

# Demenz

Eine Information  
für Patienten  
und Angehörige

**TK**  
Techniker  
Krankenkasse  
Gesund in die Zukunft.

# Demenz

Eine Information  
für Patienten und Angehörige

Autoren und Redaktion haben die Angaben zu Medikamenten und ihren Dosierungen mit größter Sorgfalt und entsprechend dem aktuellen Wissensstand bei Fertigstellung des Buches verfasst. Trotzdem ist der Leser ausdrücklich aufgefordert, anhand der Beipackzettel der verwendeten Präparate in eigener Verantwortung die Dosierungsempfehlungen und Kontraindikationen zu überprüfen.

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Herausgeber: Techniker Krankenkasse,  
Hauptverwaltung, 22291 Hamburg.  
Unter wissenschaftlicher Beratung der  
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft  
und basierend auf deren ärztlichen  
Therapieempfehlungen.  
Konzept und Realisation: nexus – Beratungsnetz  
im Gesundheitswesen GmbH, Odenthal.  
Printed in Germany: Schnitzer Druck, Korb.  
© Techniker Krankenkasse Hamburg,  
nexus GmbH, Odenthal.  
ISBN 3-933779-14-6  
1. Auflage 2002

# Inhalt

Einleitung	5
Demenz – Formen und Ursachen	6
Demenz – das klinische Bild	11
Demenz – die Diagnostik	14
Die medikamentöse Therapie	17
Begleittherapie	23
Betreuung im häuslichen Umfeld	25
Betreuung in Pflegeeinrichtungen	29
Nachwort	30
Adressen	31
Fremdwörterlexikon	32



# Einleitung

In Deutschland gehört für mehr als eine Million Betroffene und ihre Familien die Demenz zum Alltag. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. Heute bereits sind circa 20 Prozent der Deutschen älter als 60 Jahre. Im Jahr 2030 wird jeder Dritte die 60 überschritten haben. Der Anteil Demenzkranker liegt bei den 60-Jährigen noch bei einem Prozent, steigt bei den 80-Jährigen auf 20 Prozent und bei den 90-Jährigen sogar auf bis zu 50 Prozent an. Prognosen besagen, dass bereits im Jahre 2030 mit bis zu 2,5 Millionen Demenzkranken zu rechnen ist.

In der hier vorliegenden Broschüre können sich Betroffene und Angehörige über das Erkrankungsbild der Demenz informieren. Hier erfahren Sie, wie eine Demenz aussieht, welche Formen der Demenz es gibt und welche Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie bestehen. Außerdem erläutert die Broschüre, wie man den Bedürfnissen der Menschen, die unter einem demenziellen Syndrom leiden, begegnet und welche Hilfen in häuslicher Betreuung oder in einer Pflegeeinrichtung zur Verfügung stehen.

Die Verwendung von einigen medizinischen Fachbegriffen lässt sich auch in einer Broschüre, die vor allem für Patienten und Angehörige gedacht ist, nicht gänzlich vermeiden. Das am Ende der Broschüre angefügte kleine Fremdwörterlexikon soll Ihnen hier eine Hilfe sein.

# Demenz – Formen und Ursachen

## **Demenz – eine Summe von Krankheitszeichen**

Die Demenz zeichnet sich durch einen fortschreitenden Verlust früher erworbener Fähigkeiten des Gehirns aus. Hierzu gehören Gedächtnisfunktionen, Urteilsfähigkeit, Orientierung und Denkvermögen.

Streng genommen ist die Demenz keine eigenständige Krankheit, sondern ein Syndrom. Ein Syndrom wiederum ist eine Gruppe unterschiedlicher Symptome, also Krankheitszeichen, die für ein bestimmtes Krankheitsbild charakteristisch sind. Im Folgenden werden die verschiedenen Arten der Demenz erläutert. Bei den so genannten primären Formen, zum Beispiel der Alzheimer-Demenz, ist die Demenz vorwiegendes oder einziges Krankheitszeichen. Es gibt aber auch sekundäre Demenzen, bei denen die Symptome einer Demenz auf eine Vielzahl anderer Ursachen zurückzuführen sind wie zum Beispiel einen Mangel an bestimmten Nahrungsstoffen, Alkoholmissbrauch, Kopfverletzungen oder Hirnentzündungen.

## **Demenz vom Alzheimer-Typ**

Die häufigste Art der Demenz ist die vom Alzheimer-Typ mit einem Anteil von 60 Prozent der Fälle. Bei dieser finden sich typische Ablagerungen von Proteinen, so genannte Plaques und Fibrillen, in der Hirnrinde. Das Gehirn schrumpft, und die Anzahl der Kontaktstellen (Synapsen) zwischen den Nervenzellen nimmt ab. Diese Schrumpfung kann man heute mit bildgebenden Untersuchungsmethoden wie der Computertomographie oder der Kernspintomographie darstellen.

Es ist noch nicht ganz geklärt, wie es letztlich zur Entstehung der demenziellen Symptome kommt. Schlüssig scheint die Vorstellung zu sein, dass ein Mangel an einem bestimmten Überträgerstoff in der Hirnrinde (Acetylcholin) vor allem für die Gedächtnisstörungen verantwortlich ist. Heute wird die Alzheimer-Demenz dadurch diagnostiziert, dass man andere Gründe für eine

Demenz ausschließt. Der absolut sichere Nachweis der Krankheit zu Lebzeiten ist nicht möglich. Dennoch ist die diagnostische Sicherheit auch ohne eine direkte Untersuchung des Hirngewebes heute unter Einbeziehung von bildgebenden Verfahren und Untersuchungen des Nervenwassers mit circa 90 Prozent sehr hoch.

In weniger als zehn Prozent der Alzheimer-Erkrankungen treten familiäre Häufungen auf. Bei vielen dieser Patienten konnten Auffälligkeiten in den Erbanlagen (Genom) gefunden werden, die für den Entstehungsprozess der Erkrankung von Bedeutung sind. Über 90 Prozent der Alzheimer-Erkrankten leiden aber unter der so genannten „sporadischen“ Form der Erkrankung, die keinem strengen Erbgang folgt. Dennoch haben Verwandte ersten Grades ein etwa dreifach höheres Erkrankungsrisiko. Ursächlich könnten hier eine Reihe von ebenfalls genetisch mitbestimmten Faktoren eine Rolle spielen, die die Krankheitsentwicklung fördern (so genannte Vulnerabilitätsfaktoren).

Völlige Unklarheit herrscht zur Zeit noch darüber, wodurch der Krankheitsprozess einer Alzheimer-Demenz angestoßen wird. Neben Stoffwechselstörungen werden Virusinfektionen, Hormone, psychischer Stress, Ernährungsbestandteile und -gewohnheiten und andere Umweltfaktoren diskutiert.



## Vaskuläre Demenz

Die zweithäufigste Ursache für eine Demenz sind Erkrankungen der Hirngefäße. Man spricht hierbei von einer vaskulären Demenz, die sich in circa 15 Prozent der Fälle findet. Dabei können sowohl die großen hirnversorgenden Gefäße betroffen sein (Makroangiopathie) als auch die kleinen Hirngefäße (Mikroangiopathie). Durch krankhafte Veränderungen in den Gefäßwänden, wie zum Beispiel bei der Arteriosklerose, wird der Gefäßquerschnitt eingeengt. Der Blutfluss durch solche Gefäße ist dann behindert oder wird ganz unterbrochen. Daraus folgt eine Mangelversorgung des Gehirns. Diese kann sich plötzlich als Schlaganfall äußern oder sich auch schleichend über Jahre hinweg entwickeln.

Mit Hilfe von ultraschallgestützten Verfahren werden arteriosklerotische Gefäßveränderungen sichtbar. Mit den schon genannten bildgebenden Verfahren lassen sich Veränderungen der Hirnsubstanz, die von Durchblutungsstörungen verursacht sind, darstellen. Neben der Computertomographie des Gehirns (Schichtaufnahme) liefern kernspintomographische Aufnahmen sehr exakte Bilder des Hirngewebes.

Treten demenzielle Symptome innerhalb von wenigen Monaten nach einem Schlaganfall, das heißt nach einer akuten Hirndurchblutungsstörung auf, liegt die Diagnose einer vaskulären Demenz nahe. Bei der „schleichenden Form“ der Hirngefäßerkrankung fehlen in der Regel solche eindrucksvollen diagnostischen Hinweise. Nehmen demenzielle Symptome zu und sind diese begleitet von häufig wiederkehrenden neurologischen Störungen, die Zeichen einer gestörten Hirndurchblutung sind, spricht das für eine vaskuläre Demenz. Neurologische Störungen dieser Art können sich in Beeinträchtigungen des Sehens oder Sprechens sowie in einer Kraftlosigkeit bis hin zu Lähmungen in Armen und Beinen äußern. Diese Störungen sind meist nur von kurzer Dauer und bilden sich in der Regel vollständig zurück. Letztendlich ist es eine oft schwierige ärztliche Aufgabe, die Zusammenhänge zwischen Demenz und nachweisbaren Störungen der Hirnfunktion herauszufinden.

## Weitere Formen

Weitere Demenz-Typen ergeben sich aus Kombinationen einer Demenz vom Alzheimer-Typ mit einer vaskulären Demenz beziehungsweise mit dem Morbus Parkinson – einer Erkrankung, bei der es zu einem fortschreitenden Verlust bestimmter Zellen des Gehirns kommt. Beide Kombinationen finden sich in etwa acht Prozent der Fälle.

Andere neurologische Erkrankungen, die mit einem demenziellen Syndrom einhergehen, sind selten. Hierzu gehört zum Beispiel die Creutzfeld-Jakob-Erkrankung, die durch die BSE-Erkrankung in der europäischen Tierzucht zeitweise in das öffentliche Interesse gerückt ist. Diese Erkrankungen bedürfen einer genauen diagnostischen Abklärung unter Einbeziehung psychiatrischer und/oder neurologischer Fachärzte. An vielen Orten stehen hierfür jetzt auch Gedächtnissprechstunden zur Verfügung.

Eine entscheidende Bedeutung für die Diagnose demenzieller Syndrome haben die Erkrankungen, in deren Verlauf Demenz-Symptome auftreten, die aber durch die rasche Einleitung einer auf die Krankheitsursachen zielenden Therapie behandelbar sind. Diese so genannten „sekundären oder symptomatischen Formen“ demenzieller Störungen können auftreten bei Stoffwechselstörungen der Schilddrüse, Vitaminmangelzuständen, Elektrolytstörungen, schädlichen Einflüssen von zum Beispiel Alkohol oder Arzneimitteln sowie Bluterkrankungen und chronischen Infektionskrankheiten. Der Ausschluss solcher, nicht nur den Hirnstoffwechsel betreffenden Erkrankungen sollte immer am Anfang der diagnostischen Abklärung einer Demenz stehen.

Im Rahmen einer depressiven Erkrankung kann es ebenfalls zu einer demenzartigen Störung kommen. Auch manche der zur Therapie der Depression eingesetzten Arzneimittel können unter Umständen bei längerer Gabe eine „Pseudo-Demenz“ verursachen. Im Gegensatz zu den zum Beispiel an einer Alzheimer-Demenz erkrankten Patienten klagen depressiv Kranke meist sehr über ihre Leistungsdefizite wie etwa Denk- oder Gedächtnisstörungen. Diese Störungen der Hirnleistung bilden sich zum Beispiel durch

### **Die Demenz als Folge anderer Hirnkrankheiten**

### **Die Demenz als Folge internistischer Erkrankungen**

### **Hirnleistungsstörungen Symptom einer depressiven Erkrankung**

eine antidepressive Medikation in den meisten Fällen sehr gut zurück. Mitunter ist aber auch die Depression ein erstes Zeichen einer beginnenden Demenz. Da sowohl demenzielle wie auch depressive Störungen mit dem Alter zunehmen, muss stets die Möglichkeit einer Demenz diagnostisch ausgeschlossen werden. Dies gilt vor allem dann, wenn jemand im Alter erstmals im Leben depressiv geworden ist. Im Zweifel sollte ein psychiatrischer Facharzt oder eine Gedächtnissprechstunde zu Rate gezogen werden.

Die Kenntnis der Vielfältigkeit demenzieller Syndrome ist sowohl für die Betroffenen als auch für die behandelnden Ärzte von großer Bedeutung. Bei der Diagnosestellung müssen die gut behandelbaren Erkrankungen sorgfältig von denen unterschieden werden, die mit einem fortschreitenden Verfall der geistigen Fähigkeiten einhergehen. Bei letzteren sind die Therapiemöglichkeiten zurzeit leider noch sehr begrenzt.

# Demenz – das klinische Bild

Das klinische Erscheinungsbild einer Demenz ist anfänglich durch die Abnahme der Gedächtnisfunktionen, später auch des Denkvermögens gekennzeichnet. Im weiteren Verlauf treten auch Veränderungen der Persönlichkeitsmerkmale hinzu.

Bei den Gedächtnisstörungen unterscheidet man solche, die das Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigen von denen, die Langzeitinhalte betreffen. So können Patienten mit Störungen des Kurzzeitgedächtnisses neue Informationen schlecht behalten. Patienten mit Beeinträchtigung des Langzeitgedächtnisses vergessen Gedächtnisinhalte, die sie schon seit vielen Jahren gespeichert hatten wie zum Beispiel die eigenen Geburtsdaten, den Beruf oder die Namen der Kinder.

**Gedächtnisstörungen stehen anfangs im Vordergrund**

In der Frühphase einer Demenzerkrankung, insbesondere bei der vom Alzheimer-Typ, fallen neben ersten Fehlern in der Gedächtnisleistung, die überwiegend das Kurzzeitgedächtnis betreffen, eine zunehmende Unsicherheit im Umgang mit neuen Dingen auf. Dies erscheint zum Teil wie Desinteresse und eine Abnahme der Sorgfalt und des Engagements in den Alltagsaktivitäten (Hobbys, Hausarbeit, berufliche Leistung, Körperhygiene). Im weiteren Verlauf treten noch andere Symptome hinzu:

- **Störungen des abstrakten Denkens:** zum Beispiel Sprichwörter erklären;
- **Beeinträchtigung des Urteilsvermögens:** zum Beispiel Abwägen von Argumenten bei einer Problemlösung;
- **Beeinträchtigung des räumlichen Vorstellungsvermögens:** zum Beispiel Figuren nachzeichnen;
- **Persönlichkeitsveränderungen:** Geiz, Misstrauen, Aggressivität, Eifersucht, distanzloses Verhalten, Pedanterie, Rechthaberei, sozialer Rückzug;

- **Orientierungsstörungen:** der Kranke findet sich in der Heimatstadt oder in der Wohnung nicht mehr zurecht;
- **Störungen im Bewegungsablauf alltäglicher Tätigkeiten:** zum Beispiel Zähne putzen, Anziehen, Schnürsenkel binden usw.;
- **Sprachstörungen:** Wortfindungsstörungen, Dinge benennen.

**Die Krankheitseinsicht fehlt**

Auffällig ist vor allen Dingen, dass der Betroffene seine Leistungseinbußen nicht oder nur sehr eingeschränkt beklagt. Seine Umwelt hingegen stellt bereits deutliche Einschränkungen in den Verrichtungen des täglichen Lebens fest. Eine Krankheitseinsicht fehlt in der Regel. In späteren Krankheitsstadien können Ruhelosigkeit und Erregungszustände das Zusammenleben mit demenzten Patienten extrem anstrengend und kompliziert machen.

**Der Krankheitsverlauf hängt von der Grundursache ab**

Der Krankheitsverlauf einer Demenz ist im Wesentlichen von der zugrunde liegenden Ursache abhängig. So findet man Demenzen, die relativ rasch zu einem Verlust der selbstständigen Lebensführung führen. Dies ist zum Beispiel der Fall bei der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung, Stoffwechselstörungen der Schilddrüse, Schlaganfällen, Hirnverletzungen, chronischen Vergiftungen oder Vitaminmangel. Dagegen zeigen Demenzen vom Alzheimer-Typ, vaskuläre Demenzen mit Beeinträchtigung der kleinen Hirngefäße oder chronische Alkoholschäden schlechende, jedoch fortschreitende Verläufe über viele Jahre.

Bei der Alzheimer-Demenz liegt die mittlere Krankheitsdauer (Lebenserwartung) bei sechs bis acht Jahren. Es kommen jedoch auch Verläufe von 15 und mehr Jahren vor.

Viele Patienten, die im Alter eine Abnahme ihrer geistigen Leistungsfähigkeit bemerken, suchen voller Sorge einen Arzt auf mit der Frage, ob eine Demenz vorliegt. Doch nicht jede Gedächtnisstörung endet im schicksalhaften Verlauf einer Demenzerkrankung. Häufig begrenzen sich die Leistungseinbußen auf einen kleinen Bereich (Telefonnummern, Namensgedächtnis), zeigen über Jahre hinweg kein Fortschreiten und schränken die Bewältigung der alltäglichen Aufgaben nicht ein. Verfallen Sie daher nicht in Panik, wenn der Haustürschlüssel einmal stecken geblieben ist oder Ihnen ein Name nicht gleich einfällt.

**Nicht jedes Vergessen  
ist Zeichen einer  
Demenz**



# Demenz – die Diagnostik

Um die Diagnose einer Demenz stellen zu können, wird gefordert, dass Einschränkungen in verschiedenen Bereichen der geistigen Fähigkeiten vorliegen müssen, die eine erhebliche Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens nach sich ziehen.

## **Umfassende Diagnostik erforderlich**

Sollten sich Symptome einer Demenz zeigen, lohnt es sich auf jeden Fall, möglichst früh ärztliche Hilfe zu suchen. Entscheidend dabei ist, möglicherweise gut behandelbare von den weniger gut behandelbaren Ursachen einer Demenz abzugrenzen. Durch eine frühe und umfassende Diagnostik kann dann eine zielgerichtete Therapie eingeleitet werden. Wichtig ist, dass eine Bezugsperson den Patienten zum Arzt begleitet. Diese kann objektiver über Leistungseinschränkungen berichten, die der Patient selbst gar nicht oder nicht so gravierend wahrnimmt. Die frühe Diagnostik ermöglicht es aber auch, die Angehörigen rechtzeitig zu informieren und rechtliche und finanzielle Angelegenheiten zu regeln.

## **Erhebung der Krankengeschichte**

Grundlegend für die Diagnose einer Demenz ist vor allen Dingen die gezielte und umfassende Erhebung der Krankengeschichte (Anamnese). Dabei werden neben dem Betroffenen auch die Angehörigen befragt. Bei der Anamneseerhebung werden Fragen zu den einzelnen intellektuellen Fähigkeiten gestellt wie Gedächtnis, Orientierung, Denkvermögen, Sprachleistung, Persönlichkeitsmerkmalen, Konzentration und Interessenlage. Über die Art, wie exakt und ausführlich der Patient auf die gestellten Fragen antwortet, bekommt der untersuchende Arzt meist schon einen guten Eindruck von seiner geistigen Leistungsfähigkeit. Diese Befragung kann mit schon vorgefertigten standardisierten Fragebögen (Screening Tests) ergänzt werden. Oft ist es sinnvoll, die Angehörigen nicht im Beisein des Betroffenen zu befragen. Zum einen kann die Aufzählung intellektueller Leistungsdefizite den Patienten erheblich belasten. Zum anderen können Angehörige unbeschwerter die wirklich vorliegenden Defizite darlegen, ohne das Gefühl zu haben,



den Kranken damit zu verletzen. Neben der Schilderung der Symptome ist es auch wichtig, über Begleit- und Vorerkrankungen des Patienten sowie über aktuelle oder zurückliegende Arzneimitteleinnahmen zu berichten. Beides kann für die ursächliche Einordnung einer demenziellen Symptomatik wichtig sein.

## **Spezielle Testverfahren**

Neben dieser Befragung setzen die Ärzte spezielle Testverfahren ein, anhand derer einzelne Aspekte der Hirnleistungsfähigkeit eines Patienten beurteilt werden können. Die Auswahl dieser so genannten psychometrischen Tests ist abhängig von dem zum Untersuchungszeitpunkt bekannten Schweregrad der Demenz. Aufwändigere Untersuchungen werden oft von eigens dafür ausgebildeten Psychologen durchgeführt. Die Testverfahren eignen sich neben der reinen Diagnostik auch dazu, den Verlauf und gegebenenfalls das Fortschreiten der Erkrankung oder auch die Besserung unter Therapie zu dokumentieren. Bei unsicheren Fällen hilft die Verlaufsuntersuchung auch, Personen, die an einer Demenz erkranken, von solchen zu unterscheiden, die nur an Vergesslichkeit leiden.

## **Körperliche Untersuchungen**

Eine ausführliche körperliche Untersuchung, sowohl neurologisch als auch internistisch, darf bei der diagnostischen Abklärung einer Demenz-Symptomatik nicht fehlen. Das Gleiche gilt für Blutuntersuchungen und Untersuchungen des Nervenwassers, um zum Beispiel Stoffwechselstörungen als Ursache eines demenziellen Syndroms ausschließen zu können. Je nach Ergebnis der Untersuchungsbefunde kann es notwendig sein, andere Fachärzte wie zum Beispiel Arbeitsmediziner hinzuzuziehen.



## Was bringt die Gerätediagnostik?

Die apparative Diagnostik kann neben Computertomographie und Kernspintomographie auch eine Untersuchung der Hirnströme (EEG) und der hirnversorgenden Gefäße (Dopplersonographie) umfassen. Mit diesen Untersuchungen werden Erkrankungen des Nervensystems, die mit demenziellen Symptomen einhergehen können, diagnostiziert beziehungsweise ausgeschlossen. Hierzu gehören zum Beispiel Hirnentzündungen, Tumoren, Hirninfarkte, Blutungen oder chronisch entzündliche Erkrankungen. Der Einsatz dieser Verfahren hängt vom Erscheinungsbild der Symptome und der diagnostischen Fragestellung ab.

# Die medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie hängt von der Ursache der demenziellen Symptomatik ab. In allen Fällen, in denen eine behandelbare Grunderkrankung das demenzielle Syndrom verursacht, muss zunächst diese Erkrankung behandelt werden. Beispiele hierfür sind der Ausgleich von Vitaminmangelzuständen, die Hormontherapie bei Schilddrüsenerkrankungen, die antibiotische beziehungsweise antivirale Therapie bei entzündlichen Erkrankungen oder die operative Behandlung eines chronischen Blutergusses im Bereich des Schädels (chronisch subdurales Hämatom).

**Die Demenzursache bestimmt die Therapie**

Bei der vaskulären Demenz sollte vor einer speziellen antidementiven Therapie die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz stehen. Aber auch die richtige Einstellung von Blutfetten und Blutzucker sind wichtig.

Für fast alle Demenzformen gilt, dass unzureichend behandelte körperliche Erkrankungen die demenziellen Beschwerden deutlich verschlechtern können. Das Gleiche gilt zum Beispiel für Seh- und Hörstörungen oder auch für eine Fehlernährung. Die Sorge für eine gute körperliche Gesundheit und eine angemessene Ernährung ist eine Grundsäule der Demenztherapie.

Neben diesen allgemeinen Therapiemaßnahmen werden seit einigen Jahren spezielle Arzneimittel eingesetzt. Ihre Wirkungen zielen auf die Symptome der Demenz. Es wird damit versucht, diese zu verbessern, langsamer fortschreiten zu lassen oder gar zu stoppen. Bei diesen Arzneimitteln spricht man von „Antidementiva“.

Vor dem Beginn einer Behandlung mit Antidementiva müssen die Ziele, die durch diese Therapie erreicht werden können, für den Betroffenen und seine Angehörigen klar formuliert sein. Es ist wichtig zu wissen, was von dem eingesetzten Arzneimittel erwartet werden kann und was nicht.

**Antidementiva haben nur eine begrenzte Wirksamkeit**

Die für die Behandlung einer Demenz vom Alzheimer-Typ und der vaskulären Demenz zur Verfügung stehenden Arzneimittel können bei einem Teil der Patienten das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen und eine vorübergehende Besserung der Krankheitssymptome bewirken. Zumindest für die Alzheimer-Demenz gibt es jedoch keine Therapie, die die Ursache bekämpft oder gar vorbeugend wirkt.

Als Erfolg wird derzeit schon angesehen, wenn der Patient nach einem Behandlungszeitraum von zwölf Monaten das Leistungsniveau noch hält, das er vor Beginn der Arzneimitteltherapie hatte. Da der durch die Arzneimittel zu erzielende Effekt oft nur vorübergehend ist, müssen Nutzen und Risiken der Behandlung in regelmäßigen Zeitabständen (sechs bis zwölf Monate) zusammen mit dem behandelnden Arzt überprüft werden. Dies ist auch deshalb nötig, weil der Therapieerfolg beim einzelnen Patienten nicht vorhergesehen werden kann.

Die moderne naturwissenschaftlich orientierte Medizin verlangt, dass Arzneimittel, die für eine bestimmte Erkrankung eingesetzt werden sollen, in Arzneimittelprüfungen ihre Wirksamkeit bewiesen haben. Sie müssen besser wirksam sein als ein Scheinpräparat (Placebo), das genauso aussieht wie das zu prüfende Medikament, aber keinen Wirkstoff enthält. Die ermittelten Wirksamkeitsunterschiede müssen dabei so groß sein, dass sie einer statistischen Überprüfung standhalten. Erst wenn dieser statistische Nachweis gelungen ist, erhält ein Arzneimittel die staatliche Zulassung für den Einsatz bei einer bestimmten Erkrankung. Um einen solchen Nachweis zu führen, benötigt man „Messlatten“, an denen der Therapieerfolg gemessen wird. Im Falle der Demenz gibt es drei solcher „Messlatten“:

**So wird die Wirksamkeit der Antidementiva gemessen**

**1. Verbesserungen der Hirnleistung:** Gedächtnis, Denkvermögen, konstruktive Fähigkeiten, Aufmerksamkeit, psychomotorische Geschwindigkeit, Sprache;

**2. Aktivitäten des täglichen Lebens:** Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Ankleiden, Einkaufen, finanzielle Angelegenheiten;

**3. Klinischer Gesamteindruck:** subjektiver Eindruck des behandelnden Arztes, Zustandsbeschreibung durch die betreuende Pflegeperson oder die Angehörigen.

Für diese Messlatten werden Fragebögen und psychologische Tests verwendet. Bis heute wird kein einziges der beschriebenen biologischen Untersuchungsverfahren zum Nachweis der Wirksamkeit herangezogen.



Im Folgenden werden die heute eingesetzten Wirkstoffe kurz vorgestellt.

### **Acetylcholinesterasehemmer**

Präparate mit dieser Wirksubstanz versuchen den Mangel an einem Botenstoff im Gehirn (Acetylcholin) auszugleichen, indem sie das den Botenstoff abbauende Enzym (Acetylcholinesterase) hemmen. Zurzeit werden drei Arzneimittel dieser Gruppe empfohlen: Donepezil, Rivastigmin und die relativ neue Substanz Galantamin. Diese Präparate zielen auf die Verbesserung der Hirnleistung (Gedächtnis, Denkvermögen, Orientierung) und der Alltagsaktivitäten beziehungsweise -fähigkeiten. Bei zwei Drittel der Patienten verschlechtert sich die Symptomatik unter der Behandlung nicht weiter oder verbessert sich sogar. Etwa 25 Prozent, das heißt jeder vierte Patient, profitiert nicht vom Einsatz eines solchen Arzneimittels.

Zugelassen sind diese Präparate nur für die Anwendung bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz, weil sie lediglich in diesem Krankheitsstadium untersucht wurden. Insgesamt ist die Wirksamkeit für diese Antidementiva bisher am besten gesichert. Weitere Studien auch zum Einsatz bei schwerer Alzheimer-Demenz werden derzeit vorgelegt.

### **Memantin**

Memantin ist ein Arzneistoff, der in die Ausschüttung des Botenstoffes Glutamat eingreift. Glutamat ist der wichtigste der so genannten Neurotransmitter im Gehirn. Er ist an vielen Lern- und Gedächtnisprozessen beteiligt. Memantin verbessert sowohl bei leichten und mittleren als auch bei schweren Demenzen die Symptomatik und verringert die Pflegebedürftigkeit. Die vorliegenden Studien sind auf Grund der geringen Patientenzahlen und der kurzen Beobachtungsdauer noch mit Vorsicht zu bewerten.

## **Ginkgo biloba**

Präparate mit diesem Inhaltsstoff enthalten Extrakte von Blättern des Ginkgobaumes. Der Wirkmechanismus ist nicht vollständig bekannt. Die Ergebnisse der durchgeführten Arzneimittelprüfungen sind sehr unterschiedlich. Während erste Studien eine Verbesserung der Hirnleistung zeigten, konnten diese Ergebnisse in neueren Untersuchungen nicht bestätigt werden. Ginkgo-Präparate werden von der Arzneimittelkommission nicht ausdrücklich empfohlen.

## **Nimodipin**

Mit dem Eingriff in den Kalziumstoffwechsel der Nervenzellen wird dem Nimodipin eine potenzielle Schutzfunktion für die Nerven zugesprochen. Ähnlich wie bei Ginkgo-Präparaten ist die Datenlage unsicher. Eine Empfehlung, diese Wirksubstanz bei Alzheimer-Demenz oder vaskulärer Demenz einzusetzen, ist auf Grund der vorliegenden Informationen nicht gerechtfertigt.

## **Dihydroergotoxin**

Dieser Wirkstoff wird bei unterschiedlichen Demenzformen eingesetzt. Die durchgeführten Studien aus dem Jahr 1984 wurden nicht unter den heute gültigen Prüfungsstandards durchgeführt. Daher ist die Wirksamkeit des Dihydroergotoxin bei Demenz nicht gesichert und eine generelle Empfehlung kann nicht ausgesprochen werden.

## **Piracetam**

Dieser Substanz werden mehrere „nervenschützende“ Eigenschaften zugesprochen. Der zu erzielende Effekt liegt vor allen Dingen in der Verbesserung des allgemeinen Zustands des Patienten. Hinweise auf Verbesserungen der Hirnleistung oder auf eine verringerte Pflegebedürftigkeit fanden sich in den Arzneimittelprüfungen nicht. Der Wirkstoff wird von der Arzneimittelkommission nicht empfohlen.



## **Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über mögliche Nebenwirkungen**

Hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen aller dieser Arzneistoffe empfiehlt es sich, sich stets persönlich von dem Arzt aufklären zu lassen, der das Arzneimittel verschreibt. Die Auflistungen aller beim Einsatz des betreffenden Arzneimittels jemals aufgetretenen Nebenwirkungen, wie man sie in den Packungsbeilagen findet, erzeugen oft starke Ängste bei Patienten und Angehörigen. Der in der Demenzbehandlung erfahrene Arzt kann Ihnen sagen, auf welche Nebenwirkungen Sie vorbereitet sein müssen und welche Kontrolluntersuchungen notwendig sind.

## **Welche Behandlungsdauer ist sinnvoll?**

Die Behandlung mit einem Antidementivum sollte mindestens zwölf bis 24 Wochen dauern. Wenn sich nach diesem Zeitraum weder Hirnleistung noch tägliche Aktivität oder klinischer Gesamteindruck verbessert oder stabilisiert haben, sollte die Medikation wieder abgesetzt werden. Gegebenenfalls kann die Behandlung mit einer anderen Substanz versucht werden. Wenn Nebenwirkungen die Weiterführung der Therapie verhindern, ist natürlich ein früherer Wechsel des Arzneimittels notwendig.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten: Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie bei Demenz sind zum einen eine korrekte ursächliche Zuordnung des demenziellen Syndroms und zum anderen eine ausreichend lange Arzneimitteltherapie.

Sowohl der noch unzureichende Wissensstand über die Wirkmechanismen der einzelnen Arzneistoffe als auch die bescheidenen Therapieergebnisse der einzelnen Arzneimittel zeigen, wie viel Bedarf an weiteren Arzneimitteluntersuchungen noch besteht. Diese können jedoch nur dann durchgeführt werden, wenn es Patienten und Angehörige gibt, die sich für die Teilnahme an einer solchen Arzneimittelprüfung entscheiden. Erfahrungen in anderen Ländern belegen, dass eine Teilnahme an einer Arzneimittelstudie häufig auch zu einer besseren Gesamtversorgung des Patienten führt.

# Begleittherapie

Neben den Symptomen einer schwindenden Hirnleistung leiden Patienten mit Demenz nicht selten auch unter Begleitsymptomen wie Ruhelosigkeit, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, aggressiven Phasen, Depressionen oder Wahrnehmungsstörungen. Diese sind für die Umgebung oft die belastenden Hauptsymptome der Erkrankung und zum Beispiel auch die Hauptursache für Heimeinweisungen.

Die Begleitsymptome der Demenz machen meist eine zusätzliche Arzneimittelgabe notwendig. In der Regel sollen diese Arzneimittel beruhigen, gelegentlich werden sie aber auch einmal zur Antriebssteigerung eingesetzt. Hier finden neben Neuroleptika auch Antidepressiva Anwendung.

Häufig sind es gerade die Begleitsymptome, die das Zusammenleben eines Demenzkranken mit seinen Angehörigen so schwierig machen. Kaum eine Nacht durchschlafen zu können, aggressive Ausbrüche des Kranken ertragen zu müssen, sich der ständigen Gefahr einer Selbstgefährdung des Patienten gegenüberzu-sehen – das hält selbst ein noch so motivierter und engagierter Pfleger auf Dauer nicht aus. Die Begleitsymptome sind aber auch für den Patienten selbst sehr belastend.

Neben der medikamentösen Therapie wird dem Trainieren von Gedächtnis- und Denkleistungen eine große Bedeutung für den Krankheitsverlauf einer Demenz zugeordnet. Dafür werden Trainingsprogramme, die der Patient alleine bewältigen kann, ebenso angeboten wie solche, die unter Anleitung in speziellen Tageskliniken oder Tagespflegeeinrichtungen durchgeführt werden. Ziel dieser Trainingsmaßnahmen ist es, die verbliebenen Leistungsreserven zu mobilisieren und möglichst lange zu erhalten. Wichtig ist aber zu wissen, dass das Training immer individuell auf den Betroffenen zugeschnitten werden muss und dass die Erfolge vor allem auch zeitlich sehr begrenzt sind. Informationen über solche

**Die Behandlung von Begleitsymptomen**

**Noch vorhandene Kompetenzen trainieren!**



Trainingsprogramme bieten die örtlichen Alzheimer-Gesellschaften. Diese wissen meistens auch, welche Einrichtungen solche Maßnahmen anbieten. Die Adresse einer Alzheimer-Gesellschaft oder einer Gedächtnis-sprechstunde in Ihrer Nähe erhalten Sie bei der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft (Adresse Seite 31).

**Kompliziertes in einfache Teilschritte aufteilen!**

Zusätzlich zu den unterschiedlichsten Trainingsprogrammen sind auch verhaltenstherapeutische Therapieansätze nützlich. Bei diesen erlernen die Patienten die Bewältigung von Situationen, denen sie sich häufig im Alltag gegenübersehen. Dabei werden schwierige Handlungsabläufe in kleinere, überschaubare Tätigkeiten aufgeteilt. Helfen können hier oft speziell ausgebildete Ergotherapeuten und Psychologen. Die Selbsthilfegruppen wissen häufig, wo man verhaltenstherapeutisch orientierte Hilfsangebote für Demenzpatienten findet (siehe Adressenteil).

Ziel all dieser unterstützenden Maßnahmen ist es, die Selbstständigkeit eines demenzkranken Patienten möglichst lange aufrechtzuerhalten. Seine Leistungsreserven sollen so stabilisiert werden, dass er möglichst lange in seinem gewohnten Umfeld bleiben kann. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung werden die Ansprüche an Pflege und Beaufsichtigung deutlich steigen, so dass immer mehr fremde Hilfe notwendig werden wird.

# Betreuung im häuslichen Umfeld

Ein sehr wichtiger Punkt bei der adäquaten häuslichen Versorgung ist, dass die dort pflegenden und betreuenden Personen genauestens über die Leistungsdefizite des Patienten informiert sind. Das gilt sowohl für die Angehörigen als auch für das ambulante Pflegepersonal. Nur so kann verhindert werden, dass der Kranke mit negativen Folgen für den weiteren Krankheitsverlauf über- oder unterfordert wird. Ein reger Informationsaustausch zwischen Patient, Angehörigen, Arzt und Pflegekräften ist unbedingt notwendig. Im Folgenden werden einige Tipps gegeben. Bei den Alzheimer Gesellschaften und auch den Gedächtnissprechstunden gibt es hierzu noch umfassendere Informationen.

## Die Betreuung von Demenzkranken ist Teamarbeit

### Gestaltung der häuslichen Umgebung

Die gewohnte häusliche Umgebung ist der Ort, an dem sich ein Demenzpatient am besten zurechtfindet. Erleichtert wird diese Orientierung noch durch das Anbringen von Hinweisschildern mit Symbolen für bestimmte, häufig aufgesuchte Zimmer wie zum Beispiel die Küche oder das Bad. Stolperfallen, Engpässe in Gängen und Glastüren sollten entfernt werden. Mögliche Gefahrenquellen für den Kranken wie Gasherde oder Elektrogeräte müssen entsprechend gesichert werden. Das Aufstellen aktueller Familienbilder sowie von Kalendern und Uhren kann eine zusätzliche Orientierungshilfe für den Patienten darstellen. Ansonsten gilt die Grundregel, an der gewohnten Umgebung des Patienten möglichst wenig zu verändern. Das Umstellen der Möbel oder schon eine neue Tapete können zu erstaunlicher Verwirrung des Kranken beitragen. Ein Demenzkranker benötigt zudem einen fest gegliederten, aber einfachen Tagesablauf, an dem er sich orientieren kann.

## Einsatz von Pflegehilfsmitteln

Pflegerische Hilfsmittel können auch im Verlauf einer Demenzerkrankung hilfreich sein. Hierbei kommen Aufstehhilfen, Griffverstärkungen, Toilettensitze, Gehhilfen, spezielle Matratzen und Pflegebetten zum Einsatz. Von einigen Krankenkassen werden kostenlose Pflegekurse für Angehörige angeboten. Hier erlernen diese unter anderem einfache Handgriffe, die das Leben für Patient und Pflegenden einfacher machen. Neben der Befriedigung der rein körperlichen Bedürfnisse wie Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Bewegung oder Toilettengang ist es gerade für den Patienten mit einer fortschreitenden Hirnleistungsstörung wichtig, Anregungen aus seiner Umwelt zu bekommen. Angepasst an das jeweilige Leistungsniveau des Kranken können Musik, Photos, Radio, Fernsehen, Zeitungen und Kontakt mit Freunden und Familienangehörigen eine große Hilfe darstellen.

## Der Umgang mit Demenzkranken

Das Gefühlsleben von Demenzpatienten lässt sich von außen nur sehr schwer erahnen. Wie erlebt er die Sinneseindrücke, die ihm vermutlich zunehmend fremd und verändert erscheinen? Wie drückt er seine Befindlichkeit aus? Der Umgang mit dementen Patienten sollte daher so „natürlich“ wie möglich sein. Je ausgeprägter die intellektuellen Defizite sind, umso kleiner müssen die Ansprüche an den Kranken werden. Auch die Kommunikation wird sich immer mehr auf eine sehr einfache Sprache reduzieren. Der frühe Rückschritt in eine „Baby-Sprache“ sollte aber auf jeden Fall vermieden werden, um auszuschließen, dass der Kranke unterfordert und entwürdigt wird. Der Patient benötigt oft mehr Zeit, um Informationen aufzunehmen. Daher braucht sein Gegenüber vor allen Dingen Geduld.

### **Für pflegende Angehörige gilt: Die Krankheit akzeptieren**

Der geistige Verfall des Lebenspartners, eines nahen Verwandten oder eines Freundes belastet die Angehörigen enorm. Um diese Situation zu bewältigen, ist eine umfassende Aufklärung über die Art der Demenz, die Krankheitszeichen und den zu erwartenden Krankheitsverlauf besonders wichtig. Wer als pflegender Angehöriger die Krankheit nicht akzeptiert, wird der Belastung

einer Versorgung im häuslichen Umfeld kaum standhalten können. So schwer es fällt: Ein gewisser Abstand zu einem demenzkranken Menschen ist notwendig, auch wenn er einem zuvor sehr nahe stand. So können Aggressionen, Anfeindungen, Unterstellungen und Beleidigungen von Seiten des Patienten besser ertragen werden.

Um die Belastungen des oft langjährigen Krankheitsverlaufes bewältigen zu können, sollten die Pflegenden schon frühzeitig fremde Hilfe akzeptieren wie zum Beispiel Einsätze ambulanter Pflegedienste, Nachtwachen, tagesklinische Aufenthalte oder Kurzzeitpflege. Erholungsphasen für den Pflegenden, in denen der Patient in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung betreut wird, entlasten manchmal nicht nur den Pflegenden, sondern auch den Kranken. Kein Mensch, der sich an der Grenze der körperlichen und seelischen Erschöpfung befindet, kann einen Demenzkranken für längere Zeit angemessen versorgen. Deshalb ist auch die Annahme von Gruppenangeboten oder Einzelberatungen, wie sie unter anderem von den Alzheimer-Gesellschaften, den Gedächtnissprechstunden und den Trägern sozialer Einrichtungen angeboten werden, von großer Bedeutung.

**Pflegende sollten frühzeitig fremde Hilfe in Anspruch nehmen**

## Finanzielle Unterstützung

Über die zuständige Pflegekasse gibt es die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung, auch wenn die Aufwendungen, die die häusliche Versorgung eines Demenzkranken verursacht, damit bei weitem nicht abgedeckt sind. Die Einteilung in Pflegestufen übernimmt die Pflegekasse nach Antragstellung durch den Betroffenen oder seinen Rechtsvertreter. Der so genannte Medizinische Dienst der Krankenversicherung beurteilt grundsätzlich vor Ort, ob und in welche Pflegestufe der Patient eingestuft werden kann. Betroffene oder Angehörige, die mit der Einstufung in die vorgesehene Pflegestufe nicht einverstanden sind, können bei der Pflegekasse des Kranken gegen diese Entscheidung Widerspruch einlegen. Derjenige, dessen Angehöriger in eine der Pflegestufen eingeteilt ist, kann seit kurzem nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz zusätzliche Leistungen beantragen, die die ambulante Betreuung erleichtern sollen.

Wird ein Behindertenausweis beantragt, kann dies ebenfalls Vergünstigungen bringen wie zum Beispiel ermäßigte Rundfunk- und Fernsehgebühren, ermäßigte Fahrpreise in Bus und Bahn oder steuerliche Vergünstigungen für angestellte Haushaltshilfen. Ein solcher Behindertenausweis muss beim zuständigen Versorgungsamt beantragt werden.

### **Richterlich bestellte Betreuung**

Wenn der Kranke Entscheidungen hinsichtlich seiner medizinischen Versorgung, seines Aufenthaltsortes oder seiner Vermögens- und Verwaltungsangelegenheiten nicht mehr alleine bewältigen kann, empfiehlt es sich, die Einrichtung einer Betreuung anzuregen. Dies kann jeder beim ortsansässigen Amtsgericht tun. Nach entsprechender Überprüfung beauftragt das Gericht einen Betreuer für einen individuell festgelegten Aufgabenbereich. Als Betreuer empfiehlt sich normalerweise eine Person, die dem Patienten nahe steht. Es gibt jedoch auch Familienverhältnisse, bei denen eine Betreuung durch eine fremde, unparteiisch agierende Person sinnvoller ist. Der vom Amtsgericht bestellte Betreuer trifft für festgelegte Bereiche Entscheidungen im Sinne und zum Wohle des Patienten. Ein guter Betreuer wird zudem die Wünsche des Kranken so weit wie möglich berücksichtigen.

# Betreuung in einer Pflegeeinrichtung

In den meisten Fällen werden irgendwann Krankheitsstadien der Demenz erreicht, die auch die beste häusliche Versorgung zusammenbrechen lassen. Gerade wenn die Pflege des Demenzpatienten auf den Schultern einer einzelnen Person ruht, sind die Voraussetzungen für eine „24-Stunden-Betreuung“ zu Hause im fortgeschrittenen Krankheitsstadium meist nicht mehr gegeben. Es lohnt sich, früh genug darüber nachzudenken was passiert, „wenn es zu Hause nicht mehr geht“. Die rechtzeitige Kontaktaufnahme mit in Frage kommenden Pflegeeinrichtungen erlaubt einen weitgehend reibungslosen Übergang von der häuslichen in die stationäre Pflege. Sie vermittelt allen Beteiligten ein Gefühl der Sicherheit: dem Kranken, der sich schrittweise an seine neue Umgebung gewöhnen kann (Übergang von Kurzzeitpflege in Dauerpflege) und dem betreuenden Angehörigen, der den Patienten gut versorgt weiß. Informationen über geeignete Pflegeeinrichtungen für Demenzpatienten gibt es über die örtlichen Sozialämter, Selbsthilfegruppen und die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft (siehe Adressenteil).

Von der veralteten Vorstellung, dass „ungeliebte“ und „lästige“ Patienten von „hartherzigen“ und „undankbaren“ Angehörigen ins „Heim gegeben“ werden, sollte man sich verabschieden. Gerade Demenzkranke benötigen eine anspruchsvolle Versorgung, die im häuslichen Rahmen häufig gar nicht geleistet werden kann. Denn nicht die Befriedigung der Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen oder Waschen, sondern die psychischen Veränderungen wie zum Beispiel Aggressivität, Unruhe, Schlaflosigkeit oder Wahnvorstellungen machen die Versorgung zu Hause schwierig. Daher ist die gute Versorgung in einem Pflegeheim einer die Angehörigen überfordernden Pflege im häuslichen Rahmen vorzuziehen. Im Pflegeheim stehen häufig neben Pflegepersonal auch Beschäftigungstherapeuten und Krankengymnasten zur Verfügung.

**Frühzeitig einen stationären Pflegeplatz suchen**

**Die Pflege in einer Pflegeeinrichtung kann von Vorteil sein**



# Nachwort

Die Symptome einer Demenz verändern das Leben der Patienten und ihrer Familien in gravierender Weise. Bei einigen Formen der Demenz lassen sich bei frühzeitiger Behandlung gute Therapieerfolge erzielen. Es lohnt sich daher, rechtzeitig einen Arzt aufzusuchen. Der kann die gut behandelbaren Formen von den weniger gut behandelbaren unterscheiden.

Im Falle von Demenzformen, die mit einem schleichenden, aber letztendlich nicht aufzuhaltenden Verfall der geistigen Leistungsfähigkeit und später auch der Persönlichkeit einhergehen, wie zum Beispiel der Demenz vom Alzheimer-Typ, nützt es leider nichts, die Augen vor den zu erwartenden Krankheitsfolgen zu verschließen. Nur eine ausführliche Information und das Akzeptieren der Erkrankung führen zu einem vernünftigen Umgang mit dieser für den Kranken und seine Angehörigen schweren Lebenssituation. Trotz aller Hilfe von außen, ob staatlich finanziert oder durch Freunde, wird erst derjenige die Belastungen von Patienten und Angehörigen richtig verstehen können, der selbst betroffen ist.

Bei der zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft sollte die Demenz ein Thema sein, das alle beschäftigt. Die Fortschritte der modernen Medizin haben hoffnungsvolle Ansätze gebracht. Eine zufriedenstellende Behandlung oder gar eine vorbeugende Therapie fehlt bei vielen Demenzformen jedoch bis heute.

# Adressen

Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e.V., Friedrichstraße 236,  
10969 Berlin,  
Tel.: 0 30 / 2 59 37 95-0, Fax: 0 30 / 2 59 37 95-29,  
E-Mail: [info@deutsche-alzheimer.de](mailto:info@deutsche-alzheimer.de)  
Alzheimer-Telefon: 0 18 03 / 17 10 17 (9 Cent pro Minute)

## Internetadressen:

[www.alzheimerforum.de](http://www.alzheimerforum.de)

[www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)



# Fremdwörterlexikon

ABUSUS	Missbrauch
ACETYLCHOLIN	Überträgerstoff im Hirngewebe
ACETYLCHOLINESTERASE	Enzym, das den Überträgerstoff abbaut
AKUT	plötzlich auftretend
ALZHEIMER	Neurologe 1864–1915, Breslau, Polen
ANAMNESE	Krankengeschichte
ANTIDEMENTIVA	Arzneimittel gegen Demenz
ANTIDEPRESSIV	gegen Schwermut (Depression)
ANTIDEPRESSIVA	Arzneimittel gegen Depressionen
COMPUTERTOMOGRAPHIE	Schichtaufnahme eines Körperteils oder Organs mit Hilfe von Röntgenstrahlen
CHRONISCH	langsam fortschreitend
DEMENZ	Verlust intellektueller Fähigkeiten
DOPPLERSONOGRAPHIE	Untersuchung von Gefäßen mit Ultraschallwellen
EEG	Aufzeichnung der Hirnströme
GENOM	Erbgut
GENETIK	Lehre von der Vererbung
INTOXIKATION	Vergiftung
KERNSPINTOMOGRAPHIE	Schichtaufnahme eines Körperteils oder Organs mit Hilfe von Magnetfeldern
MAKROANGIOPATHIE	Gefäßerkrankung der großen Arterien
MIKROANGIOPATHIE	Gefäßerkrankung der kleinen Arterien
NEUROLEPTIKA	Arzneimittel zur Behandlung von Psychosen oder psychotischen Symptomen
PLACEBO	Scheinmedikament, Medikament ohne Wirkstoff
SUBDURALES HÄMATOM	Einblutung in die Hirnhäute
SYMPTOM	Krankheitszeichen
SYNDROM	Gruppe von Krankheitszeichen
VASKULÄR	die Gefäße betreffend
VULNERABILITÄT	Verletzlichkeit

Für eine erfolgreiche Behandlung ist es notwendig, dass Patient und Arzt zu einer gemeinsamen Sprache finden, um sich über Krankheitsbilder sowie Nutzen und Risiken der geplanten Therapie verständigen zu können. Damit der Patient in die Lage versetzt wird, seinem Arzt die für ihn wichtigen Fragen zu stellen, benötigt er in der Regel viele Informationen über seine Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft stellt den Ärzten seit vielen Jahrzehnten wissenschaftlich fundierte und von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Arzneimittelinformationen zur Verfügung.

Seit einigen Jahren veröffentlicht sie regelmäßig Therapieempfehlungen für Ärzte, die auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse den aktuellen Standard in der Behandlung einzelner in der Bevölkerung häufig vorkommender Krankheitsbilder darstellen.

Die Arzneimittelkommission begrüßt es daher außerordentlich, dass die Techniker Krankenkasse die Initiative ergriffen hat, allgemeinverständliche Patienteninformationen zu entwickeln, die sich auf diese „evidenzbasierten“ Therapieempfehlungen für Ärzte beziehen.

Die Mitglieder der Kommission wünschen diesem Vorhaben, dass es zu einer gestärkten Partnerschaft zwischen Patient und Arzt und damit zu einer zukünftig noch wirkungsvolleren und sichereren Arzneimitteltherapie beitragen möge.

Prof. Dr. med. B. Müller-Oerlinghausen

Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft