehörigen, Hilfen beim Management störender Verhaltensweisen, bei der Anbindung an Betreuungs- und Angehörigengruppen werden als vorrangig bezeichnet. All dies spricht indirekt dafür, dass Hausärzte sich wünschen, bei der Erreichung von Therapieziel 2 unterstützt zu werden.

Was tun?

Was heißt dies alles, wenn man – trotz alledem – zum Ziel hat, die Betreuung von Patienten mit Demenz zu verbessern? Wenn nur ein Teil dessen, was hier dargestellt wurde, so zutrifft, dann ist es inadäquat, wissens-vermittelnde Fortbildungen auszubauen. Vielmehr müsste man sich – so auch in Fortbildungen – mit folgenden Punkten auseinander setzen:

- ▶ Wie soll man als Arzt mit Patienten und Verwandten umgehen? Denn erst der reflektierte Umgang des Arztes kann die Gefahr von „Wut auf die Betroffenen“ und/oder „Abwendung von den Betroffenen“ verhindern.
- ▶ Zudem ginge es um die konkrete Benennung/aktualisierte Information von psychosozialen Hilfsangeboten.
- ▶ Schließlich sollte der Arzt etwas vom einfühlsamen Umgang mit dementen Patienten verstehen lernen, so dass zumindest die Begegnungen zwischen dem Patienten und ihm wieder zu einem positiven Erlebnis für den Patienten (und den Arzt) werden können. So kann z.B. das Wissen, dass das Unterhalten, das Miteinander-Sprechen an sich schon einen Wert darstellt – auch ohne sachlich tieferegehenden Informationsgehalt – zu einem besseren und den Patienten stabilisierenden Umgang verhelfen, bei dem auch der Arzt am Schluss das Gefühl bekommt, etwas Gutes, etwas Helfendes getan zu haben. Der individuell-biographische Zugang (professionell umgesetzt in der Erinnerungs- und Selbsterhaltungstherapie) bietet hier eine gute Basis: Die Mehrzahl der dementen Patienten haben mit „ihrem Arzt“ eine gemeinsame Vergangenheit, über die man sprechen kann, weil viele der Patienten diese erinnern. Die positiven Aspekte dieser gemeinsamen Erfahrungen könnten die Grundlage für Gespräche bilden, die von beiden Seiten als befriedigend erlebt werden.

Interessenskonflikt: keine angegeben.

Literatur

- 1 Hoffman RP: Adolescent adherence in type 1 diabetes. *Compr Ther* 2002; 28: 128–133
- 2 Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, et al.: Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Curr Opin Cardiol* 2004; 19: 357–362
- 3 Bender B, Milgrom H, Rand C: Nonadherence in asthmatic patients: is there a solution to the problem? *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997; 79: 177–185
- 4 Pearce A, Clare L, Pistrang N, Managing sense of self: coping in the early stages of Alzheimer's disease. *Dementia* 2002; 1: 173–192
- 5 Woods B, Spector A, Jones C, et al.: Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; 2, Art. No.: CD001120. DOI: 10.1002/14651858.CD001120.pub2
- 6 Romero B: Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET). In Weis S, Weber G (Hrsg.): *Handbuch Morbus Alzheimer*. Weinheim: Beltz, 1997; 1209–1251
- 7 Gräßel E: Nichtmedikamentöse Unterstützungs- und Therapieverfahren bei Demenzerkrankungen. In Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.): *Ratgeber häusliche Versorgung Demenzkranker*. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2006; 96–99
- 8 Pentzek M, Wagner G, Abholz HH: Die Entwicklung eines Wissenstests für Hausärzte zum Thema Demenz. *ZaeFQ* 2006; 100: 283–289
- 9 Pentzek M, Fuchs A, Abholz HH: Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen – kognitive, affektive und externe Komponenten. *Nervenheilkunde* 2005; 24: 499–506
- 10 Stoppe G, Pirk O, Haupt M: Therapie der Alzheimer-Demenz mit der besten verfügbaren Evidenz – eine Utopie? *Gesundheitswesen* 2005; 67: 20–26
- 11 Ruof J, Mittendorf T, Pirk O, et al.: Diffusion of innovations: treatment of Alzheimer's disease in Germany. *Hlth Policy* 2002; 60: 59–66
- 12 Fuchs A, Müther J, Wollny A, et al.: Demenz und die Folgen: Nimmt die hausärztliche Versorgung von Komorbiditäten – Diabetes, Hypertonie und Hypercholesterinämie – nach einer Demenzdiagnose ab?. Vortrag 40. DEGAM-Kongress, Potsdam, 21.–23.09.2006
- 13 Williams I: What help do GPs want from specialist services in managing patients with dementia? *Intern J Geriat Psychiat* 2000; 15: 758–761

Zur Person



Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz

Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Innere Medizin.
Langjährig in Klinik und Allgemeinpraxis tätig.
Seit 1998 Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf.