

# „Wenn Oma seltsam wird“



© Barbara Krobath

**Moderation:**  
**Martin Rümmele,**  
Redaktionsleitung  
*Ärzte Krone*

## Who is who



**Mag. Martina Anditsch,**  
Leiterin der Anstaltsapotheke, AKH Wien



**Dr. Alireza Nouri,**  
Arzt für Allgemeinmedizin, Wiener Neudorf



**Prim Dr. Christian Jagsch,**  
Leiter der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie  
am LKH Graz Süd-West



**Dr. Georg Psota,**  
Chefarzt, Psychosoziale Dienste Wien

DEMENZ IST MEHR ALS DAS „BANALE“ ALTWERDEN. Ein Überblick über die therapeutischen Optionen, die Arzneimittelsicherheit sowie die Lebensqualität von Betroffenen und Angehörigen stand im Mittelpunkt einer Expertenrunde, zu der kürzlich von der *Ärzte Krone* eingeladen wurde. Fazit: Die Rolle der Allgemeinmediziner muss gestärkt werden.



Aktuellen Schätzungen zufolge leben in Österreich rund 130.000 Personen mit Demenz. Aufgrund eines kontinuierlichen Altersanstiegs in der Bevölkerung soll sich dieser Anteil bis zum Jahr 2050 verdoppeln. Während in Europa derzeit noch der Begriff Demenz verwendet wird, setzt sich in den USA der Begriff „major neurocognitive disorder“ durch, um der Stigmatisierung, die vom Demenzbegriff ausgeht, entgegenzuwirken. Kognitive und soziale Fähigkeiten, Rationalität, Selbstkontrolle und Autonomie sind nur einige der Anforderungen, die in der modernen Gesellschaft an die Menschen gestellt werden. Eine Beeinträchtigung dieser Fähigkeiten, wie sie beispielsweise durch eine Demenzerkrankung möglich ist, führt nach wie vor zu einer Tabuisierung des Themas. Nicht einfacher macht es die Tatsache, dass Demenzerkrankungen progressiv verlaufen und daher mit dem Fortschreiten der Erkrankung das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigungen und damit einhergehend auch das Ausmaß der benötigten Hilfestellung sowie Pflege immer weiter zunehmen. Ein wesentlicher Fortschritt ist eine breite öffentliche Diskussion, die den Umgang mit Menschen mit Demenz als Aufgabe der öffentlichen Gesundheit anerkennt und die behandelnden Ärzte dabei bestmöglich unterstützt, denn jeder von uns will doch für „seinen Opa“ oder „seine Oma“ die beste Versorgung. Ein wichtiger Baustein in diesem Mosaik an erforderlichen Maßnahmen ist auch das „Indikationsgespräch Demenz“, das den praxisnahen Austausch zwischen niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Fachärzten fördern soll.

**Ärzte Krone:** *Wie stellt sich das Thema „Demenz“ in der Ordinationsroutine des niedergelassenen Allgemeinmediziners dar, und welche Wünsche haben Sie an die Zusammenarbeit mit den Fachärzten und dem intramuralen Sektor?*

**Nouri:** Die Prävalenz der Demenzerkrankungen ist stark altersabhängig, und bedingt durch die demografische Alterung der Bevölkerung ist zu erwarten, dass die Zahl der Betroffenen weiter zunimmt. Darauf werden sich die Allgemeinmediziner einstellen müssen, denn sie sind erste Anlaufstelle – meist für die Angehörigen, die feststellen, dass sich beim Partner oder den Eltern „etwas verändert“ hat. Wir sind dann oft auch in einer unterstützenden Rolle, wenn es um die Betreuung und Pflege, also Fragen des häuslichen, stationären oder ambulanten Settings, geht. Wichtig ist in dieser Situation, dass der Allgemeinmediziner auch zwischen den verschiedenen Arten von Demenz differenzieren kann, denn wir haben es hier mit einer Gruppe von Krankheitsbildern zu tun. Die häufigste Demenzerkrankung stellt die Alzheimer-Krankheit dar. In meiner Ordination, ich betreue rund 2.000 Patienten, hat das Thema noch nicht Top-Priorität, ich merke aber natürlich auch den demografischen Wandel. Für mich ist es wesentlich, dass ich im Patientenbetrieb – der oft nicht viel Zeit für lange Gespräche lässt – dennoch rasch Hinweise erhalten kann, welche Form der Demenzerkrankung vorliegt, welche weiteren Untersuchungen erforderlich sind und mit welcher Verdachtsdiagnose ich den Patienten zum Facharzt weiterschicken kann. In der weiteren Therapie bin ich dann ohnehin auf die enge





Zusammenarbeit mit den Fachärzten und den Kliniken angewiesen, die aus meiner Sicht aber sehr gut funktioniert.

### *Wie sehen Sie hier die Rolle der Fachärzte?*

**Jagsch:** Wir werden bei Vorträgen immer wieder mit der Frage konfrontiert: „Wie kann ich den niedergelassenen Allgemeinmediziner so befähigen, dass er einen optimalen Weg in der Betreuung von Demenzpatienten findet“. Hier raten wir zum Drei-Wörter-Uhrentest, den auch die Sprechstundenhilfe leicht vorbereiten kann. Er eignet sich gut, um frühzeitig eine neurokognitive Beeinträchtigung zu erkennen, reicht aber nicht als alleiniges Testverfahren aus. Der Uhrentest wird für die Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen empfohlen. Dabei wird die Testperson gebeten, in einen vorgegebenen Kreis die Zahlen „1“ bis „12“ einzutragen, wie sie auf dem Ziffernblatt einer Uhr angeordnet sind. Außerdem sollen zwei Zeiger, die eine bestimmte Uhrzeit anzeigen, eingezeichnet werden. Bei der Bewertung des Ergebnisses kommt es darauf an, ob alle Ziffern und die beiden Zeiger an der korrekten Position stehen, aber auch ob die Abstände zwischen den Zahlen annähernd gleich und die Ziffern deutlich lesbar sind. Mit dem Uhrentest werden Instruktionsverständnis, Ausführungsplanung, visuelles Gedächtnis und die visuokonstruktive Ausführung getestet. Je fortgeschrittener eine Demenz, desto schwieriger gestaltet sich der Uhrentest für die Betroffenen. Gibt es beim Uhrentest erste Auffälligkeiten, dann können weitere Tests folgen, wie der Mini-Mental-Status-Test oder der DemTect.

**Psota:** Einen solchen Test, den Drei-Wörter-Uhrentest, hat das GerontoPsychiatrische Zentrum des PSD extra für die Real-Life-Praxis entwickelt, und die Rückmeldungen der Allgemeinmediziner sind sehr gut. Was wir außerdem brauchen, ist Zeit: Zeit, um Fortschritte mit den Patienten zu erzielen; Zeit für die Anamnese, aber auch Zeit, weil die Betroffenen aufgrund ihrer kognitiven und Alltagsfä-

higkeiten nicht so schnell „abgefertigt“ werden können. Und es braucht eine grundsätzlich andere Haltung gegenüber dem Phänomen „Demenzerkrankung“. Immerhin handelt es sich um eine chronische Erkrankung mit progressivem Krankheitsverlauf, die in einem Zeitraum von 10 bis 15 Jahren zum Tod führt und die gerne in die Verantwortung der Allgemeinmedizin geschoben wird. Diese Übernahme an Verantwortung würden wir bei anderen Erkrankungen – etwa in der Kardiologie – nie erwarten! Es braucht ein Bewusstsein, dass es sich um eine schwere Erkrankung handelt, die auch andere somatische Erkrankungen verkomplizieren kann, und damit darf der Allgemeinmediziner nicht alleine gelassen werden.

Ich sehe die Rolle der niedergelassenen Praktiker vielmehr darin, dass sie jahrelange Erfahrung mit den Patienten und ihren Familien haben und so schon in einem sehr frühen Stadium zum Facharzt zuweisen können, wenn es die Möglichkeit gibt. Gesamtgesellschaftlich gesehen wollen wir doch, dass Patienten später in eine Pflegeeinrichtung kommen und länger aktiver Teil einer Gesellschaft sind. Genau hier brauchen wir die Expertise der Allgemeinmedizin, um Betroffene möglichst früh einer adäquaten Behandlung zuzuführen.

### *Wie hoch sind die Abklärungsraten?*

**Jagsch:** Derzeit liegen wir nur bei etwa 30 %, denn zu Beginn der Diagnose muss eine Reihe von Untersuchungen gemacht werden: ein EKG, ein Labor und ein CT. Je mehr wir die Patienten herumschicken, desto eher gehen sie uns dann verloren. In der Steiermark versuche ich ein Projekt zu entwickeln, in dem alle Untersuchungen tagesklinisch gemacht werden sollen, sodass mit einem Termin alle Befunde vorliegen. Ich denke, dass die laufenden Kontrollen, die nach Diagnose und Therapieeinstellung erfolgen, auch vom Hausarzt durchgeführt werden können, denn sonst gehen auch hier wieder viele Patienten verloren, die sich nicht die Mühe machen, zum Facharzt zu gehen. Wir machen auch die Erfahrung, dass einerseits die weitverbrei-



tete Meinung herrscht, dass Antidementiva ohnehin nicht wirken. Andererseits meinen viele ältere Patienten, ein wenig vergesslich zu sein gehöre zum Altwerden und suchen daher keinen Arzt auf. Der Zugang zum Kassenfacharzt ist in vielen Regionen außerhalb der Ballungszentren mit Sicherheit auch eine große Hürde, denn hier gibt es Wartezeiten von drei bis vier Monaten auf einen Termin.

**Psota:** Stationäre oder teilstationäre Einrichtungen wie das GerontoPsychiatrische Zentrum des PSD in Wien zeichnen sich dadurch aus, dass sie multiprofessionell arbeiten. Diese Möglichkeit hat der Allgemeinmediziner allein nicht. Daher macht



eine Abklärung in einer Tagesklinik, Ambulanz oder einem teilstationären Setting durchaus Sinn. Mit diesen Ergebnissen kann der Patient dann zurück zum Hausarzt kommen, der auf einer guten Basis weiterarbeiten kann.

#### *Welche Rolle spielen Antidementiva im Gesamtherapiekonzept?*

**Jagsch:** Bislang ist weder eine kausale Behandlung noch eine Heilung möglich. Die aktuelle Therapie zielt auf die Verlangsamung der Progression und der möglichst langen Erhaltung vorhandener Fähigkeiten ab. Die medikamentöse Therapie hat ihren festen Platz im Gesamtkontext. Wir wissen, dass etwa 50 Prozent der Patienten von einer Behandlung mit Antidementiva profitieren. Die Hoffnungen, die in Impfstudien gesetzt wurden, sind nicht aufgegangen. Seriöse Demenzforscher prognostizieren, dass es noch zehn Jahre dauern wird, bis wir hier mit Ergebnissen rechnen können. Bis dahin ist die Therapie mit Antidementiva in Kombination mit einer nichtpharmakologischen Therapie – wie Gruppentherapie oder Physiotherapie – derzeit das Mittel der Wahl. Leider steht die nichtpharmakologische Therapie in den meisten Einrichtungen auf der Agenda nicht sehr weit oben.

**Anditsch:** Antidementiva können kognitive Fähigkeiten wie Konzentrations-, Lern- und Denkfähigkeit bei Alzheimer-Demenz verbessern und so die Beeinträchtigungen sozialer Alltagsaktivitäten vermindern, aber die Progression einer Demenz nicht dauerhaft stoppen. Sie helfen zum Beispiel, aggressives Verhalten zu reduzieren, das hat zur Folge, dass der Pflegeprozess erleichtert wird. Die meisten Antidementiva sind für die Alzheimer-Demenz erprobt. Je früher die Behandlung ansetzt, desto besser, allerdings sprechen nicht alle Patienten auf die Therapie an. Je nach Demenzgrad und Verträglichkeit stehen Acetylcholinesterasehemmer wie Donepezil, Galantamin, Rivastigmin oder NMDA-Rezeptorantagonisten beziehungsweise Glutamatantagonisten wie Memantin und Ginkgo biloba zur Verfügung.

#### *Sind Polypharmazie und Demenz untrennbar verbunden?*

**Anditsch:** Etwa bis zum 85. Lebensjahr nimmt die Zahl der durchschnittlich eingenommenen Arzneien stetig zu und erst in der letzten Lebensdekade wieder ab. Mit der Anzahl der eingenommenen Medikamente steigt auch die Zahl der Nebenwirkungen und unerwünschten Wechselwirkungen zwischen Medikamenten. Besonders im Alter können Arzneien Wechselwirkungen auslösen, die dann als Symptome neuer Erkrankungen fehlinterpretiert werden. Es gibt eine Reihe von Medikamenten, die eine Pseudo-Demenz auslösen oder eine beginnende Demenz verstärken können, wie zum Beispiel der Einsatz von Anticholinergika oder auch die Langzeitgabe von Benzodiazepinen.

#### *Demenz fordert nicht nur die Betroffenen und die Behandler. Welche Betreuung benötigen die Angehörigen?*

**Jagsch:** Die betreuenden Angehörigen sind oft selbst überfordert.

Wir haben die Möglichkeit zum „Rooming-in“, das heißt, wir nehmen den Partner mit auf, und das ist oft eine gute Auszeit für den Betreuenden.

**Nouri:** Mir ist es wichtig, das soziale Umfeld einzubeziehen, denn viele wollen nicht in eine Pflegeeinrichtung oder ins Spital, und das fordert die Familie und die Angehörigen. Manche ältere Patienten wohnen auch allein, das ist dann eine besondere Herausforderung. Ich wünsche mir eine neurologische Pflegeeinstufung, denn viele Betroffenen haben niedrige Pflegeeinstufungen, nur um sich nicht outen zu müssen.

**Psota:** Bei Hausbesuchen braucht es schon viel Erfahrung, um auch aus dem Umfeld zu erkennen, was wirklich hinter der scheinbar heilen Fassade steckt. So ist etwa die Inkontinenz ein wichtiges Thema für die PflegegeldEinstufung – um das Thema anzusprechen, braucht es viel Feingefühl, um die Patienten nicht zu beschämen.

#### *Werden Primärversorgungszentren künftig eine bessere Versorgung für Demenzpatienten gewährleisten können?*

**Jagsch:** In Skandinavien zeigt sich, dass die Primärversorgungszentren (PVZ) eine erste und sehr gute Anlaufstelle sind. In der Österreichischen Demenzstrategie sind derartige Einrichtungen auch gefordert. Wir benötigen auch Schnittstellen zur Hauskrankenpflege oder zu Sozialarbeitern.

**Psota:** Obwohl mehr Frauen als Männer betroffen sind, ist das Gesundheitsverhalten von Demenzkranken nicht vorbildhaft. Daran werden auch Primärversorgungszentren nichts ändern können. Betroffene scheuen eher den Arztbesuch, als dass sie zu häufig in Ordinationen kommen. Wir brauchen hier ein Umdenken, zum Beispiel auch Angebote mit telefonischer Beratung. Wir brauchen flächendeckende und wohnortnahe niederschwellige Anlaufstellen zur Information, Beratung und Begleitung. Je nachdem, ob wir von Ballungszentren oder ländlichen Gebieten sprechen, braucht es auch andere Strukturen und Steuerungsmechanismen. Das ist eine Frage, die politische Entscheidungsträger lösen müssen. Die zunehmende Zahl der Betroffenen wird auch eine Unterstützung der Allgemeinmediziner erforderlich machen. Gleichzeitig erfordert die komplexe Situation von Demenzkranken auch eine multiprofessionelle Stärke in der Betreuung. Bewährte Beispiele sind bereits in der Österreichischen Demenzstrategie zusammengefasst.

**Nouri:** Der Ordinationsbetrieb steht und fällt mit mir als Unternehmer, das wird bei den meisten Allgemeinmediziner so sein. Wenn die Preise gedeckelt sind, wird die Motivation, in einem PVZ zu arbeiten, sinken. Natürlich hat man dort auch weniger Risiko sowie die Möglichkeit, sich vertreten zu lassen und im Team zu arbeiten. Es braucht vermutlich verschiedene Modelle, die parallel existieren. ■