

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0123  
vom 23.04.03**

**15. Wahlperiode**

**Privatdozent Dr. med. Martin Haupt, Schwerpunktpraxis:  
Hirnleistungsstörungen, Hohenzollernstr. 1-5, 40213 Düsseldorf,  
e-mail: [m.haupt@alzheimer-praxis-duesseldorf.de](mailto:m.haupt@alzheimer-praxis-duesseldorf.de)**

**Statement zum Antrag der FDP-Fraktion:  
Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung  
von Demenz“, BT-Drucksache 15/228**

Das nun folgende Statement zum FDP-Antrag wird die im Antrag aufgeführten inhaltlichen Aussagen nicht noch einmal enthalten. Den gemachten Darlegungen ist inhaltlich nur wenig hinzuzufügen. Es folgen daher ausnahmslos Bewertungen aus gerontopsychiatrischer Sicht des wissenschaftlich an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und konkret in der Praxis tätigen Facharztes.

**Zu den Antragspunkten:**

Zu 1. Die angegebene Häufigkeit von 1,2 Mio Demenzkranker ist recht niedrig gewählt, häufiger wird von 1,5 Mio Demenzkranken ausgegangen, von denen 1 Mio Alzheimerkranke sind. Demenzerkrankungen sind nahezu durchweg chronische, über mehrere Jahre verlaufende und sich in der Symptomatik verschlechternde Gesundheitsstörungen, die über den allmählichen Verlust von intellektuellen Fähigkeiten zur vollständigen Pflegebedürftigkeit führen. Sie werden sich angesichts

des weiter steigenden Anteils hochaltriger Menschen in der Bevölkerung in den kommenden 50 Jahren verdoppeln. Ein wichtiger Aspekt für die Einschätzung der Sicherung von Pflege zu Hause ist die Tatsache, dass mit der Alterung der Gesellschaft auch die Zahl der potentiell Pflegenden im mittleren Erwachsenenalter abnehmen wird. Hier tut sich eine dramatische Schere von zunehmenden kranken älteren und abnehmenden gesunden jüngeren Personen auf!

Zu 2. Hier geht es um die Gewährleistung von Früherkennung. Denn nur bei beginnenden Demenzerkrankungen haben therapeutische Maßnahmen die stärkste Wirksamkeit. Allerdings wird die Kompetenz des Hausarztes im Antrag überschätzt. Wir wissen von systematischen Untersuchungen, dass primärversorgende Ärzte (Hausärzte, Allgemeinmediziner, praktische Ärzte) die frühen Demenzkranken in über 50% der Fälle in der kurzen Praxisdiagnostik übersehen. Sollte der Hausarzt also zu ersten Anlaufstelle bestimmt werden, benötigt er unbedingt Hilfe, und zwar in Form von Fort- und Weiterbildung mit gezielter Bereitstellung von praktisch handhabbaren Testverfahren zur Erkennung früher Demenzerkrankungen. Sie stehen zur Verfügung, sind aber noch nicht ausreichend bekannt, geschweige denn in der Hand von Hausärzten erprobt.

Zu den zugelassenen Therapien ist zu sagen, dass ihre Wirksamkeit in einer 1-2 Jahre andauernden Stabilisierung der Demenzsymptome liegt, was bisher bei diesen fortschreitenden Störungen noch für unmöglich gehalten wurde. Ergänzt und verstärkt werden diese Therapieeffekte durch eine Maßnahme, die in der Medizin immer weiter Verbreitung findet, die Psychoedukation, also die gezielte Vermittlung von Wissen über die Krankheit und die begleitende Unterstützung der pflegenden Angehörigen in Gruppenarbeit. Die Psychoedukation sollte politisch weiter gefördert werden, sie sollte in die Hände von Alzheimer Gesellschaften oder caritativen Verbänden liegen; sie ist primär keine ärztliche, sondern eine von speziell geschulten PsychologInnen oder SozialarbeiterInnen durchgeführte Maßnahme.

Zum Einsatz der medikamentösen Behandlung ist zu sagen, dass in der gegenwärtigen medizinischen Versorgung die Präparate zur Behandlung der leichten und mittelschweren Alzheimer Krankheit (Acetylcholinesterase-Hemmer: Donepezil, Rivastigmin, Galantamin) aus Kostengründen viel zu selten vom Arzt rezeptiert werden, obwohl sie den belegten Therapieeffekt der 1-2 jährigen Symptomstabilisierung haben und langfristig, wie ebenfalls gesundheitsökonomisch

belegt, die Kosten für die Behandlung der Kranken absenken, indem sie die Pflegeheimweisung um bis zu 2 Jahre hinauszögern.

Zu 3. Die hier genannten nachteiligen Auswirkungen der gegenwärtigen pflegerischen Versorgung, insbesondere in Institutionen sind zutreffend. Eine verstärkte Fort- und Weiterbildung im ärztlichen und Altenpflegebereich und die Möglichkeit zum Einsatz von neueren und nebenwirkungsärmeren Medikamenten zur Behandlung von beispielsweise Unruhe, Angst und Schlafstörungen sind unbedingt erforderlich.

4. Dieser Aussage ist ohne Einschränkung zuzustimmen.

Den im Antrag als Rahmenbedingungen formulierten Desideraten ist vollständig zuzustimmen.

Ein Aspekt soll in diesem Statement herausgegriffen werden. Andere Statements werden andere Punkte berücksichtigen.

Allein die systematische Aufdeckung und Vermeidung von beeinflussbaren **Risikofaktoren** wird das Risiko von Demenzen, die zur Alzheimer Krankheit oder zur gefäßbedingten Demenz (zerebrovaskuläre Krankheit) gehören, erheblich vermindern. Solche Risikofaktoren sind Bluthochdruck, Blutfetterhöhung, Nikotinmissbrauch und Übergewicht. Bereits die adäquate Einstellung des Blutdrucks reduziert das Risiko für nachfolgende gefäßbedingte Demenzen um nahezu die Hälfte. Um nahezu 40% lässt sich bei Regulierung des Fettstoffwechsels das Risiko für Schlaganfall und nachfolgende gefäßbedingte Demenz verringern. Viel mehr als bisher sollten die vorhandenen Möglichkeiten genutzt und in der alltäglichen Praxis der ärztlichen Behandlung umsetzen. Andere Programme zu Bekämpfung chronischer Krankheiten haben sich dies bereits auf die Fahnen geschrieben, z.B. Disease Management Programme (DMP) bei Diabetes mellitus.

Statement, 23.04.03, Priv.-Doz. Dr. med. M. Haupt, Düsseldorf