Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen

Ein kompakter Ratgeber

19. aktualisierte Auflage

von Prof. Dr. Alexander Kurz

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz

Zu diesem Ratgeber

Bei der Bewältigung der Alzheimer-Krankheit und anderer Formen der Demenz müssen viele Personen zusammenwirken: der Patient selbst, seine Angehörigen, Freunde und Bekannte, der Hausarzt und spezialisierte Ärzte, oft auch die Mitarbeiter von Beratungsstellen, Tagesstätten und Pflegeeinrichtungen. Sie alle brauchen Informationen über die Krankheit. Das Wichtigste über Demenzerkrankungen zu vermitteln, ist das Ziel des vorliegenden kompakten Ratgebers, den Ihnen die Deutsche Alzheimer Gesellschaft gerne überreicht.

Der Ratgeber wurde verfasst von Prof. Dr. Alexander Kurz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Technische Universität München.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Mitglied von Alzheimer Europe und Alzheimer's Disease International, ist der Dachverband der Alzheimer-Gesellschaften in Deutschland. Sie wurde 1989 gegründet. Ihre wichtigsten Ziele sind:

- Information der Öffentlichkeit
- Anregung gesundheitspolitischer Initiativen
- Entlastung von Angehörigen
- Förderung regionaler Alzheimer Gesellschaften
- Unterstützung der Forschung
- Weiterentwicklung von Versorgung und Pflege

© 2010 Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin
19. aktualisierte Ausgabe
Druck: Meta Data
Gestaltung: Andrea Böhm
Alle Rechte vorbehalten
Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.
ISSN 1432-7090

Inhalt

1 Demenz: Was ist das? 5

2 Alzheimer-Krankheit: Was geschieht im Gehirn? 6

3 Welche Ursachen und Risikofaktoren der Alzheimer-Krankheit sind bekannt? 7

4 Welche Symptome und Stadien hat die Alzheimer-Krankheit? 9

5 Welche anderen Formen der Demenz gibt es? 12

6 Wie wird die Diagnose gestellt? 16

7 Sollen Menschen mit Demenz ihre Diagnose erfahren? 20

8 Welche Entscheidungen müssen nach der Diagnose getroffen werden? 20

9 Welche Behandlungsmöglichkeiten hat der Arzt? 21

10 Gibt es eine Vorbeugung gegen Demenz? 25

11 Was können Angehörige für Demenzkranke tun? 25

12 Welche Hilfen gibt es für pflegende Angehörige? 29

13 Welche rechtlichen Fragen können auftreten? 31

14 Wie bekommt man finanzielle Unterstützung? 32

15 Mitgliedsgesellschaften der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 34

16 Informationsschriften der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 42

17 Stichwortverzeichnis 43

1 Demenz: Was ist das?

Als „Demenz“ bezeichnet man in der Medizin einen anhaltenden oder fortschreitenden Zustand herabgesetzter Fähigkeiten in den Bereichen des Gedächtnisses, des Denkens und anderer höherer Leistungen des Gehirns. Dieser muss eine Minderung im Vergleich zum früheren individuellen Niveau darstellen und zu einer Beeinträchtigung bei gewohnten Alltagsaufgaben führen. Eine Trübung des Bewusstseins, die für akute Verwirrtheitszustände charakteristisch ist, darf nicht vorliegen. Gewöhnlich liegen auch Veränderungen des zwischenmenschlichen Verhaltens und des Antriebs vor. Die Demenz ist ein Muster von Symptomen, das unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. Der Begriff bezieht sich weder auf eine bestimmte Krankheit noch bezeichnet er ausschließlich Verfassungen eines schweren intellektuellen Abbaus. Der medizinische Sprachgebrauch unterscheidet sich dadurch erheblich von der wörtlichen Bedeutung des aus dem Lateinischen stammenden Ausdrucks („Fehlen des Verstandes“).

Die Demenz ist ein Muster von Symptomen, das unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann.

Die Demenz ist mehr als eine reine Gedächtnisstörung, weil neben der Fähigkeit zur Speicherung und zum Abruf von Information weitere Hirnfunktionen betroffen sind, z. B. Orientierung und Sprache. Die Demenz unterscheidet sich auch von einem akuten Verwirrtheitszustand (Delir), weil sie in der Regel einen chronischen Verlauf hat und das Bewusstsein nicht beeinträchtigt.

Die Demenz ist keine reine Gedächtnisstörung und kein Verwirrtheitszustand.

Die Häufigkeit von Demenzzuständen in der Bevölkerung steigt mit dem Alter steil an. Von den 60-Jährigen ist nur jeder Hundertste betroffen, von den 80-Jährigen jeder Zehnte, und von den 90-Jährigen und älteren jeder Dritte. Gegenwärtig rechnet man in Deutschland mit 1.200.000 Krankheitsfällen, von denen etwa zwei Drittel von der Alzheimer-Krankheit betroffen sind; jedes Jahr kommen 280.000 neue Fälle dazu. Da die Zahl der alten Menschen weiterhin zunehmen wird, ist bis zum Jahr 2050 mindestens mit einer Verdoppelung der Krankenzahlen zu rechnen.

Die Häufigkeit ist altersabhängig.

Rund 80 % aller Demenzzustände werden durch Krankheiten des Gehirns hervorgerufen, bei denen aus teilweise noch unbekannten Gründen zahlreiche Nervenzellen und Nervenzellkontakte allmählich zu Grunde gehen. Bei den meisten dieser Prozesse werden normale Eiweiß-Stoffe fehlerhaft verarbeitet, so dass sie eine abnorme Form annehmen, verkleben und sich innerhalb oder außerhalb von Nervenzellen ablagern. Der häufigste dieser Prozesse ist die Alzheimer-Krankheit. An zweiter Stelle der Demenzursachen stehen Krankheiten der hirnversorgenden Blutgefäße, die zu Durchblutungsstörungen führen und dadurch eine Zerstörung von Hirngewebe hervorrufen (siehe Abschnitt 5). Darüber hinaus gibt es einige weitere, relativ seltene Ursachen der Demenz. Nur sehr wenige dieser Ursachen sind rückbildungsfähig.

Die wichtigsten Ursachen der Demenz

2 Alzheimer-Krankheit: Was geschieht im Gehirn?

Ein allmählicher Untergang von Nervenzellen und Nervenzellkontakten

Die Alzheimer-Krankheit ist ein sehr langsam fortschreitender Untergang von Nervenzellen und Nervenzellkontakten. Er betrifft vor allem jene Abschnitte des Gehirns, die für Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache und Orientierungsfähigkeit wichtig sind. Der Prozess beginnt viele Jahre vor dem Auftreten der ersten klinischen Krankheitssymptome.

Fehlerhafte Stoffwechselvorgänge: Ablagerung von β-Amyloid und Bildung von Neurofibrillenbündeln

In der Entstehung der Alzheimer-Krankheit spielt die Verarbeitung eines normalen Eiweißbestandteils der Nervenzellhüllen eine zentrale Rolle. Im Normalfall wird es durch ein Enzym (α-Sekretase) so auseinander geschnitten, dass lösliche Bruchstücke entstehen, die leicht abtransportiert werden können. Zu einem Teil wird das Vorläufer-Eiweiß aber auch durch zwei andere Enzyme (β- und γ-Sekretase) gespalten Dadurch entsteht ein Bruchstück, das sich zu unlöslichen, für Nervenzellen schädlichen, Fäserchen zusammenlagert. Sie verklumpen in der Folge zu größeren Ablagerungen. Man bezeichnet das Eiweißfragment als β-Amyloid.

Bei gesunden älteren Menschen werden die β-Amyloid-Fragmente in demselben Maß aus dem Gehirn entfernt, in dem sie produziert werden. Deswegen kommt es nur zu geringen Ablagerungen. Bei den seltenen, familiär gehäuften Krankheitsfällen, die vor dem 60. Lebensjahr auftreten (siehe Abschnitt 2), werden auf Grund von Fehlern in der Erbinformation die β-Amyloid-Bruchstücke im Übermaß erzeugt. Sie lagern sich außerhalb der Nervenzellen zu fleckförmigen Ausfällungen zusammen, den Plaques. Bei den viel häufigeren nicht erblichen Krankheitsfällen, die nach dem 60. Lebensjahr auftreten, findet keine Überproduktion von β-Amyloid statt, sondern der Abtransport erfolgt nicht rasch und wirkungsvoll genug. Als Folge davon kommt es ebenfalls zur Entstehung von Plaques.

Die aus β-Amyloid bestehenden Fäserchen und Ablagerungen wirken auf Nervenzellen, Nervenzellkontakte (Synapsen) und energieproduzierende Zellorganellen (Mitochondrien) wie Giftstoffe. Darüber hinaus rufen sie auf eine noch nicht genau bekannte Weise eigentümliche Veränderungen innerhalb der Nervenzellen hervor. Das Tau-Protein, dessen Aufgabe die Stabilisierung von Transportstrukturen innerhalb von Nervenzellen ist, wird geringfügig umgebaut. Dadurch kann es sich nicht mehr an die Transportstrukturen anheften und verliert seine normale Stützfunktion. Gleichzeitig verklebt es zu Faserknäueln, welche die Nervenzelle zunehmend ausfüllen und ihre Lebensvorgänge lahm legen (Neurofibrillenbündel).

In ihrer Gesamtheit führen die geschilderten Vorgänge zum Absterben von Nervenzellen in großen Teilen der Hirnrinde, aber auch in tiefer liegenden Abschnitten des Gehirns.

Der Nervenzelluntergang im tiefen Vorderhirn führt zu einem Mangel an dem Überträgerstoff Acetylcholin, der für die Aufmerksamkeit besonders wichtig ist. Das Absterben von Nervenzellen in der Hirnrinde geht mit einer ungesteuerten Ausschüttung des Überträgerstoffs Glutamat einher, der für Lernen und Gedächtnis benötigt wird. Die biochemischen Folgen des Nervenzelluntergangs beeinträchtigen die Informationsverarbeitung im Gehirn zusätzlich (siehe auch Abschnitt 7).

Durch den Zelluntergang kommt es zum Ausfall von Überträgerstoffen, die für die Informationsverarbeitung im Gehirn wichtig sind.

3 Welche Ursachen und Risikofaktoren der Alzheimer-Krankheit sind bekannt?

Die Ursachen der Alzheimer-Krankheit sind bisher am besten für die sehr seltenen, familiär gehäuften, vor dem 60. Lebensjahr auftretenden Fälle bekannt. Bei diesen Patienten führen Fehler im Erbgut (Mutationen) zu einer übermäßigen Produktion von β-Amyloid (siehe auch Abschnitt 2). Die Mutationen betreffen das Gen für das Vorläufer-Eiweiß, aus dem das β-Amyloid herausgeschnitten wird (Chromosom 21) sowie die Gene für die Enzyme, die zur Entstehung des schädlichen Fragments führen (Chromosomen 14 und 1). Das vermehrte Vorkommen und die Ablagerung des schädlichen Eiweißbruchstücks leiten den fortschreitenden Untergang von Nervenzellen ein.

Fehler in der Erbinformation sind als Ursachen sehr selten.

Die erbliche Form der Alzheimer-Krankheit ist daran zu erkennen, dass mehrere Fälle in verschiedenen Generationen aufgetreten sind und dass die Symptome bei den Betroffenen in der Regel vor dem 60. Lebensjahr eingesetzt haben. Das Zusammentreffen von mehreren spät (nach dem 70. Lebensjahr) einsetzenden Krankheitsfällen in einer Familie ist dagegen kein Hinweis auf eine erbliche Form der Krankheit.

Merkmale der erblichen Form der Alzheimer-Krankheit

Bei der Entstehung der weitaus häufigeren, nicht-erblichen Krankheitsfälle wirken mehrere Einflussgrößen zusammen. Der wichtigste Risikofaktor ist das Alter. Genetische Faktoren spielen ebenfalls eine Rolle; sie haben hier aber keine ursächliche, sondern nur eine krankheitsbegünstigende

Das Alter ist der wichtigste Risikofaktor.

Bedeutung. Der wichtigste von ihnen ist die normale Variante ε4 des Gens für den Cholesterin-Transporter Apolipoprotein E. Sie fördert die Ablagerung von β-Amyloid in der Form von Plaques.

Störungen der Hirndurchblutung sind keine unmittelbare Ursache.

Durchblutungsstörungen des Gehirns in der Form von Infarkten oder Marklagerschäden (Arteriosklerose, Schlaganfälle) sind keine Ursache der Alzheimer-Krankheit. Derartige zusätzliche Schädigungen des Gehirns haben jedoch zur Folge, dass eine geringere Zahl von Plaques und Neurofibrillenbündeln ausreicht, um Symptome hervorzurufen (siehe auch Abschnitt 9).

Belastende Lebensereignisse sowie Umweltgifte tragen nicht zur Krankheitsentstehung bei.

Umweltgifte (z. B. Aluminium) haben keinen nachgewiesenen Einfluss auf das Krankheitsrisiko. Belastende Lebensereignisse (Tod des Lebenspartners, Krankenhausaufenthalt, Operationen) sind ebenfalls keine Ursachen der Alzheimer-Krankheit, können aber den Anlass dazu geben, dass die Symptome erstmals bemerkbar werden.

Bildung und Aktivität könnten einen Einfluss haben.

Bei Personen mit geringer Schulbildung, niedriger beruflicher Qualifikation sowie lebenslang geringer geistiger, sozialer oder körperlicher Aktivität besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten der Alzheimer-Krankheit im Alter. Es ist jedoch unklar, ob diese Merkmale der Lebensführung eine ursächliche Bedeutung haben (siehe Abschnitt 10).

Genetische Tests

Diagnostischer Gentest

Ein diagnostischer Gentest dient zur Klärung der Ursache bei einem Erkrankten. Wenn sich bei einem Patienten aufgrund eines frühen Krankheitsbeginns und der Familienvorgeschichte der Verdacht auf das Vorliegen einer krankheitsverursachenden Mutation ergibt, kann mit seiner Zustimmung nach einer Erbgutveränderung gesucht werden. Gelingt dieser Nachweis, ist die Suche nach dem Gen auch bei gesunden Verwandten des Erkrankten möglich.

Prädiktiver Gentest

Ein prädiktiver Gentest soll das Erkrankungsrisiko bei einer gesunden (symptomfreien) Person feststellen. Wegen der bisher geringen Möglichkeiten der Vorbeugung (siehe Abschnitt 9), aber auch wegen der großen Bedeutung eines Mutationsnachweises für das weitere Leben der Betroffenen und ihrer Kinder darf ein prädiktiver Gentest nur in Verbindung mit einer eingehenden psychologischen Beratung vorgenommen werden.

4 Welche Symptome und Stadien hat die Alzheimer-Krankheit?

Der Nervenzelluntergang beginnt in einem eng begrenzten Bereich des mittleren Schläfenlappens und verursacht viele Jahre lang keine Symptome. Wenn sich der Krankheitsprozess im Temporallappen weiter ausbreitet und die für das Gedächtnis wichtige Struktur des Hippokampus in Mitleidenschaft zieht, treten als erste klinische Krankheitszeichen Gedächtnisstörungen auf. Erst bei einem ausgedehnten Befall der Hirnrinde, der vor allem den Schläfen- und Scheitellappen betrifft, entsteht der Zustand der Demenz. Weil der Krankheitsprozess während seines Verlaufs unterschiedliche Abschnitte des Gehirns schädigt, sehen die Symptome im frühen Stadium anders aus als im mittleren oder fortgeschrittenen Stadium.

Das Erscheinungsbild der Krankheit ändert sich während des Verlaufs.

Die Geschwindigkeit, mit der die Krankheitszeichen zunehmen, kann bei einzelnen Patienten sehr unterschiedlich sein. Als Faustregel gilt, dass die Krankheit umso rascher verläuft, je früher im Leben sie auftritt.

Es ist auch deswegen wichtig, die genaue Ursache der Leistungsstörungen festzustellen, weil sich die Behandlung nach der zugrundeliegenden Krankheit und nach ihrem Schweregrad richtet. Bei der Alzheimer-Krankheit bestehen andere Behandlungsmöglichkeiten als bei Hirnleistungsstörungen, die durch eine Mangeldurchblutung des Gehirns hervorgerufen werden. Patienten im leichtgradigen Krankheitsstadium brauchen eine andere Behandlung als Patienten im mittleren oder fortgeschrittenen Stadium.

Die Art der Behandlung richtet sich nach der zugrundeliegenden Krankheit.

Stadium der leichten kognitiven Störung

Der Demenz geht ein mehrere Jahre andauernder Zustand geringgradiger, jedoch fortschreitender Leistungseinschränkungen voraus. Er wird heute als „Leichte kognitive Störung“ bezeichnet. Neben Störungen des Gedächtnisses, die vor allem die Speicherung und den Abruf von neuen Informationen betreffen, können Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und der optisch-räumlichen Informationsverarbeitung vorliegen. In diesem Stadium verfügen die Patienten über eine nahezu vollständige Krankheitseinsicht, ihre Entscheidungsfähigkeit bei Rechtsgeschäften und Vorausverfügungen ist nicht eingeschränkt. Die Funktionsfähigkeit im Alltag ist erhalten; Schwierigkeiten können jedoch bei komplizierten Tätigkeiten auftreten. Der Übergang zur Demenz ist fließend. Die Schwelle lässt sich durch das Auftreten von Problemen bei einfachen Alltagsverrichtungen festlegen.

Ein Zustand geringgradiger Symptome geht der Demenz voraus.

Stadien der leichtgradigen, mittelschweren und schweren Demenz

Nach dem Überschreiten dieser Schwelle teilt man den Verlauf der Alzheimer-Krankheit in die Stadien der leichtgradigen, mittelschweren und schweren Demenz ein. Jedes dieser drei Stadien dauert durchschnittlich drei Jahre.

Leichtgradige Demenz

Störungen von Gedächtnis, Denkvermögen, Orientierung und Sprache

Im frühen Krankheitsstadium stehen Gedächtnisstörungen im Vordergrund. Diese betreffen nicht die Erinnerung an frühere Ereignisse, sondern die Fähigkeit der Speicherung und des Abrufs von neuen Informationen. Die Patienten können sich den Inhalt von Gesprächen oder die Mitteilungen in Zeitung und Fernsehen nicht einprägen, sie erinnern sich nur bruchstückhaft an kurz zurückliegende Ereignisse, finden abgelegte Gegenstände nicht und vergessen Verabredungen. Zusätzlich bestehen Störungen des planenden und organisierenden Denkens. Wortfindungsstörungen und Unsicherheiten der zeitlichen oder örtlichen Orientierung können auftreten.

Teilweise erhaltene Urteils- und Entscheidungsfähigkeit

Die Fähigkeiten, Urteile zu fällen, vernünftige Abwägungen zu treffen und Probleme zu lösen, sind eingeschränkt, aber nicht aufgehoben. Aus diesem Grund müssen Patienten in diesem Krankheitsstadium an den Entscheidungen bezüglich ihrer Behandlung beteiligt werden. Auch über die Teilnahme an Forschungsvorhaben wie klinischen Arzneimittelprüfungen können sie in der Regel selbst entscheiden. Ferner sind sie meist in der Lage, Vorausverfügungen über ihre künftige Behandlung und Versorgung zu treffen, Geschäfte abzuschließen und ein Testament zu errichten. Es kann ratsam sein, die Geschäfts- und Testierfähigkeit durch einen Facharzt prüfen und bestätigen zu lassen.

Im frühen Krankheitsstadium sind sich die Betroffenen zumindest teilweise über das Nachlassen ihrer Leistungsfähigkeit bewusst. Häufig fühlen sie sich dadurch verunsichert, deprimiert und beschämt. Das Auftreten von Abwehrmechanismen wie Verschleierung oder Verleugnung von Fehlleistungen, Gebrauch von Ausreden und Rückzug zur Vermeidung von Bloßstellungen ist daher verständlich.

Verminderte Funktionsfähigkeit bei Alltagstätigkeiten, aber erhaltene Selbstversorgung

Im Stadium der leichtgradigen Demenz sind die Betroffenen bei Alltagsaufgaben weitgehend selbstständig. Bei komplizierten Tätigkeiten, beispielsweise bei der Führung des Bankkontos oder bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, sind sie auf Hilfe angewiesen. Meist können sie ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben, so dass eine Rente beantragt werden muss.

Bei vielen Patienten ist ein Nachlassen des Antriebs und der Eigenaktivität festzustellen, bei anderen ungewohnt starke Stimmungsschwankungen oder Reizbarkeit. Auch depressive Zustände sind im Stadium der leichtgradigen Demenz häufig.

Antriebsmangel, Stimmungsschwankungen und Depression

Ein Teil der Patienten im Stadium der leichtgradigen Demenz ist in der Lage, sicher Auto zu fahren. Bei anderen ist die Fahrtauglichkeit jedoch eingeschränkt oder sogar aufgehoben. Allgemein ist es daher empfehlenswert, auf das Autofahren zu verzichten. Patienten, die auf das Auto angewiesen sind, sollten ihre Fahrtauglichkeit durch eine Prüfung bei einer Fahrschule oder beim Technischen Überwachungsverein feststellen lassen.

Die Fahrtauglichkeit kann eingeschränkt sein.

Mittelschwere Demenz

Die Einschränkungen von Gedächtnis, Denkvermögen und Orientierungsfähigkeit nehmen allmählich zu und erreichen einen Grad, der die selbstständige Lebensführung nicht mehr zulässt. Die Patienten brauchen zunehmend Hilfe bei einfachen Aufgaben des täglichen Lebens wie Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten, Bedienen von Haushaltsgeräten, Körperpflege, Wahl der passenden Kleidung oder Aufsuchen der Toilette.

Weiter abnehmende Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagsaufgaben

Sie bringen die Tageszeit und das Datum durcheinander, verlieren allmählich das Zeitgefühl ganz, verlaufen sich außer Haus oder finden in der Wohnung die Zimmer nicht. Viele Patienten können keine vollständigen Sätze mehr bilden und sind dadurch schwer zu verstehen. Auch fassen sie außer einfachen und kurzen Mitteilungen nicht mehr auf, was man ihnen sagt. Die Erinnerung an lang zurückliegende Ereignisse verblasst. Die Kranken wissen nicht mehr, wen sie geheiratet oder welchen Beruf sie ausgeübt haben, wie ihre Kinder heißen, oder wie alt sie sind.

Orientierungslosigkeit, ausgeprägte Störungen der Sprache, Verblassen der Erinnerung

Auch die Wahrnehmung des eigenen Krankseins geht weitgehend verloren. Es kann vorkommen, dass die Patienten sich wie im besten Erwachsenenalter fühlen, ihre längst verstorbenen Eltern suchen oder zur Arbeit gehen wollen. Manchmal erkennen sie ihre nächsten Angehörigen nicht mehr oder erschrecken vor ihrem eigenen Spiegelbild.

Verlust des Krankheitsgefühls, Nichterkennen der Angehörigen, Leben in der Vergangenheit

Hinzu kommen ausgeprägte Veränderungen des Verhaltens. Sie sind für die Angehörigen besonders belastend. Am häufigsten ist eine hochgradige Unruhe. Die Patienten gehen rastlos auf und ab, laufen ihren Bezugspersonen hinterher, stellen fortwährend dieselben Fragen oder wollen ständig die Wohnung verlassen. Viele Kranke zeigen auch gereizte und aggressive Verhaltensweisen. Nicht selten treten wahnhafte Befürchtungen oder Überzeugungen auf, typischerweise des Inhalts bestohlen,

Unruhe, Aggressivität, wahnhafte Überzeugungen, Sinnestäuschungen, Verkennungen, Inkontinenz

betrogen oder abgeschoben zu werden. Echte Sinnestäuschungen (Sehen oder Hören von Dingen, die gar nicht da sind) sind selten. Häufiger kommt es zu Verkennungen (z. B. Verwechslung von Fernsehbildern mit wirklichen Personen). Gegen Ende des mittleren Stadiums bekommen manche Patienten Probleme, die Entleerung von Blase oder Darm zu kontrollieren (Inkontinenz).

Schwere Demenz

Hochgradiger geistiger Abbau, zunehmende Pflegebedürftigkeit und körperliche Symptome

Im fortgeschrittenen Stadium besteht ein hochgradiger geistiger Abbau, die Sprache beschränkt sich auf wenige Wörter oder versiegt ganz, die Patienten sind bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen. In der Regel geht die Kontrolle über Blase und Darm sowie über die Körperhaltung verloren. Viele Kranke können nicht mehr ohne Hilfe gehen, brauchen einen Rollstuhl oder werden bettlägerig. An körperlichen Komplikationen können Versteifung von Gliedmaßen, Schluckstörungen und Krampfanfälle auftreten. Die Anfälligkeit für Infektionen steigt. Die Alzheimer-Krankheit selbst führt nicht zum Tod. Die häufigste Todesursache ist eine Lungenentzündung.

5 Welche anderen Formen der Demenz gibt es?

Die wichtigsten Ursachen der Demenz neben der Alzheimer-Krankheit

Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste, aber keineswegs die einzige Ursache einer Demenz. Es gibt zahlreiche andere Krankheiten, die den Zustand der Demenz hervorrufen können. Die wichtigsten davon sind:

- Gefäßkrankheiten, die zu Durchblutungsstörungen führen
- Umschriebene Abbauprozesse des Stirn- und Schläfenlappens (Frontotemporale lobäre Degenerationen)
- Lewy-Körper-Krankheit und Parkinson-Krankheit

Seltene Ursachen der Demenz

Zusammen mit der Alzheimer-Krankheit sind sie für annähernd 90 % aller Demenzzustände verantwortlich und werden nachfolgend im Einzelnen dargestellt. Darüber hinaus gibt es eine große Zahl von weiteren Erkrankungen, die als Ursache einer Demenz ebenfalls in Frage kommen. Dazu gehören neurologische Krankheiten, die mit Bewegungsstörungen einhergehen (Corticobasale Degeneration, Progressive supranukleäre Lähmung, Amyotrophe Lateralsklerose, Huntington-Krankheit), Infektionen

des Gehirns (Syphilis, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Herpes-Simplex-Enzephalitis), Stoffwechselkrankheiten (Metachromatische Leukodystrophie, Adrenoleukodystrophie, Lipid-Speicherkrankheiten), Schädel-Hirn-Verletzungen, Tumoren und Blutungen innerhalb des Schädels und schädlicher Substanzgebrauch (Alkohol, Medikamente).

Weniger als 1 % aller Demenzursachen sind rückbildungsfähig. Dazu zählen schwere Depression, Abfluss-Störungen der Hirnrückenmarksflüssigkeit (Normaldruck-Hydrozephalus), Schilddrüsenunterfunktion und die Wirkungen bestimmter Medikamente.

Der Anteil rückbildungsfähiger Ursachen ist sehr gering.

Gefäßkrankheiten

Die häufigste durchblutungsbedingte Ursache einer Demenz sind Erkrankungen kleiner Blutgefäße, welche die tief gelegenen Regionen des Gehirns versorgen. Verengungen oder Verschlüsse dieser Gefäße, typischerweise die Folge eines langjährig bestehenden Bluthochdrucks, rufen eine Mangelversorgung des Hirngewebes hervor. Sie führt einerseits zu kleinen Infarkten (Lakunen), andererseits zur Auflösung von Nervenfasern und deren Umhüllungen (Marklagerschäden). Ausgeprägte Marklagerschäden wurden früher als „Subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie“ oder Binswanger-Krankheit bezeichnet. Im Vergleich dazu sind Demenzzustände auf der Grundlage von ausgedehnten Hirninfarkten selten. Sie entstehen durch den Verschluss von großen Gefäßen, in der Regel als Folge arteriosklerotischer Wandveränderungen. Dieses Krankheitsbild ist auch als „Multi-Infarkt-Demenz“ bekannt. Die meisten der erwähnten Gefäßkrankheiten treten ohne familiäre Häufung auf. Es gibt jedoch auch seltene erbliche Erkrankungen der kleinen Blutgefäße, die zu einer Demenz führen können.

Die Verdickung der Wände kleiner hirnversorgender Blutgefäße ist als Ursache der Demenz häufiger als der Verschluss großer Arterien.

Frontotemporale lobäre Degenerationen

Diese Hirnkrankheiten sind durch einen fortschreitenden Untergang von Nervenzellen gekennzeichnet, der auf den Stirnlappen und den vorderen Anteil des Schläfenlappens begrenzt ist. Je nach dem, welche Abschnitte der Hirnrinde betroffen sind, entstehen unterschiedliche klinische Bilder. In deren Vordergrund stehen entweder Veränderungen der Persönlichkeit und der sozialen Verhaltensweisen (Frontotemporale Demenz), oder der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit (Nicht-flüssige progrediente Aphasie) oder des Sprachverständnisses (Semantische Demenz).

Ein fortschreitender Nervenzelluntergang in den vorderen Abschnitten der Hirnrinde

Im Vordergrund stehen Veränderungen der Persönlichkeit, des sozialen Verhaltens oder der Sprache.

Das klinische Bild der Frontotemporalen Demenz ist gekennzeichnet durch mangelnde Rücksichtnahme, Taktlosigkeit, Missachtung von

Umgangsformen, Gleichgültigkeit gegenüber Anderen, Antriebslosigkeit und frühzeitigem Verlust der Krankheitseinsicht. Viele der Betroffenen zeigen Maßlosigkeit beim Essen, entwickeln starre und wiederkehrende Verhaltensrituale, manche verstummen völlig. Gedächtnisstörungen zählen nicht zu den Frühsymptomen; die Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagsaufgaben nimmt allmählich ab. Weil die Frontotemporale Demenz nicht dasselbe Symptomspektrum aufweist wie die Alzheimer-Krankheit, haben die Angehörigen mit ganz anderen Problemen zu kämpfen.

Patienten mit Nicht-flüssiger progredienter Aphasie zeigen ausgeprägte Wortfindungsstörungen, sprechen mit großer Anstrengung, oft mit Fehlern der Grammatik oder Aussprache. Gedächtnis, Denkvermögen, Orientierung und Funktionsfähigkeit im Alltag bleiben lange erhalten. Im weiteren Verlauf geht das Krankheitsbild in eine Frontotemporale Demenz über.

Das führende klinische Merkmal der Semantischen Demenz ist der Verlust des Wissens um die Bedeutung von Wörtern, später auch von an sich vertrauten Gesichtern. Der sprachliche Ausdruck ist bei vermindertem Wortschatz flüssig und grammatikalisch korrekt. Wie die Primäre nicht-flüssige Aphasie geht die Semantische Demenz nach einigen Jahren in eine Frontotemporale Demenz über.

Der Nervenzelluntergang wird durch die Fehlverarbeitung und Ablagerung verschiedener Eiweißstoffe hervorgerufen.

Auch bei den Frontotemporalen lobären Degenerationen liegt dem Nervenzelluntergang die Fehlverarbeitung und anschließende Ablagerung von normalen Eiweißstoffen zu Grunde. Am häufigsten betroffen sind das Protein TDP-43, dessen normale Funktion bisher unbekannt ist, und das Tau-Protein, das sich jedoch zu andersartigen Ausfällungen zusammen lagert als bei der Alzheimer-Krankheit. Die durch Tau-Ablagerungen charakterisierte Variante der Frontotemporalen lobären Degeneration wurde früher nach ihrem Erstbeschreiber Arnold Pick als „Pick-Krankheit“ bezeichnet.

Erbliche Krankheitsfälle

Nur 10 % dieser Erkrankungen sind erblich, aber bei 30 bis 50 % finden sich gleichartige Fälle in den Familien. Die erbliche Form der Frontotemporalen lobären Degeneration wird jeweils zur Hälfte durch Mutationen in den Genen für das Tau-Protein oder für das Progranulin-Protein (beide liegen auf Chromosom 17) hervorgerufen. Letztere führen zu einem Ausfall der günstigen Wirkungen dieses Proteins auf Wachstums- und Reparaturvorgänge an Nervenzellen. Es gibt weitere, sehr seltene Mutationen, die zu einer Frontotemporalen lobären Degeneration führen.

Parkinson- und Lewy-Körper-Demenz

Diese Abbauprozesse betreffen gleichzeitig bestimmte Abschnitte der Hirnrinde und tiefer gelegene Zentren, die der Steuerung von Bewegungsabläufen dienen. Deswegen ist das klinische Erscheinungsbild durch die Verbindung von Demenz und Bewegungsstörungen gekennzeichnet. Die charakteristischen motorischen Symptome der Parkinson-Krankheit sind Zittern in Ruhe, Steife der Gliedmaßen, verlangsamte Bewegungsabläufe und instabile Körperhaltung.

Charakteristisch ist die Verbindung von Demenz und Bewegungsstörung.

Wenn die Demenz deutlich nach den Bewegungsstörungen auftritt, spricht man von einer Parkinson-Demenz. Wenn sie sich gleichzeitig mit den Bewegungsstörungen entwickelt oder ihnen sogar vorausgeht, wird die Diagnose einer Lewy-Körper-Demenz gestellt. Bei beiden Krankheitsbildern ist die Demenz gekennzeichnet durch Störungen der Aufmerksamkeit, des Denkvermögens und der optisch-räumlichen Informationsverarbeitung. Im Vergleich dazu sind die Gedächtnisfunktionen gut erhalten. Weitere klinische Merkmale sind auffällige Schwankungen der geistigen Leistungsfähigkeit, ausgeprägte optische Sinnestäuschungen, häufige Stürze, abnorme Bewegungen während des Schlafes und Überempfindlichkeit auf eine Behandlung mit Neuroleptika.

Störungen der Aufmerksamkeit und des Denkvermögens stehen gegenüber Gedächtnisstörungen im Vordergrund. Die Patienten haben ausgeprägte optische Sinnestäuschungen und sind überempfindlich gegen Neuroleptika.

Den klinischen Symptomen liegt die Entstehung von rundlichen Lewy-Körpern innerhalb von Nervenzellen im Hirnstamm und in der Hirnrinde zu Grunde. Sie zieht den Verlust von Nervenzellen und Nervenzellverbindungen nach sich. Die Lewy-Körper bestehen aus abnormen Zusammenlagerungen des Eiweißes α-Synuklein.

Im Hirnstamm und in der Hirnrinde entstehen Lewy-Körper innerhalb von Nervenzellen.

Auch die Parkinson- und Lewy-Körper-Demenz können familiär gehäuft auftreten. An der Entstehung der erblichen Fälle sind mehrere genetische Ursachen beteiligt, unter anderem Mutationen im Gen für α-Synuklein (Chromosom 4).

6 Wie wird die Diagnose gestellt?

Vier Gründe für eine medizinische Diagnose

Die Diagnose ist die Grundlage für die ärztliche Behandlung und für die Entscheidungen von Patienten und Angehörigen.

Störungen des Gedächtnisses und des Denkvermögens können viele verschiedene Ursachen haben. Einige davon sind behebbar, wenn sie rechtzeitig erkannt werden, zum Beispiel Depression, Schilddrüsenunterfunktion, Abfluss-Störungen der Hirnrückenmarksflüssigkeit oder Wirkungen bestimmter Medikamente.

Die genaue Ursache der Leistungsstörungen muss auch deswegen festgestellt werden, weil sich die Behandlung nach der zugrundeliegenden Krankheit und nach ihrem Schweregrad richtet. Bei der Alzheimer-Krankheit bestehen andere Behandlungsmöglichkeiten als bei Gefäßkrankheiten, Abbauprozessen des Stirnhirns, Parkinson- oder Lewy-Körper-Demenz. Patienten mit leichtgradiger Demenz brauchen eine andere Behandlung als Patienten mit einer mittelschweren oder schweren Demenz.

Die medizinische Diagnose ist die Voraussetzung dafür, dass der Patient und seine Angehörigen die Zukunft planen, Vorausverfügungen treffen und zu gegebener Zeit die notwendigen Entscheidungen fällen können.

Wie kommt eine ärztliche Untersuchung zustande?

Ärztliche Untersuchung nur mit Zustimmung des Patienten

Ärztliche Untersuchungen dürfen nur vorgenommen werden, wenn der Patient damit einverstanden ist. Bei Alzheimer-Patienten ist die Wahrnehmung des eigenen Krankseins aber häufig getrübt, so dass sie von sich aus keinen Arzt aufsuchen oder eine ärztliche Untersuchung ablehnen. Manchmal lässt es sich einrichten, dass der Patient zunächst als Begleiter einer Bezugsperson den Arzt kennenlernt und Vertrauen zu ihm fasst. Wenn es auch so nicht gelingt, eine ärztliche Untersuchung in die Wege zu leiten, muss die Errichtung einer rechtlichen Betreuung erwogen werden (siehe Abschnitt 13).

Wie geht der Arzt vor?

Erster Schritt: Festellen des Symptommusters

Zuerst stellt der Arzt fest, ob Leistungseinschränkungen und Verhaltensänderungen vorliegen, die nicht mit dem Alter des Patienten zu erklären sind. Er beurteilt ferner, ob das Muster der Symptome einer leichten kognitiven Störung, einer Demenz oder einem Verwirrtheitszustand (Delir) entspricht. Diese Zustandsbilder weisen auf eine zu Grunde liegende krankhafte Ursache hin. Für diesen diagnostischen Schritt sind Informationen über das frühere Leistungsniveau des Patienten, über die Art der Symptome und ihren bisherigen Verlauf, über die Auswirkungen auf die Alltags-

fähigkeiten und über mögliche Verhaltensänderungen notwendig. Dazu braucht der Arzt folgende Angaben von einer Bezugsperson:

- Zeitpunkt und Art der ersten Symptome
- Entwicklung der Symptome, z. B. Zunahme oder Schwankungen gegenwärtig vorhandener Symptome
- Funktionseinschränkungen im Alltag
- Abweichungen vom gewohnten Verhalten
- Schul- und Berufsausbildung sowie berufliche Tätigkeit des Patienten

Die Angaben einer Bezugsperson sind für den Arzt eine unentbehrliche Informationsquelle.

Darüber hinaus verfügen Bezugspersonen häufig über Informationen, die einen ersten Rückschluss auf mögliche Ursachen zulassen. Dazu gehören Auskünfte über:

- Vor- und Begleitkrankheiten
- eingenommene Medikamente
- Krankheiten in der Familie

Die zweite wichtige Informationsquelle ist die Untersuchung des Patienten. Der Arzt muss eine Prüfung von Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache, Orientierungsfähigkeit und optisch-räumlicher Informationsverarbeitung durchführen. Dazu wird er manchmal bestimmte Tests einsetzen.

Bei der Untersuchung des Patienten werden Hirnfunktionen geprüft und Verhaltensauffälligkeiten beobachtet.

Häufig eingesetzte Tests sind der Mini Mental Status Test (MMST), der Demenz-Detektions-Test (DemTect), der Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD) und der Uhren-Test. Sie können innerhalb von wenigen Minuten durchgeführt werden. In manchen Facharztpraxen sowie in Gedächtnissprechstunden und Memory-Kliniken werden aufwändigere und länger dauernde Untersuchungsverfahren eingesetzt, die eine höhere Genauigkeit erreichen.

Während der Untersuchung achtet der Arzt auf mangelnde Mitarbeit, Unaufmerksamkeit, Ablenkbarkeit, depressive Gestimmtheit, Ängstlichkeit, Misstrauen, Stimmungsschwankungen, Unruhe, Antriebsminderung und andere Verhaltensauffälligkeiten.

Folgende Zustandsbilder müssen von einer Demenz abgegrenzt werden:

Altersbedingte Gedächtniseinbußen

Sie gehen nicht mit Störungen von Denkvermögen, Sprache, Orientierungsfähigkeit oder optisch-räumlicher Informationsverarbeitung einher und schränken die Funktionsfähigkeit bei gewohnten Alltagstätigkeiten

Altersbedingte Gedächtniseinbußen schränken die Funktionsfähigkeit im Alltag nicht ein.

nicht ein. Auch zeigen sie keine merkliche Zunahme innerhalb von ein oder zwei Jahren.

Leichte kognitive Störung

Kennzeichnend ist eine unter dem Altersdurchschnitt liegende Leistung des Gedächtnisses, der Sprache, der Orientierung oder der optisch-räumlichen Informationsverarbeitung, die nicht zu Einschränkungen der Alltagsfähigkeiten führt. In vielen Fällen schreitet die leichte kognitive Störung nach wenigen Jahren zu einer Demenz fort.

Verwirrtheitszustand (Delir)

Verwirrtheitszustände treten bei akuten körperlichen Erkrankungen auf, beispielsweise bei Infektionen und Elektrolytstörungen, aber auch bei der Behandlung mit mehreren Medikamenten, nach schweren operativen Eingriffen und nach dem Entzug von Alkohol oder bestimmten Arzneimitteln. Erkennungsmerkmale sind plötzlicher Beginn, hochgradige Einschränkung der Aufmerksamkeit, Desorientiertheit, ausgeprägte Zustandsschwankungen, Unruhe, Sinnestäuschungen und wirklichkeitsfremde Überzeugungen.

Zweiter Schritt: Ermitteln der Ursache

An die Feststellung des Symptommusters schließt sich die Klärung der Ursache an. Wichtige Anhaltspunkte dafür können sich schon aus der Vorgeschichte des Patienten und aus der Familienvorgeschichte ergeben. In der Regel werden folgende Untersuchungen durch den Arzt durchgeführt oder veranlasst:

Notwendig sind körperliche Untersuchung, Laborbestimmungen und Schichtaufnahmen des Kopfes

Körperliche Untersuchung

Damit lassen sich neurologische Probleme wie Parkinson-Krankheit, Amyotrophe Lateralsklerose oder Huntington-Krankheit sowie die Folgen von Schlaganfällen erkennen.

Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Arterien

Sie kann Wandveränderungen als Hinweis auf Krankheiten der Blutgefäße darstellen. Das Vorhandensein von Strömungshindernissen ist jedoch kein Beweis dafür, dass Durchblutungsstörungen die Ursache von Gedächtnisstörungen oder Demenz sind.

Laborbestimmungen

Sie geben Aufschluss über internistische Störungen wie Infektionen, Blutarmut, Vitamin- oder Hormonmangelzustände. Eine Spezialuntersuchung ist die Bestimmung von β-Amyloid-Protein und Tau-Protein in der Hirnrückenmarksflüssigkeit (Liquorpunktion). Sie erlaubt es, die Alzheimer-

Krankheit mit großer Zuverlässigkeit bereits im Stadium der leichten kognitiven Störung zu diagnostizieren.

Bildgebende Verfahren

Dazu zählen Schichtaufnahmen des Gehirns mit Hilfe der Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT). Darin erkennt man einerseits Neubildungen (Tumoren), Folgen von Schädel-Hirn-Verletzungen, Blutungen, Infarkte und Veränderungen des Marklagers, andererseits auch eine Größenabnahme von bestimmten Hirnstrukturen, die einen Nervenzelluntergang anzeigen kann. Spezialuntersuchungen, die bei bestimmten Fragestellungen durchgeführt werden, sind die Messung der Hirndurchblutung mit Hilfe der Single-Photon-Computertomographie (SPECT) und die Bestimmung der Stoffwechselaktivität durch die Positronen-Emissions-Tomographie (PET). Diese Verfahren tragen zur Früherkennung der Alzheimer-Krankheit und zu ihrer Abgrenzung von anderen Ursachen, beispielsweise von den Frontotemporalen lobären Degenerationen, bei.

Elektro-Enzephalogramm (EEG)

Dieses Verfahren stellt die elektrische Aktivität des Gehirns dar. Bei Demenzerkrankungen bestehen häufig eine Verlangsamung des Grundrhythmus und eine verminderte Homogenität der elektrischen Signale. Vielfach sind die Befunde aber nicht aussagekräftig. Das EEG wird daher nicht mehr zu den notwendigen Untersuchungen im Rahmen der Demenzabklärung gezählt.

Zuverlässigkeit der klinischen Diagnose

Die Diagnose ist zuverlässig

Die Alzheimer-Krankheit und andere wichtige Formen der Demenz lassen sich klinisch mit großer Sicherheit diagnostizieren. Dennoch sollte zur Bestätigung der weitere Krankheitsverlauf sorgfältig beobachtet werden. Endgültige Sicherheit über die zu Grunde liegende Krankheit gibt nur die Untersuchung des Gehirns nach dem Tod des Patienten (Autopsie).

7 Sollen Menschen mit Demenz ihre Diagnose erfahren?

Der Patient hat ein Recht auf Wissen, aber auch auf Nichtwissen.

Grundsätzlich haben Patienten Anspruch darauf, über ihre Diagnose informiert zu werden. Sie können sich aber auch dafür entscheiden, die Diagnose nicht mitgeteilt zu bekommen. Im Gespräch mit dem Arzt muss geklärt werden, ob und wie viel der einzelne Patient über seine Krankheit wissen möchte. Die Vermittlung der notwendigen und gewünschten Informationen muss in einer Sprache geschehen, die der Patient verstehen kann. Oft ist es sinnvoll, bei der Aufklärung schrittweise vorzugehen und sie auf mehrere Gespräche zu verteilen. So hat der Patient mehr Zeit, sich mit den neuen, belastenden Informationen auseinanderzusetzen.

Die Angehörigen sollen in die Aufklärung einbezogen werden.

Fast immer ist es zweckmäßig, die Bezugspersonen des Patienten in die Aufklärung einzubeziehen. Das setzt aber das Einverständnis des Patienten voraus. Bei Patienten, die nicht in der Lage sind, ein Aufklärungsgespräch zu verstehen und sich ein Urteil über die Therapiemöglichkeiten zu bilden, kann die ärztliche Behandlung nur auf der Grundlage einer rechtlichen Betreuung bzw. Bevollmächtigung erfolgen (siehe Abschnitt 13).

8 Welche Entscheidungen müssen nach der Diagnose getroffen werden?

Willenserklärungen, Vollmachten und Vorausverfügungen

Der Patient soll seine Zukunft so weit wie möglich selbst bestimmen.

Sobald die Diagnose feststeht, sollte der Patient Entscheidungen treffen über die Verwaltung seines Vermögens, Erbschaften, die künftige Pflege, sowie über gewünschte und nicht gewünschte ärztliche Maßnahmen (siehe Abschnitt 9). Dazu kann auch eine Verfügung über die Teilnahme an medizinischen Forschungsvorhaben und das Einverständnis zur Untersuchung des Gehirns nach dem Tod gehören.

Überprüfung der Fahrtauglichkeit

Die Fahrtauglichkeit muss überprüft werden.

Patienten mit leichtgradiger Demenz können unter Umständen noch sicher mit dem Auto fahren. Diese Fähigkeit muss aber nachgewiesen werden, beispielsweise durch eine Fahrprüfung bei einer Fahrschule oder

beim Technischen Überwachungsverein. Falls diese Prüfung die Fahrtauglichkeit nicht bestätigt, muss der Patient auf das Autofahren verzichten. Für Patienten mit mittelschwerer und schwerer Demenz gilt das auf jeden Fall. Viele Patienten lassen sich aber nur schwer davon abbringen. Manchmal sind sie durch ein klares Wort des Hausarztes zu überzeugen. Es kann aber notwendig werden, die Autoschlüssel zu verstecken oder das Auto stillzulegen.

Aufgabe des Berufs

Die weitere Ausübung des Berufs ist meist nicht mehr möglich und stellt eine unnötige Belastung des Patienten dar. Deshalb sollte bei Berufstätigen so rasch wie möglich über eine Berentung nachgedacht werden. Wenn Ärzte, Busfahrer oder Lokomotivführer von einer Demenz betroffen sind, können sie für Andere eine Gefahr darstellen. Auch aus diesem Grund ist es notwendig, auf eine Beendigung der Berufstätigkeit hinzuwirken.

Die Ausübung des Berufs ist meist nicht mehr möglich.

9 Welche Behandlungsmöglichkeiten hat der Arzt?

Die Ursachen einer Demenz sind nur in sehr seltenen Fällen behebbar. Dennoch hat der Arzt viele Möglichkeiten, den Patienten und ihren Angehörigen zu helfen. Für Demenzzustände bei Alzheimer-Krankheit, Parkinson-Krankheit und Lewy-Körper-Demenz gibt es Arzneimittel, die das Fortschreiten der Symptome hinauszögern. Bei Gefäßkrankheiten steht die Vorbeugung gegen eine weitere Verschlechterung der Hirndurchblutung im Vordergrund. Bei allen Formen der Demenz können depressive Verstimmungen, Angstzustände, Sinnestäuschungen, wahnhafte Befürchtungen, Unruhe und Schlafstörungen teils mit Medikamenten, teils auch mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen behandelt werden. Die Beratung und Entlastung der Angehörigen ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Demenztherapie.

Eine Demenz ist meist nicht heilbar, aber der Arzt hat viele Möglichkeiten, zu helfen.

Behandlung von körperlichen Beschwerden und Krankheiten

Es ist wichtig, auf das körperliche Wohlbefinden des Patienten zu achten. Einschränkungen der Hör-, Seh- und Gehfähigkeit müssen so weit wie möglich ausgeglichen werden. Auch die Zähne bedürfen einer regelmäßigen

Ärztliche Grundbehandlung

Kontrolle. Erhöhter Blutzucker, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, unregelmäßiger Herzschlag sowie Eisen- oder Vitaminmangelzustände müssen behandelt werden.

Medikamente zur Aufrechterhaltung von Gedächtnis, Denkvermögen und Alltagsbewältigung

Antidementiva verzögern das Fortschreiten der Symptome

Die Wirkstoffe Donepezil, Galantamin und Rivastigmin verbessern die durch Acetylcholin (siehe Abschnitt 2) vermittelte Signalübertragung zwischen Nervenzellen. Diese Arzneimittel sind zugelassen für die Behandlung der leichtgradigen bis mittelschweren Demenz bei Alzheimer-Krankheit. Sie halten das Gedächtnis und andere Hirnleistungen sowie die Funktionsfähigkeit im Alltag für durchschnittlich ein Jahr aufrecht. Allerdings kann das Behandlungsergebnis im Einzelfall sehr unterschiedlich ausfallen. Angesichts des fortschreitenden Nervenzellenuntergangs stellt das einen Behandlungserfolg dar. Die häufigsten Nebenwirkungen sind vorübergehende Magen-Darm-Beschwerden (Appetitlosigkeit, Übelkeit, Durchfall). Rivastigmin kann auch zur Behandlung der leichtgradigen bis mittelschweren Parkinson-Demenz eingesetzt werden. Wegen der engen Verwandtschaft der Krankheitsbilder ist auch ein Behandlungsversuch bei der Lewy-Körper-Demenz möglich.

Die Substanz Memantine verbessert die Informationsweiterleitung zwischen Nervenzellen, die durch Glutamat erfolgt (siehe Abschnitt 2). Dieses Arzneimittel ist zugelassen für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Demenz bei Alzheimer-Krankheit. Auch unter der Therapie mit Memantine bleiben die geistige Leistungsfähigkeit und Alltagsbewältigung länger aufrecht erhalten als ohne Behandlung, wobei auch hier der Behandlungserfolg individuell unterschiedlich ist.

Präparate mit lang zurückliegender Zulassung

Die Substanzgruppe der Nootropika (Dihydroergotoxin, Nicergolin, Nimodipin, Piracetam, Pyritinol) gilt heute als unwirksam. Der therapeutische und vorbeugende Nutzen des Pflanzenextrakts Ginkgo biloba ist nicht belegt.

Überprüfung des Therapieerfolgs

Um zu vermeiden, dass ein Patient mit Medikamenten behandelt wird, die ihm keinen Nutzen bringen, muss der Arzt den Therapieerfolg durch regelmäßige Folgeuntersuchungen prüfen. Im Hinblick auf das Fortschreiten des Krankheitsprozesses kann die Beurteilung der Wirksamkeit im Einzelfall sehr schwierig sein.

Entwicklung neuer Medikamente

Gegenwärtig werden Therapieformen entwickelt, die den fortschreitenden Untergang von Nervenzellen und Nervenzellkontakten bei der Alz-

heimer-Krankheit verlangsamen oder sogar aufhalten sollen. Man versucht, die Entstehung und Ablagerung von β-Amyloid (siehe Abschnitt 2) zu verhindern, bereits abgelagertes β-Amyloid aus dem Gehirn zu entfernen, die Zusammenlagerung von Tau zu blockieren, oder Regenerationsvorgänge an Nervenzellen anzuregen.

Arzneimittel zur Behandlung von Verhaltensstörungen müssen vorsichtig eingesetzt werden.

Zur Behandlung von Unruhe, schweren Schlafstörungen, Sinnestäuschungen, wahnhaften Überzeugungen oder aggressiven Verhaltensweisen werden häufig Neuroleptika verwendet. Man bezeichnet sie auch als Antipsychotika. Grundsätzlich sollten atypische Substanzen verwendet werden (z. B. Risperidon), die weniger Bewegungsstörungen verursachen als die herkömmlichen Präparate (z. B. Haloperidol). Allerdings sind die neueren Neuroleptika ebenso wie die älteren Präparate mit einer erhöhten Zahl von Todesfällen und Durchblutungsstörungen des Gehirns verbunden. Daher muss die Behandlung mit der geringst möglichen Dosis und über einen möglichst kurzen Zeitraum erfolgen. Zur Behandlung von depressiven Verstimmungen sind Antidepressiva auch bei Demenzkranken wirksam. Jedoch sollten nicht die älteren trizyklischen Präparate verordnet werden, die dem Acetylcholin entgegen arbeiten, sondern neuere Antidepressiva, die frei von solchen Wirkungen sind (z. B. Citalopram). Antidepressiva, die auf das Serotonin-System des Gehirns wirken, sind auch gegen Antriebslosigkeit, Gereiztheit und übermäßiges Essen bei Patienten mit Frontotemporaler Demenz mit Erfolg eingesetzt worden.

Beratung und Vermittlung von Hilfen

Der Hausarzt hat eine Schlüsselrolle

Der Hausarzt kann die Patienten und ihre Bezugspersonen über die am Wohnort verfügbaren ambulanten, teilstationären und stationären Hilfsmöglichkeiten beraten und die notwendigen Maßnahmen koordinieren oder an eine entsprechende Beratungsstelle weiterverweisen.

Nicht-medikamentöse Behandlung

Aktivierung, Ergotherapie, Krankengymnastik, und Logopädie

Auch mit nicht-medikamentösen Formen der Behandlung bzw. der körperlichen und geistigen Aktivierung und Entspannung gibt es positive Erfahrungen. Sie können körperlich und geistig aktivieren oder beruhigen, die Stimmung verbessern, Fähigkeiten fördern und das Selbstbewusstsein stärken. Ärztlich verordnet werden können Physiotherapie (Krankengymnastik), Ergotherapie und Logopädie.

Erinnerungstherapie, Kognitive Stimulation, Realitätsorientierung und Milieutherapie

Schon eine regelmäßige Anregung durch Vorlesen, Gespräche, Ansehen von Fotos und Filmen (Erinnerungstherapie), Hören von Musik oder angenehme Tätigkeiten können die Gedächtnisleistung und die Stimmung

verbessern (Kognitive Stimulation). Wenn in der alltäglichen Unterhaltung Hinweise zur Zeit, zur Umgebung und zu den anwesenden Personen gegeben werden (Realitätsorientierung) kann das die Orientierung des Erkrankten verbessern. Praktischen Fähigkeiten können durch Übungen und Anleitungen zum Erhalt von Alltagstätigkeiten, z. B. Ankleiden und Körperpflege, länger erhalten bleiben (Ergotherapie). Körperliche Fitnessprogramme, welche die Patienten nicht überfordern, haben nicht nur günstige Wirkungen auf Beweglichkeit und Gleichgewichtssinn, sondern auch auf Alltagsfähigkeiten und Eigenständigkeit. Der Lebensraum Demenzkranker (Wohnräume, Bad, Garten) kann so gestaltet werden, dass Demenzkranke Orientierung, Sicherheit und Geborgenheit finden (Milieutherapie).

Kognitive Rehabilitation

Patienten mit leichter kognitiver Störung und leichtgradiger Demenz können lernen, Gedächtnistechniken anzuwenden, Gedächtnishilfen zu gebrauchen und durch die Einführung von festen Routinen die Gedächtnisanforderungen im Alltag zu vermindern (Kognitive Rehabilitation). Dadurch verbessert sich in manchen Fällen Merkfähigkeit und die Bewältigung alltäglicher Aufgaben.

Logopädie

Bei Patienten mit sprachbetonten Formen der Frontotemporalen lobären Degeneration (Nicht-flüssige progrediente Aphasie, Semantische Demenz) kann eine Sprachtherapie (Logopädie) hilfreich sein. Auch bei Schluckstörungen können Logopäden beraten.

Aromatherapie, Musiktherapie, Multisensorische Stimulation

Bei Patienten mit mittelschwerer und schwerer Demenz können auch Verfahren wie Aromatherapie, Musiktherapie oder Multisensorische Stimulation (Snoezelen) zur Verminderung von Unruhe und aggressiven Verhaltensweisen beitragen.

Alle nicht-medikamentösen Behandlungsverfahren können zur Verbesserung der Stimmung und der subjektiven Lebensqualität beitragen. Die Dauer ihrer Wirkungen ist bisher nicht genau bekannt.

10 Gibt es eine Vorbeugung gegen Demenz?

Die Mechanismen der Krankheitsentstehung sind noch nicht genau genug erforscht, um vorbeugende Maßnahmen gezielt einsetzen zu können. Es gibt aber eine Reihe von unspezifischen Faktoren, die möglicherweise das Risiko der Demenz im Alter verringern.

Eine spezifische Vorbeugung ist bisher nicht bekannt.

Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass ältere Menschen, die geistig und sozial rege sind, sich fett- und cholesterinarm ernähren und einer regelmäßigen körperlichen Aktivität nachgehen, seltener an einer Demenz erkranken als Personen, die einen weniger aktiven und gesunden Lebensstil pflegen. Aus diesen Ergebnissen darf jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass die genannten Faktoren eine vorbeugende Wirkung haben. Aktive und gesundheitsbewusste Menschen könnten auch aus anderen (z. B. genetischen) Gründen ein besonders geringes Erkrankungsrisiko haben. Zur Vorbeugung von Gefäßkrankheiten und Durchblutungsstörungen des Gehirns ist die Behandlung von Diabetes, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen und Fettstoffwechselstörungen wichtig, sowie das Vermeiden von Übergewicht und Rauchen.

Geistige, soziale und körperliche Aktivität sowie gesunde Ernährung könnten einen positiven Einfluss haben.

Medikamente zur Verminderung des Krankheitsrisikos sind bisher nicht bekannt. Therapiestudien mit entzündungshemmenden Substanzen (Antirheumatika), cholesterinsenkenden Mitteln (Statine), Vitaminpräparaten und Östrogen haben keine vorbeugende Wirkung nachweisen können.

Medikamente mit vorbeugender Wirkung sind bisher nicht bekannt.

11 Was können Angehörige für Demenzkranke tun?

Rund 80% aller Demenzkranken werden von ihren Angehörigen versorgt. Die Bezugspersonen übernehmen eine sehr schwere und verantwortungsvolle Aufgabe, die sich über viele Jahre hinzieht. Es gibt aber viele Möglichkeiten, aus der Zeit mit der Krankheit wertvolle und erfüllte gemeinsame Jahre zu machen.

Angehörige tragen den größten Teil der Versorgung.

Die Probleme, die im Zusammenleben mit einem Demenzkranken auftreten, sind von Fall zu Fall verschieden. Sie werden von der Persönlichkeit des Patienten, vom Stadium der Krankheit, von den äußeren Lebensumständen, aber auch von den besonderen Fähigkeiten und Schwächen

Probleme im Zusammenleben entstehen auf individuelle Weise und müssen individuell gelöst werden.

der versorgenden Person bestimmt. Ebenso individuell müssen die Lösungen für die Probleme sein.

Wissen über die Krankheit erwerben

Wissen über die Krankheit ist eine unentbehrliche Voraussetzung.

Pflegende Angehörige sollten sich gründlich über die Krankheit informieren. Dieses Wissen verleiht Sicherheit im Zusammenleben mit dem Kranken. Es bewahrt vor Enttäuschungen, aber auch vor unangebrachter Resignation. Die Teilnahme an Angehörigengruppen, wie sie von regionalen Alzheimer-Gesellschaften und Selbsthilfegruppen angeboten werden, vermittelt wichtige Kenntnisse, zeigt Lösungsmöglichkeiten für Probleme auf und ermöglicht den Erfahrungsaustausch mit gleichermaßen Betroffenen (siehe Abschnitt 13). Die Alzheimer-Gesellschaft in Ihrer Nähe berät Sie gerne. Einige Literaturhinweise finden Sie in Abschnitt 16.

Die persönliche Würde wahren

Die Kranken so annehmen, wie sie sind.

Menschen mit Demenz muss man so annehmen, wie sie sind. Auf Grund ihrer eingeschränkten Einsichts- und Lernfähigkeit darf man nicht erwarten, dass sie ihr Verhalten an die äußeren Notwendigkeiten anpassen. Die Angehörigen müssen die Fähigkeit erwerben, die Bedürfnisse und Wünsche der Erkrankten, aber auch ihre subjektive Weltsicht wahrzunehmen und anzuerkennen. Andererseits müssen sie sich darin üben, kritische Äußerungen und unnötige Zurechtweisungen zu vermeiden.

Eigenständigkeit aufrecht erhalten

Eigenständigkeit ist auch bei Demenzkranken ein Schlüssel für Lebenszufriedenheit.

Eigenständigkeit ist eine Wurzel von Selbstachtung, Sicherheit und Lebenszufriedenheit bei Gesunden wie bei Kranken. Deswegen darf man Menschen mit Demenz nicht alle Aufgaben abnehmen, nur weil sie ihnen schwerer fallen oder mehr Zeit in Anspruch nehmen als früher. Durch Vereinfachung der Kleidung, Aufteilung von Handlungen in einzelne Schritte, und geeignete Hilfestellungen lässt sich oft erreichen, dass die Erkrankten bei alltäglichen Aufgaben länger ohne Hilfe zurecht kommen und das Gefühl der Eigenständigkeit behalten.

Erhaltene Fähigkeiten fördern

Erhaltene Fähigkeiten müssen erkannt und genutzt werden.

Die Angehörigen müssen versuchen, erhaltene Fähigkeiten der Erkrankten aufzuspüren und zu nutzen. Allein die täglichen Abläufe des Haushalts bieten viele Möglichkeiten, solche Fähigkeiten zu fördern, ohne die Kranken zu überfordern. Dabei kommt es weniger auf das Ergebnis der

Tätigkeit an als auf das Gefühl der Zugehörigkeit und die Bestätigung, die daraus erwachsen.

Aktivierung und Orientierungshilfen

Die Behandlungsprinzipien der Kognitiven Stimulation, der Realitätsorientierung, der Erinnerungstherapie und des Aktivitätsaufbaus können auch in der häuslichen Umgebung durch die Angehörigen angewandt werden. Eine geistige Anregung lässt sich durch Gespräche über Tagesereignisse, Zeitungsnachrichten oder Fernsehsendungen, aber auch durch Spiele erreichen. Zur Beschäftigung mit Erinnerungen können ein Fotoalbum oder eine Schallplattensammlung herangezogen werden. Orientierungshilfen zum Ort, zur Zeit und zu den aktuellen Geschehnissen lassen sich spielerisch vermitteln, ohne den Patienten zu belehren oder zu bevormunden.

Ein gleichbleibender, überschaubarer Tagesablauf, Hinweisschilder in der Wohnung, helles Licht und Beleuchtung wichtiger Wege in der Nacht erleichtern es dem Kranken, sich zurecht zu finden. Es ist auch empfehlenswert, Gewohnheiten des Kranken nach Möglichkeit beizubehalten. Allzu viele Sinneseindrücke können den Patienten verwirren (laufender Fernsehapparat, laute Musik, Spiegel).

Zunehmende Hilfsbedürftigkeit auffangen

Art und Umfang der notwendigen Hilfestellungen hängen vom Schweregrad der Demenz ab.

Leichtgradige Demenz

Hilfestellungen bei komplizierten Aufgaben

Hilfestellung ist nötig bei anspruchsvollen Aufgaben wie Haushaltsorganisation, Planung und Durchführung von Reisen, Führen des Bankkontos. Bei berufstätigen Patienten muss die Berentung erwogen werden.

Mittelschwere Demenz

Die Patienten sind zunehmend auf Unterstützung bei einfachen Tätigkeiten angewiesen wie Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten, Reinigung der Wohnung, Körperpflege oder Benützen von Verkehrsmitteln. Schwierigkeiten der Verständigung lassen sich durch eine klare und einfache Sprache, Gesten und Berührungen überbrücken.

Schwere Demenz

Patienten mit schwerer Demenz sind bei den einfachsten Verrichtungen der Selbstversorgung von ihren Bezugspersonen abhängig, wie Einnehmen von Mahlzeiten, Aufstehen und Zubettgehen, Ankleiden, Baden und Duschen oder Aufsuchen der Toilette.

Mit problematischen Verhaltensweisen zurechtkommen

Auslösende Umstände erkennen und beseitigen

Viele problematische Verhaltensweisen von Demenzkranken sind verständliche Reaktionen. Ängstlichkeit, Anhänglichkeit und ständig wiederholte Fragen können aus Ratlosigkeit entspringen, Aggressivität und Wutausbrüche aus Frustration oder Überforderung, Depression und Rückzug aus einem Mangel an Aktivität und Zuspruch. Es ist wichtig, solche auslösende oder begünstigende Faktoren zu erkennen und zu beseitigen.

Auf den Gefühlszustand und die Sichtweise der Erkrankten eingehen

Zur Milderung von problematischen Verhaltensweisen empfiehlt es sich, selbst ruhig zu bleiben und auf den Gefühlszustand des Patienten einzugehen. Bei Ängstlichkeit, Unruhe oder aggressiven Verhaltensweisen hat es sich bewährt, die Kranken abzulenken und zu beruhigen. Bei Depression und Rückzug kann es helfen, die Patienten intensiver zu beschäftigen, ihnen Anerkennung zu geben und Geborgenheit zu vermitteln.

Gefahrenquellen ausschalten

Von vielen Dingen des Alltags können für Demenzkranke Gefahren ausgehen.

Dazu zählen Elektro- und Gasgeräte, Treppen und Badezimmer, lockere und unebene Bodenbeläge, Medikamente und Putzmittel. Um sicher zu stellen, dass Demenzkranke sicher nach Hause finden oder zurückgebracht werden können, sollten die Wohnanschrift und eine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme in der Kleidung, auf einem Kettchen oder Armband vermerkt werden. Unter Umständen kommt die Verwendung von technischen Hilfen wie elektronischen Türschlössern, Bewegungsmeldern oder Personen-Ortungsgeräten in Betracht. Es ist ratsam, Nachbarn, Freunde und Bekannte über die Krankheit zu informieren.

Für körperliches Wohlbefinden sorgen

Körperpflege, vernünftige Ernährung, regelmäßige Bewegung

Zum körperlichen Wohlbefinden von Menschen mit Demenz tragen sorgfältige Körperpflege, regelmäßige Spaziergänge, ausreichende Flüssigkeitszufuhr und ballaststoffreiche Ernährung bei. Bei Problemen mit der Blasen- und Darmkontrolle kann ein Toilettentraining hilfreich sein. Wichtig ist es auch, auf die Gesundheit der Zähne und auf mögliche Schmerzursachen zu achten.

Die eigenen Grenzen erkennen

Überreaktionen können ein Warnzeichen für Überlastung sein.

Es kann den Angehörigen nicht immer gelingen, so viel Geduld und Verständnis aufzubringen, wie sie gerne möchten. Überreaktionen wie Wut-

ausbrüche oder aggressives Verhalten können ein ernstzunehmendes Zeichen der Überlastung sein.

12 Welche Hilfen gibt es für pflegende Angehörige?

Die Angehörigen sind in vielfacher Weise von einer Demenzerkrankung mitbetroffen. Sie müssen in eine Pflege- und Versorgungsrolle hineinwachsen, auf die sie nicht vorbereitet sind, die sehr viel Kraft raubt und die den vorherigen Strukturen in der Familie manchmal völlig entgegengesetzt ist. Sie kämpfen mit problematischen Verhaltensweisen, bei denen die üblichen Lösungsstrategien versagen. Sie können ihre eigenen Interessen nicht verwirklichen und ihre Kontakte zu anderen Menschen nicht mehr aufrecht erhalten. Darüber hinaus wird ihnen ein langer, schmerzvoller Abschied von einem geliebten Menschen auferlegt.

Pflegende Angehörige sind in mehrfacher Weise von der Krankheit mitbetroffen..

Niemand kann und muss diese schweren Aufgaben auf Dauer und ganz alleine erfüllen. Auch im Interesse des Kranken ist es entscheidend, dass die Angehörigen mit ihren Kräften haushalten und sich frühzeitig nach Möglichkeiten der Entlastung umsehen.

Die Last der Versorgung nicht alleine tragen

Angehörigengruppen

Angehörigengruppen haben das Ziel, Informationen über Demenzerkrankungen zu vermitteln, Lösungen für die praktischen Probleme der Pflege darzustellen, den Austausch von persönlichen Erfahrungen unter den Teilnehmern herbeizuführen und ihre Zuversicht zu stärken. Sie sind auch ein Ort, wo man über Ärger, Trauer und Enttäuschung in einer Atmosphäre der Anteilnahme und des Verständnisses sprechen, aber auch Freude und Heiterkeit erleben kann.

In Angehörigengruppen kann man von anderen Betroffenen lernen und Rückhalt bekommen.

Ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste können für die Grundpflege des Patienten, für die hauswirtschaftliche Versorgung, aber auch für Beschäftigung und Beaufsichtigung in Anspruch genommen werden. Leider sind viele Pflegedienste noch nicht auf die besonderen Bedürfnisse Demenzkranker eingestellt.

Ambulante Pflegedienste für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Betreuungsgruppen

Eine praxisgerechte niedrigschwellige Versorgungsstruktur

Viele regionale Alzheimer-Gesellschaften und andere Organisationen bieten Betreuungsgruppen an. In diesen Gruppen werden mehrere Demenzkranke ein oder zwei mal wöchentlich einige Stunden am Tag durch geschulte freiwillige Helfer und ausgebildete Fachkräfte betreut. Gemeinsame Mahlzeiten, anregende Tätigkeiten und Ausflüge gehören in der Regel zum Programm.

Helferinnenkreise

Viele Alzheimer-Gesellschaften und andere Organisationen bieten eine stundenweise soziale Betreuung Demenzkranker durch geschulte ehrenamtliche Helferinnen an. Sie leisten den Kranken zu Hause Gesellschaft, begleiten sie auf Spaziergängen oder zu Besuchen.

Tagespflegeeinrichtungen

Tagespflegeeinrichtungen bieten ein umfassendes Programm.

Tagespflegeeinrichtungen sind für körperlich und geistig gebrechliche ältere Menschen vorgesehen, die tagsüber von ihren Angehörigen nicht versorgt werden können, abends und an den Wochenenden aber in ihre Familien zurückkehren. Sie bieten in der Regel Beschäftigung, körperliche Aktivierung und Förderung der sozialen Kontaktfähigkeit. Allerdings sind sie mit einem täglichen Wechsel der Umgebung verbunden und können daher für manche Patienten eine Überforderung bedeuten.

Betreuter Urlaub für Kranke und Angehörige

Gemeinsamer Urlaub von Kranken und Angehörigen

Zunehmend werden auch Möglichkeiten des gemeinsamen Urlaubs von Menschen mit Demenz und Angehörigen geschaffen.

Tageskliniken

In Tageskliniken stehen Diagnostik und Therapie im Vordergrund, der Aufenthalt ist befristet.

Tageskliniken sind häufig an psychiatrische Krankenhäuser oder gerontopsychiatrische Zentren angeschlossen. Manche verfügen über einen Fahrdienst. Sie haben einen diagnostischen Auftrag; die Dauer des Aufenthalts ist auf die Zeit der notwendigen Behandlung begrenzt.

Psychiatrische Krankenhäuser

Aufnahme in einer speziellen Station für Demenzkranke bei akuten Krisen

An vielen psychiatrischen Krankenhäusern gibt es spezielle Stationen für Demenzkranke. Bei einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands oder bei ausgeprägten Verhaltensänderungen kann die vorüber-

gehende Aufnahme in einer solchen Station zur Klärung der Krankheitsursache und zur Einleitung einer Behandlung sinnvoll sein.

Pflegeheime und Wohngemeinschaften

Das Fortschreiten der Krankheit, aber auch äußere Faktoren, können dazu führen, dass die Angehörigen auch mit zusätzlichen Hilfen nicht mehr in der Lage sind, die Erkrankten zu Hause zu versorgen. Dann kann eine Wohngemeinschaft für Demenzkranke oder ein Pflegeheim eine Lösung sein. Bei der Auswahl eines Pflegeheims sind folgende Kriterien wichtig:

Das Wohnen in einer Wohngemeinschaft oder in einem Heim kann eine gute Lösung sein.

- ausreichender Personalschlüssel
- Konzept zur Betreuung Demenzkranker
- persönliche Ausstattung der Zimmer
- Beschäftigungsmöglichkeiten
- flexible Besuchszeiten
- freundliche Atmosphäre

Kriterien zur Auswahl eines Pflegeheims

Manche Heime bieten die Möglichkeit der Kurzzeitpflege für einige Wochen, wenn die Angehörigen verreisen möchten, eine Kur antreten wollen oder sich selbst einer ärztlichen Behandlung unterziehen müssen.

Kurzzeitpflege entlastet Angehörige für einige Wochen

13 Welche rechtlichen Fragen können auftreten?

Vollmachten

So lange die Geschäftsfähigkeit eines Demenzkranken erhalten ist, kann er wichtige persönliche Entscheidungen und Handlungen durch eine Vollmacht auf andere Personen übertragen.

Rechtliche Betreuung

Wenn ein Patient wichtige Entscheidungen nicht mehr selbst treffen kann und keine anderen Personen bevollmächtigt hat, sollte beim zuständigen Betreuungsgericht (Amtsgericht) eine Betreuung angeregt werden. Eine rechtliche Betreuung ist auch Voraussetzung für die Unterbringung in der beschützenden Abteilung eines Pflegeheims.

Der rechtliche Betreuer übernimmt Aufgaben, die der Patient nicht selbst erledigen kann.

Haftpflicht

Demenzkranke können in der Regel nicht haftbar gemacht werden.

Für Schäden, die ein Demenzkranker verursacht, kann in der Regel weder er selbst noch ein Angehöriger verantwortlich gemacht werden. Dennoch ist es sinnvoll, eine Haftpflichtversicherung abzuschließen.

Geschäftsfähigkeit und Testierfähigkeit

Eine Demenzerkrankung schließt Geschäftsfähigkeit nicht aus.

Bei einer leichtgradigen Demenz kann die Geschäftsfähigkeit erhalten sein. Bei einer mittelschweren oder schweren Demenz ist sie meist aufgehoben. Die Erteilung einer Vollmacht und die Errichtung eines Testaments setzen Geschäftsfähigkeit voraus.

Vorausverfügungen

Sinnvolle Vorausverfügungen über rechtliche Vertretung und ärztliche Maßnahmen

Menschen mit Demenz sollten rechtzeitig erklären, welche Personen später in ihrem Auftrag handeln dürfen (Vorsorgevollmacht), wer als rechtlicher Betreuer eingesetzt werden soll (Betreuungsverfügung) und welche ärztlichen Maßnahmen – auch im Rahmen von wissenschaftlichen Vorhaben – künftig durchgeführt werden dürfen (Patientenverfügung). Eine Vorsorgevollmacht kann eine rechtliche Betreuung entbehrlich machen.

14 Wie bekommt man finanzielle Unterstützung?

Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach dem zeitlichen Aufwand für die Grundpflege.

Demenzkranke, die dauerhaft auf Hilfe und Betreuung angewiesen sind, haben Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die Höhe der Leistungen hängt davon ab, wie viel Zeit täglich für Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung aufgewendet werden muss. Für Demenzkranke gibt es zusätzliche Leistungen für die Nutzung „niedrigschwelliger Angebote“, wie z. B. Betreuungsgruppen („Pflegestufe 0“). Antragsformulare für Leistungen der Pflegeversicherung sind bei der zuständigen Krankenkasse erhältlich.

Sozialhilfe

Wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den tatsächlichen Pflegebedarf abzudecken, besteht Anspruch auf Hilfe zur Pflege durch das Sozialamt. Zuvor muss allerdings eigenes Einkommen und Vermögen eingebracht werden. Kinder und Ehepartner sind zum Unterhalt verpflichtet (hoher Freibetrag für Kinder). Sozialhilfe kann mit Formblättern des zuständigen Sozialamts beantragt werden.

Sozialhilfe kann erst bezogen werden, wenn eigenes Einkommen und Vermögen aufgebraucht sind.

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis bringt steuerliche und andere Vorteile wie Ermäßigung der Kraftfahrzeugsteuer, sowie der Lohn- und Einkommensteuer, Freifahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln auch für Begleitpersonen, Befreiung von Rundfunk- und Telefongebühren sowie Zuschüsse zur Wohnraumanpassung. Der Antrag kann beim Versorgungsamt gestellt werden.

Vorteile eines Schwerbehindertenausweises

15 Mitgliedsgesellschaften der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

PLZ 0 ....

Alzheimer Gesellschaft Dresden e.V., c/o Caritas Seniorenberatung, Am See 11 / 2. Etage, 01067 Dresden, Tel. 0351/4 96 21 78

Meißner Selbsthilfegruppe Demenz e.V., Köhlerstr. 1, 01662 Meißen, Tel. 03521/40 89 00

Alzheimer Angehörigen-Initiative Leipzig e.V., Kontakt- und Beratungsstelle, Höltystr. 30, 04289 Leipzig, Tel. 0341/86 32 99 06

Alzheimer Gesellschaft Sachsen e.V., Markt 7, 09306 Rochlitz, Tel. 034292/63 08 77

Alzheimer-Gesellschaft Plauen-Vogtland e.V. – Selbsthilfe Demenz –, c/o Kath. Seniorenzentrum St. Elisabeth, Kopernikusstr. 31, 08523 Plauen, Tel. 03741/7 00 15

Deutsche Alzheimer Gesellschaft Chemnitz und Umgebung e.V. Arbeitskreis Demenz, Müllerstr. 12, 09113 Chemnitz, Tel. 01803/5 51 81 03 28

PLZ 1 ....

Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V., Friedrichstr. 236, 10969 Berlin (Kreuzberg), Tel. 030/89 09 43 57

Alzheimer-Angehörigen-Initiative e.V., Reinickendorfer Str. 61 (Haus 1), 13347 Berlin, Tel. 030/47 37 89 95

Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V., Stephensonstr. 24-26, 14482 Potsdam, Tel. 0331/7 40 90 08

Alzheimer Gesellschaft Ostvorpommern – Selbsthilfe Demenz – e.V., c/o Ev. Krankenhaus Bethanien (Haus IV), Gützkower Landstr. 69, 17489 Greifswald, Tel. 03834/54 34 58

Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V., c/o Selbsthilfekontaktstelle, Goerdeler Str. 50, 18069 Rostock, Tel. 0381/8 00 82 20

PLZ 2 ....

Alzheimer Gesellschaft Landkreis Harburg e.V., Steinbecker Str. 44, 21244 Buchholz, Tel. 04181/13 36 36

Alzheimer Selbsthilfegruppe Hollenstedt e.V., Wennersdorfer Kirchweg 15, 21279 Hollenstedt, Tel. 04165/8 09 21

Alzheimer Gesellschaft Lüneburg e.V., Apfelallee 3 a, 21337 Lüneburg, Tel. 04131/76 66 56

Alzheimer Gesellschaft Kreis Herzogtum Lauenburg e.V., Schüttberg 12a, 21502 Geesthacht, Tel. 04152/83 87 27

Alzheimer Gesellschaft Cuxland e.V., Bahnhofstr. 15, 21762 Otterndorf, Tel. 04751/30 14

Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V., Wandsbeker Allee 68, 22041 Hamburg, Tel. 040/68 91 36 25

Alzheimer Gesellschaft Norderstedt-Segeberg e.V., Heidbergstr. 28, 22846 Norderstedt, Tel. 040/52 88 38 30

Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein/LV, Ohechaussee 100, 22848 Norderstedt, Tel. 040/30 85 79 87

Alzheimer Gesellschaft Stormarn e.V., c/o Peter Rantzau-Haus, Woldenhorn 3, 22926 Ahrensburg, Tel. 04102/82 22 22

Alzheimer Gesellschaft Lübeck und Umgebung e.V., Hansering 3, 23558 Lübeck, Tel. 0451/38 94 93 11

Alzheimer Gesellschaft Ostholstein e.V., Gorch-Fock-Str. 13 H, 23611 Bad Schwartau, Tel. 0451/28 30 66

Alzheimer Gesellschaft Ratzeburg im Herzogtum Lauenburg e.V., Schmilauer Str. 108, 23909 Ratzeburg, Tel. 04542/83 53 12

Alzheimer Gesellschaft Kiel e.V., Gneisenaustr. 2, 24105 Kiel, Tel, 0431/7 05 51 91

Alzheimer Gesellschaft in der Region Schleswig e.V., c/o Diakonie St. Elisabeth, Königstr. 1, 24837 Schleswig, Tel. 04621/29 05 95

Alzheimer Gesellschaft Flensburg und Umgebung e.V., c/o Haus der Familie, Wrangelstr. 18, 24937 Flensburg, Tel. 0461/4 14 05

Alzheimer Gesellschaft Kreis Pinneberg e.V., Dingstätte 49 (Pinnau-Center), 25421 Pinneberg, Tel. 04101/55 54 64

Alzheimer Gesellschaft Steinburg e.V., Feldschmiedekamp 4, 25524 Itzehoe, Tel. 04821/9 57 83 71

Alzheimer Gesellschaft Nordfriesland e.V., Stadtweg 44, 25813 Husum, Tel. 0163/6 30 66 91

Alzheimer Gesellschaft Oldenburg e.V., c/o BeKos, Lindenstr. 12a, 26123 Oldenburg, Tel. 0441/9 26 69 39

Alzheimer Gesellschaft Wilhelmshaven Friesland e.V., c/o Beratungsstelle Seniorenwohnanlage Lindenhof, Siedlerweg 10, 26384 Wilhelmshaven, Tel./Fax 04421/7 04 43

Alzheimer Gesellschaft Emden/Ostfriesland e.V. Selbsthilfe Demenz, Memmostr. 29, 26725 Emden, Tel. 0175/9 78 91 00

Alzheimer Gesellschaft Papenburg/Emsland e.V., c/o Fachschule für Altenpflege, Rathausstr. 13, 26871 Papenburg, Tel. 04961/30 30

Alzheimer Gesellschaft Bremerhaven e.V., Brommystr. 5, 27570 Bremerhaven, Tel. 0471/20 78 87

Alzheimer Gesellschaft Bremen e.V., c/o Axel Kelm, Busestr. 38, 28213 Bremen, Tel. 0421/2 44 08 14

Pro Dem e.V. zur regionalen Versorgung alter Menschen mit Hirnleistungsstörungen, Bremer Str. 7, 28816 Stuhr, Tel. 0421/8 98 33 44

Alzheimer Gesellschaft Lilienthal und Umzu e.V., Stadskanaal 1, 28865 Lilienthal, Tel. 04298/69 74 91

Alzheimer- und Demenzkrankengesellschaft Schneverdingen e.V., Am Brink 1, 29640 Schneverdingen, Tel.05193/98 26 88

PLZ 3 ....

Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e.V., Osterstr. 27, 30159 Hannover, Tel. 0511/215 74 65

Alzheimer Gesellschaft Hannover e.V., Osterstr. 27, 30159 Hannover, Tel. 0511/7 26 15 05

Alzheimer Gesellschaft f. Stadt u. Landkreis Hildesheim e.V., Bahnhofsallee16, 31134 Hildesheim, Tel. 05121/1 77 50 01

Alzheimer Gesellschaft Hameln-Pyrmont e.V., Kaiserstr. 80, 31785 Hameln, Tel. 05151/57 61 13

Alzheimer Gesellschaft Region Herford-Bad-Salzuflen e.V., Bertold-Brecht-Str. 11, 32120 Hiddenhausen, Tel. 05221/6 67 79

„Leben mit Demenz" Alzheimer Gesellschaft Kreis Minden-Lübbecke e.V., Goethestr. 42, 32427 Minden, Tel. 0571/9 74 29 67

Alzheimer Gesellschaft Paderborn e.V., Mallinckrodtstr. 22, 33098 Paderborn, Tel. 0175/8 41 31 51

Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e.V., Dammstr. 69, 33332 Gütersloh, Tel. 05241/7 09 40 50

Alzheimer Gesellschaft Bielefeld e.V., Niederwall 65, 33602 Bielefeld, Tel. 0521/8 43 47

Alzheimer Gesellschaft Marburg-Biedenkopf e.V., Biegenstr. 7, 35037 Marburg, Tel. 06421/69 03 93

Alzheimer Gesellschaft Mittelhessen e.V., Geiersberg 15, 35578 Wetzlar, Tel. 06441/4 37 42

Alzheimer Gesellschaft Dill e.V., c/o „Die Brücke", Auf der Bitz 2, 35767 Breitscheid, Tel. 02777/66 60

Alzheimer Gesellschaft Osthessen e.V., c/o Herz-Jesu-Krankenhaus, Buttlarstr. 74, 36039 Fulda, Tel. 0661/1 55 01

Alzheimer Gesellschaft Göttingen e.V., Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen, Tel. 01805/45 25 65

Alzheimer Gesellschaft Werra-Meißner e.V., Vor dem Brückentor 4, 37269 Eschwege, Tel. 05651/3 35 41 79

Alzheimer Gesellschaft Region Harz e.V. Geschäftsstelle Wieda, Harzstr. 47, 37447 Wieda, Tel. 05586/80 40

Alzheimer Gesellschaft Braunschweig e.V., c/o Ambet e.V. Triftweg 73, 38118 Braunschweig, Tel. 0531/2 56 57 40

Alzheimer Gesellschaft im Landkreis Gifhorn e.V., Braunschweiger Str. 137, 38518 Gifhorn, Tel. 05371/89 56 97

Alzheimer Gesellschaft Sachsen-Anhalt e.V., Am Denkmal 5, 39110 Magdeburg, Tel. 0391/2 58 90 60

PLZ 4 ....

Landesverband der Alzheimer Gesellschaften in NRW e.V., c/o Rheinische Kliniken, Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf, Tel. 0211/24 08 69 10

Alzheimer Gesellschaft Düsseldorf & Kreis Mettmann e.V., Rheinische Kliniken, Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf, Tel./Fax 0211/2 80 17 59

Alzheimer Gesellschaft Mönchengladbach e.V., Königstraße 151, 41236 Mönchengladbach, Tel. 02166/45 51 02

Alzheimer Gesellschaft Neuss/Nordrhein e.V., Mohnstr. 48, 41466 Neuss, Tel. 02131/22 21 10

Alzheimer Gesellschaft Dortmund e.V., Kattenkuhle 49, 44269 Dortmund, Tel. 0231/7 24 66 11

Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V., Universitätsstr. 77, 44789 Bochum, Tel. 0234/3 37 77 2

Alzheimer Gesellschaft Essen e.V., c/o Memory Clinic Essen, Germaniastr. 1-3, 45356 Essen, Tel./Fax 0201/6 31 11 33

Alzheimer Gesellschaft Mülheim an der Ruhr e.V., Tourainer Ring 4, 45468 Mülheim, Tel. 0208/99 10 76 70

Alzheimer Gesellschaft Hattingen und Sprockhövel e.V., Bredenscheider Str. 58, Haus D, 45525 Hattingen, Tel. 02324/68 56 20

Alzheimer Gesellschaft Vest Recklinghausen e.V., Haus der Caritas, Mühlenstraße 27, 45659 Recklinghausen, Tel. 02361/5 89 01 00

Alzheimer Gesellschaft Gelsenkirchen/proDem e.V., Schmalhorststr. 6, 45899 Gelsenkirchen, Tel. 0209/5 78 74

Alzheimer Gesellschaft Duisburg e.V., c/o AWO Seniorenzentrum, Wintgensstr. 63-71, 47058 Duisburg, Tel. 0203/3 09 51 04

Alzheimer Gesellschaft im Kirchenkreis Moers für den Niederrhein e.V., Gabelsbergerstr. 2, 47441 Moers, Tel. 02841/10 01 79

Alzheimer Gesellschaft Münster e.V., Tannenbergstr. 1, 48147 Münster, Tel. 0251/78 03 97

Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld e.V., c/o Klinik am Schlossgarten GmbH Dülmen, Am Schlossgarten 10, 48249 Dülmen, Tel. 02594/92 01

Alzheimer Selbsthilfegruppe Osnabrück e.V., Am Pingelstrang 75, 49134 Wallenhorst, Tel. 05407/85 91 31

Alzheimer-Gesellschaft Lohne/Dinklage e.V., Franziskusstr. 6, 49393 Lohne, Tel. 04442/8 13 10

Alzheimer Gesellschaft Weser-Ems e.V., Im Burggarten 1c, 49610 Quakenbrück, Tel. 05431/96 89 41

PLZ 5 ....

Alzheimer Gesellschaft Rhein-Erft-Kreis e.V., Bonnstr. 195a, 50354 Hürth, Tel. 0171/9 38 88 00

Alzheimer Gesellschaft Köln e.V., Lübecker Str. 6, 50858 Köln, Tel. 02234/97 90 12

Alzheimer Gesellschaft im Bergischen Land e.V., Marie-Juchacz-Str. 7, 51645 Gummersbach, Tel. 02261/81 55 75

Alzheimer Gesellschaft Aachen e.V., Stolberger Str. 23, 52068 Aachen, Tel. 0241/44 59 92 07

Alzheimer Gesellschaft Kreis Düren e.V., c/o Geschwister-Louis-Haus, Baptist-Palm-Platz 1, 52393 Hürtgenwald, Tel. 02429/9 40 60

Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V., Friesdorferstr. 91, 53173 Bonn, Tel./Fax 0228/3 86 28 53

Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen e.V., Augenbroicher Str. 54, 53879 Euskirchen, Tel. 02251/8 06 66

Alzheimer Gesellschaft Region Trier e.V., Albert-Schweitzer-Str. 40, 54329 Konz, Tel. 06501/54 76

Alzheimer Initiative Rheinland-Pfalz e.V., c/o rat und tat Mobile Altenhilfe GmbH, Kurt-Schumacher-Str. 20-22, 55124 Mainz, Tel. 06131/94 33 40

Alzheimer Gesellschaft nördliches Rheinland-Pfalz e.V., Schulstr. 24 a, 56736 Kottenheim, Tel. 02651/40 90 12

Alzheimer Gesellschaft Westerwald e.V., Birkenweg 9, 56269 Marienhausen, Tel. 02689/9 25 98 01

Alzheimer Gesellschaft Siegen e.V., Birkenweg 18, 57234 Wilnsdorf, Tel. 0271/39 05 21

Alzheimer Gesellschaft Hochsauerlandkreis e.V., c/o Seniorenwohnen im Park, An der Lied 1, 57392 Bad Fredeburg, Tel. 02974/67 95

Alzheimer-Demenz Selbsthilfegruppe Hagen e.V., Frankstr. 4, 58135 Hagen, Tel. 02331/2 04 67 58

Alzheimer Gesellschaft Hamm e.V., Alter Uentroper Weg 24, 59071 Hamm, Tel. 02381/8 76 88 59

Alzheimer Gesellschaft im Kreis Warendorf e.V., c/o KAA, Wilhelmstr. 5, 59227 Ahlen, Tel. 02382/40 90

Alzheimer Gesellschaft im Kreis Soest e.V., Feldmühlenweg 21, 59494 Soest, Tel. 02921/9 81 05 12

Alzheimer Gesellschaft Frankfurt/M. e.V., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Heinrich Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt, Tel. 069/63 01 51 96

PLZ 6 ....

Selbsthilfe Demenz Alzheimer Gesellschaft Wetteraukreis e.V., Johann-Peter-Schäfer-Str. 3, 61169 Friedberg, Tel. 06031/89 11 90

Alzheimer Gesellschaft Region Offenbach e.V., Elisabethenstr. 51, 63071 Offenbach, Tel. 069/87 87 65 06

Alzheimer Gesellschaft Main-Kinzig e.V., Barbarossastr. 24, 63571 Gelnhausen, Tel. 06051/8 51 61 60

Alzheimer Gesellschaft Kahlgrund e.V., Laudenbacher Str. 16, 63825 Schöllkrippen, Tel. 06024/18 44

DemenzForum Darmstadt e.V., Bad Nauheimer Str. 9, 64289 Darmstadt, Tel. 06151/96 79 96

Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e.V., Rheingaustr. 114, 65203 Wiesbaden, Tel. 0611/6 02 98 81

Alzheimer Gesellschaft Hessen e.V., Rheingaustr. 114, 65203 Wiesbaden, Tel. 0611/6 02 98 81

Alzheimer- und Demenzkranken Gesellschaft Rüsselsheim e.V., Haus der Senioren, Frankfurter Str. 12, 65428 Rüsselsheim, Tel. 06142/21 03 73

Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Saarland e.V., c/o Universitätsklinik, Gebäude 90/3, 66421 Homburg, Tel. 01805/33 63 69

Demenz-Verein Saarlouis e.V., Demenzzentrum Villa Barbara, Ludwigstr. 5, 66740 Saarlouis, Tel. 01805/33 63 69

Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., Mundenheimer Straße 239, 67061 Ludwigshafen am Rhein, Tel. 0621/56 98 60

PLZ 7 ....

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V., Friedrichstr. 10, 70174 Stuttgart, Tel. 0711/24 84 96-60

Alzheimer Gesellschaft Mittelbaden e.V., c/o Rechtsanwaltskanzlei, Rheinstr. 48, 76532 Baden-Baden, Tel. 07221/30 21 70

PLZ 8 ....

Alzheimer Gesellschaft München e.V., Josephsburgstr. 92, 81673 München, Tel. 089/47 51 85

Alzheimer Gesellschaft Landkreis München Süd e.V. Selbsthilfe Netzwerk Demenz, Münchner Str. 1, 82008 Unterhaching, Tel. 089/99 24 81 16

Alzheimer Gesellschaft Fünf Seen Land e.V., Andechserstr. 16, 82346 Erling/Andechs, Tel. 08152/9 33 94 72

Alzheimer Gesellschaft Pfaffenwinkel e.V., Fachstelle für pflegende Angehörige, Schützenstr. 26 b, 82362 Weilheim, Tel. 0881/9 27 60 91

Alzheimer Gesellschaft Berchtesgadener Land e.V., Sammlerweg 8, 83471 Schönau am Königssee, Tel. 08652/97 80 42

Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt e.V., Fachstelle für pflegende Angehörige, Fauststr. 5, 85051 Ingolstadt, Tel. 0841/8 81 77 32

Alzheimer Gesellschaft Landkreis Ebersberg e.V., Paulhuberweg 2-4, 85560 Ebersberg, Tel. 08092/2 24 45

Alzheimer Gesellschaft Augsburg e.V., c/o PIKASSO, Heilig-Kreuz-Str. 22, 86152 Augsburg, Tel. 0821/3 19 31 10

Alzheimer Gesellschaft Allgäu e.V., Leonhardstr. 16 A, 87437 Kempten, Tel. 0831/9 60 62 32

PLZ 9 ....

Alzheimer Gesellschaft Mittelfranken e.V., c/o Angehörigenberatung e.V. Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg, Tel. 0911/26 61 26

Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e.V., Wallensteinstr. 65, 90431 Nürnberg, Tel. 0911/4 46 67 84

Alzheimer Gesellschaft Stadt und Landkreis Ansbach e.V. (AGA), Nürnberger Str. 32, 91522 Ansbach, Tel. 0981/5 12 37

Alzheimer Gesellschaft Oberpfalz e.V., Prüfeninger Str. 86, 93049 Regensburg, Tel. 0941/9 45 59 37

Alzheimer Gesellschaft e.V. Regionalgruppe Hof/Wunsiedel, Schillerstr. 7, 95126 Schwarzenbach a.d.Saale, Tel. 0171/6 78 84 55

Alzheimer Gesellschaft Bayreuth-Kulmbach e.V., Nordring 2, 95445 Bayreuth, Tel. 0921/2 83 30 03

Alzheimer Gesellschaft Würzburg Unterfranken e.V., c/o Halma e.V. Berliner Platz 8, 97080 Würzburg, Tel. 0931/28 43 57

Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V., c/o AWO Landesverband Thüringen e.V., Pfeiffersgasse 12, 99084 Erfurt, Tel. 0361/21 03 15 55

Stand 11/2010

Weitere Adressen können Sie über die aufgeführten Alzheimer-Gesellschaften und die Geschäftsstelle in Berlin erfahren. Eine ständig aktualisierte Liste finden Sie auf den Internetseiten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

16 Informationsschriften der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Leitfaden zur Pflegeversicherung
Gut verständliche Hilfe bei Antragstellung, Leistungsgewährung, Widerspruchsverfahren etc., 6 €

Ratgeber in rechtlichen und finanziellen Fragen
Informationen über Haftung bei Schäden, Finanzierung der häuslichen Pflege u.v.m., 6 €

Ratgeber Häusliche Versorgung Demenzkranker
Informationen über unterstützende Angebote, 6 €

Leben mit Demenzkranken
Hilfen für schwierige Verhaltensweisen und Situationen im Alltag, 4 €

Mit Musik Demenzkranke begleiten
Tipps und Informationen, 4 €

Prävention, Therapie und Rehabilitation für Demenzkranke
Möglichkeiten, die Lebensqualität zu fördern, 4 €

Demenz interaktiv
Informationen und Übungen für Angehörige und Betroffene, CD-ROM, 15 €

Probeexemplar der Zeitschrift „Alzheimer Info"
Mitgliederzeitschrift der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, erscheint seit 1997 vierteljährlich, 3 €

Bestellen Sie bitte bei der Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft unter der Telefonnummer 030/259 37 95 0 oder im Internet: www.deutsche-alzheimer.de.
Dort finden Sie auch ein vollständiges Verzeichnis unserer Veröffentlichungen, sowie eine umfangreiche Literaturliste.

17 Stichwortverzeichnis

Acetylcholin 7, 22-23
Aggressive Verhaltensweisen 11, 23-24, 28-29
Altersbedingte Gedächtniseinbußen 17
Aluminium 8
Amyloid 6-8, 18, 23
Angehörige 2-3, 11, 14, 16, 20-21, 25-32, 34, 40
Angehörigengruppen 26, 29
Antidementiva 22
Antirheumatika 25
Apolipoprotein E 8
Aufklärung 20

Beleuchtung 27
Berentung 21, 27
Berufstätigkeit 21
Beschäftigung 27, 29-31
Betreuungsgruppen 30, 32
Betreuungsverfügung 32
Bildgebende Verfahren 19
Bluthochdruck 13, 25

Cholesterinsenkende Mittel 25
Computertomogramm 19

Delir 5, 16, 18
Demenz 1-3, 5, 9-32, 34-36, 39, 41
Denkschwierigkeiten 5-6, 10-11, 14-17, 22
Depression 11, 13, 16-17, 28
Diagnose 3, 15-16, 19-20
Durchblutungsstörungen 5, 8, 12, 18, 23, 25

Erbliche Krankheitsfälle 6-7, 13-15
Ernährung 25, 28, 32

Fahrtauglichkeit 11, 20-21
Flüssigkeitszufuhr 28
Frontotemporale Demenz 13-14
Frontotemporale lobäre Degeneration 12-13

Gedächtnisstörungen 9-10, 14-15, 18
Gefahrenquellen 28
Gefäßkrankheiten 12-13, 16, 21, 25
Geistige Aktivierung 23-24

Genetische Tests 8
Geschäftsfähigkeit 31-32

Haftpflichtversicherung 32
Häufigkeit von Demenzerkrankungen 5
Helferinnenkreise 30

Inkontinenz 11-12

Körperpflege 11, 24, 27-28, 32
Krampfanfälle 12

Laborbestimmungen 18
Leben in der Vergangenheit 11
Lebensführung 8, 11
Leichte kognitive Störung 9, 18
Leichtgradige Demenz 10, 27
Lewy-Körper-Krankheit 12

Magnetresonanztomogramm 19
Medikamente 13, 16-18, 21-22, 25, 28
Mittelschwere Demenz 11, 27
Multi-Infarkt-Demenz 13
Mutationen 7-8, 14-15

Nicht-flüssige progrediente Aphasie 13-14, 24
Nicht-medikamentöse Behandlung 23-24
Nootropika 22

Östrogen 25
Orientierungslosigkeit 11

Parkinson-Krankheit 12, 15, 18, 21
Patientenverfügung 32
Pflegedienste 29
Pflegeheime und Wohngemeinschaften 31
Pflegeversicherung 32-33, 41
Pick-Krankheit 14
Psychiatrische Krankenhäuser 30

Rechtliche Betreuung 16, 20, 31-32

Schlaganfall 8, 18

Schluckstörungen 12, 24
Schwerbehindertenausweis 33
Schwere Demenz 11-12, 27
Seltene Demenzursachen 5, 12
Semantische Demenz 13-14, 24
Sinnestäuschungen 11-12, 15, 18, 21, 23
Sozialhilfe 33

Tagesklinik 30
Tagespflege 30
Tests 8, 10, 17, 32
Todesursache 12
Toilettentraining 28

Überforderung 28, 30
Unruhe 11, 17-18, 21, 23-24, 28

Verhaltensweisen 11, 13, 17, 23-24, 28-29, 41
Verständigung 27
Vitamine 18, 22, 25
Vorbeugung 3, 8, 21, 25
Vorsorgevollmacht 32

Wahnhafte Befürchtungen 11, 21, 23

Gefördert durch das
Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend

Alzheimer-Telefon

0 18 03 – 17 10 17*

* 9 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz

Alzheimer-Telefon (Festnetz): 030-259 37 95-14

Beratung und Information für Betroffene, Angehörige, ehrenamtlich und beruflich Engagierte

Wir sind für Sie da

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
www.deutsche-alzheimer.de

Friedrichstr. 236
10969 Berlin

Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen

Ein kompakter Ratgeber

Dieser kompakte Ratgeber wurde Ihnen überreicht von:

Eine herzliche Bitte:
Unterstützen Sie die Arbeit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.
(Konto: Bank für Sozialwirtschaft Berlin, Nr. 33 778 00, BLZ 100 205 00)
oder Ihrer regionalen Alzheimer Gesellschaft
durch eine Spende.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz
Friedrichstr. 236 · 10969 Berlin
Tel. (030) 2 59 37 95-0 · Fax (030) 2 59 37 95-29
Alzheimer-Telefon: 01803-17 10 17*
E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de
Internet: www.deutsche-alzheimer.de
Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft Berlin
Konto-Nr.: 337 78 00 · BLZ 100 205 00

* 9 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz