

Mitteilungen

Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz – Frühdiagnostik – Möglichkeiten der Prävention – Medikamentöse Behandlung der Alzheimer Krankheit – Der lange Weg zur Diagnose – **Medizin und Pflege – aktuelle Aspekte** – Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz – Frühdiagnostik – Möglichkeiten der Prävention – Medikamentöse Behandlung der Alzheimer Krankheit – Der lange Weg zur Diagnose – **Medizin und Pflege – aktuelle Aspekte**



**Alzheimer
Gesellschaft
Berlin e.V.
Selbsthilfe
Demenz**

Spendenkonto
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE98 1002 0500 0003 2509 00
BIC: BFSWDE33BER

**Alzheimer
Gesellschaft
Berlin e.V.
Selbsthilfe
Demenz**

Friedrichstraße 236
10969 Berlin
Tel 030 / 89 09 43 57
Fax 030 / 25 79 66 96
info@alzheimer-berlin.de
www.alzheimer-berlin.de

2	Impressum
3	Vorwort
	Thema:
	Medizin und Pflege – aktuelle Aspekte
4	Andreas Rath: Expertenstandard Beziehungsgestaltung für Menschen mit Demenz
10	Edward Müller: Der mühsame und steinige Weg zur Diagnose
13	Prof. Dr. Oliver Peters: Frühdiagnostik demenzieller Erkrankungen und Möglichkeiten der Prävention
20	PD Dr. Eva Janina Brandl: Medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Demenz
28	Wissenswertes
	▪ Tag der offenen Tür am 20. September 2019
	▪ Ökumenischer Gottesdienst zum Welt-Alzheimerstag
	▪ Film: Das innere Leuchten
	▪ Film: Romys Salon
	▪ Musikalische Stadtrundfahrt
	▪ Augenblicke im Bode-Museum
	Angehörige schreiben
36	Edward Müller: Stellen Sie sich vor...
37	Literatur
40	Kalender
	Termine ▪ Veranstaltungen ▪ Fortbildungen

Impressum

Mitarbeiterinnen der Redaktion:
Kathrin Breternitz, Christa Matter,
Ursula Ritter, Karin Tzschätzsch

Wir bitten Sie um Unterstützung durch kritische Anregungen, Themenvorschläge, eigene Berichte oder durch eine feste Mitarbeit im Redaktionsteam.

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz oder der Redaktion wieder. Eine Selbstdarstellung von Institutionen ist nicht mit einer Empfehlung durch die Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz verbunden.

Mit freundlicher Unterstützung der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin.

Gestaltung: Gesine Krüger, Hamburg
Layout und Druck: Thomas Didier, Meta Druck
didier@metadruck.de, 030/61702147

ISSN 0949-6378
© 2019 Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V.
Selbsthilfe Demenz

Die *Mitteilungen* erscheinen zweimal jährlich.
Schutzgebühr: 2,- €

Liebe Leserinnen und Leser,

im Schwerpunktthema unserer aktuellen Ausgabe der *Mitteilungen* geht es um aktuelle Aspekte sowohl in der medikamentösen Behandlung von Alzheimer-Patienten als auch in der Diagnostik demenzieller Erkrankungen; darüber informieren uns in einem Interview Herr Prof. Dr. Oliver Peters und in einem Bericht Frau PD Dr. Eva Janina Brandl. Wir sind dankbar dafür, dass sie sich für uns die Zeit genommen haben, sich so ausführlich zu diesen Themen zu äußern.

Ein Angehörigenbericht zeigt eindrucksvoll, wie schwierig der Weg zur richtigen Diagnose sein kann - unterbrochen durch Umwege, die Kranke und Angehörige viel Zeit und Kraft kosten.

In dem anderen Themenschwerpunkt geht es wieder einmal um das so wichtige Thema Pflege. Herr Rath beschäftigt sich in seinem leidenschaftlichen Artikel über den Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ auch mit der Kluft zwischen Anspruch und realistischer Umsetzungsmöglichkeit - ein immer wieder aktuelles Thema. Ich finde es gut, dass ein Praktiker, der mitten im Geschehen steht, die Bedingungen aufzeigt, die erst einmal geschaffen werden müssten, um den Expertenstandard umsetzen zu können. Auch dafür Dank!

Berichte über den ökumenischen Gottesdienst zum Welt-Alzheimerstag und über den Tag der offenen Tür in unserem Büro sind nur zwei Beispiele für die unterschiedlichen Aktivitäten der AGB im

letzten Halbjahr, über die wir in dieser Ausgabe berichten.

Wir möchten schon heute auf unsere Mitgliederversammlung im nächsten Jahr hinweisen. Sie findet diesmal an einem Mittwoch statt, und zwar am 22.4.2020. Bitte merken Sie sich diesen Termin schon einmal vor; eine offizielle Einladung geht Ihnen noch zu. Da ein neuer Vorstand gewählt werden muss, wäre eine rege Beteiligung wünschenswert. Ich finde, dass Mitglieder, die viel Zeit und Kraft in die Vorstandsarbeit investieren werden, es verdienen, dass man Interesse daran zeigt, sie kennenzulernen. Vielleicht könnte man auch einmal im Jahr durch Teilnahme an der Versammlung der Arbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen Aufmerksamkeit und Anerkennung schenken - natürlich nur, wenn die eigenen Umstände dies erlauben.

Wie immer zu dieser Zeit an dieser Stelle bitte ich Sie herzlich darum, die Arbeit der AGB durch eine Spende zu unterstützen. Möglicherweise entschließt sich auch der eine oder andere, dem durch die AGB geholfen wurde, durch eine Mitgliedschaft dazu beizutragen, dass auch anderen geholfen werden kann. Wir sind dankbar für jede Spende und nutzen die Gelegenheit, uns bei allen Spendern zu bedanken. Unser Dank gilt allen, die die Arbeit der AGB auf irgendeine Art und Weise in diesem Jahr unterstützt haben. Bitte tun Sie das auch weiterhin.

Auch im Namen des Redaktionsteams wünsche ich Ihnen und Ihren Familien ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein besonders gutes neues Jahr.

U. Ritter

Andreas Rath

Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz.

Weniger das WAS in der Pflege ist wichtig, das WIE, die zugewandte und verstehende Haltung, steht im Mittelpunkt.

Der Expertenstandard „**Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz**“ hat Einzug gehalten in unser Leben. Es wurde höchste Zeit!

Innerhalb des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege hat ein Team aus Wissenschaft und Praxis diesen Standard erarbeitet und im März 2018 veröffentlicht.

Es ist der 9. dieser Expertenstandards. Herausragende Bedeutung besitzen sie für alle Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste, weil sie einen verbindlichen Charakter tragen und in Qualitätsrichtlinien der Einrichtungen einfließen müssen, letztlich natürlich die tägliche Arbeit danach auszurichten ist.

Aus meiner Sicht kommt der aktuelle Expertenstandard viel zu spät. Der erste hätte er sein **müssen**, weil seine komplexen Anforderungen an die Beziehungsgestaltung zu Menschen mit Demenz elementare Grundvoraussetzungen für die Umsetzung

anderer fachlicher Expertenstandards – wie Ernährung, Schmerz, Sturzprophylaxe, Harnkontinenz, Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement und Mobilität (verkürzte Titel) – darstellen.

Diese Ansicht wird untermauert, wenn wir uns dem Expertenstandard inhaltlich nähern.

Praktisch orientiert er sich in seiner Grundausrichtung am vom britischen Psychologen Tom Kitwood entwickelten Ansatz der personenzentrierten Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. 1995 kam er zu dieser Erkenntnis, danach hat er immer wieder grundlegend zu diesem Thema veröffentlicht.

So steht dann auch im Expertenstandard die Forderung an Pflegefachkräfte nach personenzentrierter Pflege von Menschen mit Demenz an erster Stelle.

„Diese ist mit einer Haltung verbunden, die die Person in den Mittelpunkt stellt

und dabei Demenz nicht als medizinisches Problem wahrnimmt, sondern den Menschen mit Demenz als einzigartiges Subjekt mit individuellen Unterstützungs- und Beziehungsbedarfen sieht. Jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz erhält Angebote zur Beziehungsgestaltung, die das Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern.“

Diese Herangehensweise an individuelle Unterstützungs- und Beziehungsbedarfe hat natürlich eine Strahlkraft auf die Umsetzung der Forderungen anderer Expertenstandards. Aus dem Gebiet der Sturzprophylaxe ein kurzes Beispiel:

Der Drang nach Bewegung, die Formulierung „Ich kann hier nicht bleiben, da muss ich jetzt hin!“, ein zielloses motorisches Suchverhalten – das kollidiert oft mit den stark eingeschränkten physischen Möglichkeiten dieses Menschen mit Demenz, führt zur Sturzgefahr. Ist die Beziehungsgestaltung gelungen, sind alle am Pflege- und Betreuungsprozess Beteiligten einbezogen und kennen den alltäglichen als auch differenzierten individuellen Unterstützungsbedarf in Krisensituationen, hat dies natürlich elementaren Einfluss auf die Reduzierung des Sturzrisikos.

Mit der Umsetzung des Standards soll eine Wende weg von der funktionalen Ausrichtung der Pflege von Menschen mit Demenz hin zur Lebensweltorientierung und personenzentrierter Beziehungsgestaltung unterstützt werden und gelingen.

Ein kurzer Überblick zu den Schwerpunkten des Expertenstandards:

Haltung und Kompetenz von PFK (Pflegefachkräften) und Einrichtungen

- Die Verbindung von Qualifikation (Kenntnisse zu Demenz, Beziehungsaufbau) und menschlichem Faktor der PFK wird als essentiell hervorgehoben.
- Die Führungsstrukturen in Einrichtungen und das materielle Umfeld bieten grundlegende Voraussetzungen und Bedingungen für die inhaltliche Umsetzung des Standards.

Planung und Durchführung der personenzentrierten Beziehungsgestaltung

- In der Einrichtungskonzeption sind Verfahrensregelungen für Verstehenshypothese, Fallbesprechungen, Maßnahmenplanungen definiert.
- Auf dieser Grundlage erfolgt die praktische Arbeit in der Beziehungsgestaltung.

Anleitung, Schulung und Beratung von Menschen mit Demenz und Angehörigen

- Beziehungen werden geschaffen und erhalten, Selbstwertgefühle werden gestärkt, das Potential und die Möglichkeiten von Netzwerken werden genutzt, gegenseitige Informationen erfolgen, Angehörige werden aktiv einbezogen, z. B. gemeinsame Fallbesprechungen.

Einrichtung schafft Rahmenbedingungen, PFK plant und setzt beziehungs-fördernde und – gestaltende Angebote und Maßnahmen um

- Der PFK stehen die erforderlichen Ressourcen (z.B. Zeit, Fortbildungen, Austausch im Team) zur Verfügung.
- In der Umsetzung der Angebote und Maßnahmen kommt das gesamte Spektrum von Leben in Einrichtungen zum Tragen - basierend auf einer positiven Haltung und den spezifischen Fachkenntnissen und Fähigkeiten der PFK.

Evaluation der beziehungs-fördernden- und gestaltenden Pflege

- Es erfolgt die laufende Überprüfung der Wirksamkeit der beziehungs-fördernden Maßnahmen, die in der Anpassung und Änderung der personenzentrierten Maßnahmenpläne als Grundlage für die weitere Beziehungsgestaltung mündet.

Der Expertenstandard wurde 2018 in 29 Krankenhäusern, Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulanten Pflegediensten, Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz und Tagespflegeeinrichtungen modellhaft implementiert. Wesentliche Erkenntnisse der Implementierungsphase waren:

1. In den Teams ist – neben der erforderlichen Expertise bei der Pflege von Menschen mit Demenz – die Fähigkeit zur Reflexion sowie einer offenen Kommunikation erforderlich.
2. Es hat sich gezeigt, dass der Standard wirkt, also seine Anwendung eine oft-

mals schon vorhandene personenzentrierte Haltung unterstützt bzw. sensibilisiert, wo dies noch nicht der Fall ist.

3. Es stehen mit der Formulierung einer Verstehenshypothese, der Durchführung von Fallbesprechungen und individuellen Maßnahmenplänen hilfreiche Werkzeuge für die Umsetzung einer personenzentrierten Pflege zur Verfügung.
4. Letztlich stehe und falle die Gestaltung der Beziehung zu demenzkranken Menschen jedoch mit der Haltung, die ihm von der Pflegefachkraft entgegengebracht wird.

Unter Betrachtung der realistischen Bedingungen in unserer Gesellschaft, in Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten verlangt die Umsetzung des Expertenstandards mehrere Konsequenzen.

Erstens ist die gesellschaftliche Akzeptanz massiv voranzubringen, dass Menschen mit Demenz ein Recht auf ihre Lebenswelt haben, ein Recht auf die Gestaltung von Beziehungen mit den sie umgebenden Personen und auf den Erhalt ihres Personseins.

Die öffentliche Wahrnehmung und die Sensibilisierung zu diesem Thema können nicht nur den Fachorganisationen, wie z.B. unserer Berliner Alzheimer Gesellschaft, übertragen und überlassen werden.

Es muss Thema im Ethik- und Religionsunterricht an Schulen sein. Die Ausbildung von Pflegefachkräften, Mitarbeitern anderer Gesundheits- und Sozialberufe, von Rettungsdiensten, Ehrenamtlichen sowie natürlich von Medizinern ist hinsichtlich

der o.g. Akzeptanz zeitlich auszubauen und inhaltlich zu spezifizieren.

Die Medien müssen ihre Rolle überdenken – z.B. am Welt-Alzheimerstag eine Information zu bringen und das Thema skizzierend anzureißen, reicht wohl nicht aus.

Letztlich hat die Politik konsequent und verantwortlich Rahmenbedingungen zu schaffen und weiterzuentwickeln, nicht zögerlich und abwartend, nein, im Interesse von Menschen mit Demenz, pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden und Betreuenden jetzt und sofort.

Zweitens fordert die inhaltliche Ausrichtung des Expertenstandards, mich als Altenpfleger daran zu erinnern, was ich in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts gelernt und wie ich gearbeitet habe.

Bis zur staatlichen Anerkennung hatte ich neben einem halben Anerkennungsjahr „Pflege“ auch ein halbes Jahr „Betreuung“ zu leisten, konnte ich auf beiden Gebieten die in zwei Projektmonaten erlernten gerontopsychiatrischen Grundkenntnisse vertiefen und vor allen Dingen anwenden. Ich habe viele im Standard genannte Aspekte schon damals verinnerlicht und umgesetzt.

Und ich hatte auch die Bedingungen, nach diesen Prinzipien das Leben in meinem damaligen Heim mitzugestalten. Im letzten Absatz dazu mehr.

Drittens, die Umsetzung des Expertenstandards und der Einsatz von Leasingkräften schließen sich aus!

Längere Zeit im Krankenhaus liegend, fand ich als Mensch ohne Demenz es schon befremdlich, wenn nicht „meine“ Pflegekräfte erschienen. Für zwei Tage war es ein anderer, auch freundlicher Mitarbeiter. Für den „Stammmitarbeiter“ jedoch war sein Leasingkollege eine Last, musste er doch ständig erklären, wo was zu finden war. Funktionale Pflege ja, aber eine Beziehungsgestaltung wohl eher nicht.

Dramatisch ist diese Darstellung natürlich für Menschen mit Demenz. Das muss ich hier nicht weiter ausführen.

Aus meiner Sicht kann es aber eine Lösung geben:

Leasing abschaffen durch Übernahme der Rahmenbedingungen des Leasings (höheres Gehalt, Wunschplan usw.) in einen „Festvertrag“. Dann kann der Expertenstandard umgesetzt werden, dann kann in festen Teams Beziehungsgestaltung beginnen und gelingen.

Nicht nur die Menschen mit Demenz können dies erwarten, auch die pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben diese Bedingungen im wahrsten Sinne des Wortes verdient.

In der Auseinandersetzung mit dem Expertenstandard komme ich aber auch zu einer kritischen Einschätzung.

Der Standard benennt als Anwender Pflegefachkräfte. Das geht an der Realität und vor allen Dingen an der Wertschätzung von Menschen, die in diesem Bereich tätig sind, weit vorbei. Hier haben die Autoren sich entschieden vertan! Denn die Grundforderung nach HALTUNG, nach BEZIEHUNGSGESTALTUNG und Umsetzung individueller UNTERSTÜTZUNGSBEDARFE geht doch wohl weit über die PFK hinaus.

Ich höre den Aufschrei, denn es ist formuliert: „Entscheidend ist, dass neben PFK auch Assistenzkräfte und alle weiteren an der Versorgung beteiligten Personen in dieses Konzept eingebunden sind und ihnen Kompetenzerweiterung sowie fachliche Reflexion, u.a. durch Pflegefachkräfte, gewährt wird.“

Reicht nicht! Nicht nur wertschätzend, nein, auch rein praktisch muss dieser Expertenstandard in der Formulierung – besser in der Ausweitung auf die Anwendergruppe – breiter gestaltet werden.

In den Strukturkriterien wird erklärt: „Die Pflegefachkraft hat eine personenzentrierte Haltung in der Pflege von Menschen mit Demenz entwickelt.“ und „Die PFK kennt beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote und ist in der Lage, die Pflege von Menschen mit Demenz darauf auszurichten.“

Stimmt, aber das haben auch die Köchin einer Einrichtung, die nicht examinierten Pflegekräfte, Reinigungspersonal, BetreuungsassistentInnen, SozialarbeiterInnen,

HauswirtschaftlerInnen, PraktikantInnen, ehrenamtliche HelferInnen usw. zu entwickeln und zu kennen.

Und es ist nicht Aufgabe einer PFK, diese Haltung zu implementieren.

Die Praxis schreit nach einer erweiterten, wertschätzenden Ansprache in den Strukturkriterien.

Beispiel ambulanter Pflegedienst: Eine PFK hat 20 Schlüssel, um 20 Klienten zu versorgen. Der Zeitrahmen für die Wege von Klienten zu Klienten, die Gabe von Medikamenten oder einer Insulininjektion ist minimal und exakt vorgegeben.

Die Beziehungsgestaltung und die Umsetzung eines individuellen Unterstützungsbedarfs für einen Menschen mit Demenz sowie die Beratung pflegender Angehöriger im Sinne dieses Standards sind ganz einfach nicht möglich oder nicht zu schaffen!!!

Dann kommt aber die Pflegeassistentin. Sie hat 42 Minuten Zeit für die Grundpflege, das Frühstück. Sie bringt ihre Haltung mit, sie gestaltet die Beziehung (Ich erlebe da wunderbare Beispiele!), sie kennt die individuellen Unterstützungsbedarfe und setzt sie kreativ um. Anschließend informiert sie die PDL oder PFK, die dann wiederum den Evaluationsprozess in Gang bringen können.

Nachmittags erscheint für zwei Stunden der ehrenamtliche Mitarbeiter des Besuchsdienstes, angeleitet vom Pflegedienst, in Berlin z.B. „Haltestelle“ genannt. Das gleiche Spiel.

Man muss nicht weiter erklären, wer alles die eigentlichen Anwender des Expertenstandards sind!

Ein Zitat aus dem Expertenstandard, Seite 60:

„Die **Pflegefachkraft** kann den Einsatz von Musik und Singen gestalten, indem sie

- mit Menschen mit Demenz in Alltagssituationen singt, z.B. in froher Runde am Nachmittag mit tages- oder jahreszeitlichem Bezug...
- in besonderen Situationen ... Schlaflieder als Einschlafhilfe singt.

Ja, das möchten sicher einige PFK, die Freude an der Musik haben und singen können. Andere, die nicht singen können, würden gern Musik anbieten und zuhörend bei ihren Bewohnern, Klienten bleiben.

Wenn ich auf diesen Absatz verweise, ernte ich lautes Auflachen, Kopfschütteln, auch Wut. Wo ist da die Expertise der Autoren?

Schon vor der dankeswerten Entscheidung, Betreuungsassistenten, die nicht über den Pflegesatz, sondern direkt von den Pflegekassen vergütet werden, in Einrichtungen zu integrieren, waren PFK auf Grund des permanenten Personalmangels nicht in der Lage, „frohe Runden“ zu gestalten oder sich an ein Bett zu setzen und mit Liedern Einschlafhilfe zu geben. Und es wird nicht besser!

Wunsch, Utopie? Ein Expertenstandard muss auch im Detail realisierbar sein, in diesem Punkt ist er es nicht.

Ich möchte positiv abschließen, daher ein Wiederholungssatz der Erkenntnisse aus der Implementierungsphase:

Es hat sich gezeigt, dass der Standard wirkt, also seine Anwendung eine oftmals schon vorhandene personenzentrierte Haltung unterstützt bzw. sensibilisiert, wo dies noch nicht der Fall ist.

Nun geht es darum, einrichtungsintern eine realistische Konzepterweiterung vorzunehmen und alle Anwender lernend ins Boot zu holen.

Unsere erarbeitete und gelebte Wirklichkeit, unser Leben in einer Tagespflegeeinrichtung sieht so aus:

Wenn ich meinen Menschen mit Demenz umarmend begrüßen kann, wenn ich den Tag besinge und er unter Angeboten entscheiden darf, wenn ich ihm seine gewünschte Ruhe lasse, aber auch ungeplant bemerke, wenn er etwas möchte, wenn ich Zeit für seine wiederkehrenden Momente der Unsicherheit habe, für Verständnis, eine Motivation oder gewünschte Nähe, dies alles unter den Bedingungen einer entbürokratisierten Dokumentation – vielleicht habe ich dann meinen Menschen mit Demenz etwas verstanden und uns beiden geht es gut dabei! Lebensqualität für uns beide, Lebensqualität für alle Tagesgäste und unser Team.

Nicht alles muss ich verstehen, denn auch ein Mensch mit Demenz hat ein Recht auf seine persönlichen Geheimnisse.

(Der Bezug des Expertenstandards erfolgt ausschließlich über ein Online-Formular auf der Seite www.dnqp.de bei der Hochschule Osnabrück. Kosten 29,- €.)

Edward Müller

Der mühsame und steinige Weg zur Diagnose

Mit diesem Bericht möchte ich aufzeigen, wie lange es gebraucht hat, die Diagnose „Frontotemporale Demenz“ bei meinem Lebenspartner Norbert zu erstellen.

Im September 2007 wurde Norbert arbeitsunfähig krank. Er klagte über Konzentrationsschwächen, Angstzustände, Grübeleien, Antriebslosigkeit und allgemein über eine gedrückte Stimmung. Seine Hausärztin ging von einer depressiven Verstimmung aus und schrieb ihn erst einmal krank.

In den folgenden Monaten verbesserte sich sein Zustand jedoch nicht. Norbert ließ sich dann auf Empfehlung seines Arbeitgebers von einer Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie behandeln. Doch das tat ihm gar nicht gut!

Die Ärztin hörte ihm nicht zu, sondern hielt ihn für einen Simulanten. Er sollte ab Januar 2008 wieder stundenweise nach dem sogenannten „Hamburger Modell“ arbeiten gehen. Das funktionierte jedoch nicht. Nach zwei Stunden Arbeitsversuch kam Norbert völlig aufgelöst heim. Ich verbat ihm dann, mit dem „Hamburger Modell“ weiterzumachen. Seine Ärztin war wenig begeistert davon.

Als er dann eines Tages tränenüberströmt von einem Termin bei dieser Ärztin zurückkam, sagte ich ihm, er müsse nicht mehr zu dieser Ärztin gehen und ich würde eine andere Ärztin für ihn finden.

Tatsächlich gelang es uns, eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ausfindig zu machen, die auch noch über freie Termine verfügte.

Norbert ging gern zu den Gesprächsterminen mit der Ärztin. Er kam gut mit ihr aus und blühte ein wenig auf. Er führte ein Stimmungstagebuch und seine Gesundheit schien sich etwas zu stabilisieren.

Im April 2008 wurde bei einer vertrauensärztlichen Untersuchung attestiert, dass mit der Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit als Krankenpfleger im Zentral-OP nicht mehr zu rechnen sei. Außerdem wurde festgestellt, dass eine Umschulungsmaßnahme nicht sinnvoll sei, aber ein Rentenantrag gute Erfolgsaussichten habe.

Da war Norbert gerade einmal 53 Jahre alt.

Zunächst wurde jedoch eine medizinische Reha versucht. Von Ende April bis Ende Mai 2008 war Norbert also in Bad Wildungen zur Kur. Ich kann mich erinnern, dass er bis zu acht Termine am Tag hatte mit Behandlungen und Gesprächen. Ich fand das ziemlich viel und hatte bei einem Besuch übers Wochenende in der Reha-Klinik den Eindruck, dass Norbert auch hier nicht zur Ruhe käme. Interessant ist jedoch in der Rückschau der Entlassungsbericht. Dort stand etwas von einem „Verdacht auf hirnorganische Erkrankung“. Leider haben wir das zu diesem Zeitpunkt irgendwie übersehen.

Norbert führte also seine Gesprächs- und Verhaltenstherapie bei der Psychiaterin weiter. Nebenbei mussten natürlich noch andere Dinge geregelt werden:

Er stellte einen Rentenantrag und erhielt dann eine Teil-Erwerbsminderungsrente. Gegen diesen Bescheid legten wir selbstverständlich Widerspruch ein.

Die finanzielle Lage spitzte sich zu. Irgendwann gibt es ja kein Krankengeld mehr. Nun führte der Weg zur Arbeitsagentur, die dann Arbeitslosengeld I bewilligte. Aber auch diese Leistung ist ja zeitlich befristet.

Eine von der Arbeitsagentur eingeleitete medizinische Begutachtung ergab allerdings auch einen negativen Befund: Norbert würde nicht mehr arbeiten können, zumindest nicht Vollzeit.

Wie sollte es weitergehen?

Es war klar, dass Norbert kein Arbeitslosengeld II erhalten würde, da mein Gehalt bei der Berechnung berücksichtigt werden würde.

Die Rentenversicherung hatte den Widerspruch abgelehnt, da keine volle Erwerbsminderung festgestellt werden könne. Wir mussten also Klage beim Sozialgericht einreichen.

Mittlerweile war es Ende 2009 und ich bat Norberts Therapeutin um ein Gespräch. Ich schilderte ihr meine Bedenken:

Seine Behandlung zeigte keine gravierenden Erfolge und es stellten sich zusätzlich Gedächtnisprobleme bei ihm ein. Ich glaubte nicht mehr daran, dass Norbert an einer Depression erkrankt sei.

Die Ärztin empfahl daraufhin die Gedächtnissprechstunde der Charité, die damals noch in der Nußbaumallee ihren Sitz hatte. Im Januar 2010 begann dann die Diagnostik.

Es gab fünf Termine bis zum April 2010, zu denen ich Norbert jedes Mal begleitete, obwohl ich nicht in die Behandlung mit einbezogen wurde. Ich kann mich noch an den vorletzten Termin erinnern:

Es war kurz vor Ostern und die wenig einfühlbare Psychologin vor Ort sagte dann, es gäbe noch zwei Möglichkeiten für die Veränderungen in Norberts Gehirn, die mittlerweile durch ein MRT nachgewiesen waren.

Es könne sich um die Folgen von AIDS handeln oder um eine Frontotemporale Demenz. Durch einen Bluttest ließe sich

das nunmehr ziemlich schnell nachweisen. Damit entließ sie uns in die Osterferien.

Ich war wie vom Donner gerührt und hatte kein schönes Osterfest, wie sicherlich leicht nachzuvollziehen ist.

Beim nächsten Termin nach Ostern wurde uns dann mitgeteilt, dass keine Hinweise auf AIDS vorlägen und so bliebe nur noch die frontotemporale Demenz übrig. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich noch nie von dieser Krankheit gehört.

Es wurde vorgeschlagen, dass Norbert für einige Wochen in die Tagesklinik kommen könne. Man wollte seine Medikamente optimal einstellen und auch einen ausführlichen Arztbericht erstellen. Dieser Arztbericht war für Norbert besonders wichtig, erhoffte er sich doch davon, die Klage gegen die Rentenversicherung auf Anerkennung seiner vollen Erwerbsminderung zu gewinnen.

Norbert fuhr dann vier Wochen lang täglich in die Tagesklinik. Für ihn war das zunächst ganz angenehm, denn er wurde am Morgen daheim abgeholt und am Nachmittag wieder nach Hause gebracht.

Doch bald klagte er über Langeweile und die negative Stimmung in der Tagesklinik. Er fühlte sich nicht wohl, weil er nur von Patientinnen im Alter von über 80 Jahren umgeben war und sich niemand mit ihm beschäftigte.

Letztendlich erhielten wir den Arztbericht und einigten uns mit der Rentenversicherung auf einen Vergleich: Norbert erhält seit Mai 2010 eine volle Erwerbsminderungsrente.

Zur „optimalen Einstellung“ seiner Medikamente lässt sich Folgendes berichten:

Bei Norbert wurden über die Jahre verschiedene Antidepressiva ausprobiert, die mehr oder weniger gut anschlügen. Derzeit nimmt er neben den Tabletten für seine Schilddrüse nur noch Opipramol und ein frei verkäufliches Mittel gegen Schlafstörungen, das wir selbst bezahlen. Weitere Behandlungen durch Psychiater / Neurologen / Psychotherapeuten finden nicht statt.

Norbert ist heute (November 2019) in guter körperlicher Verfassung, da er sich durch stundenlange tägliche Spaziergänge fit hält. Natürlich schreitet seine FTD weiter voran.

Rückblickend war die Zeit vom September 2007 bis zum April 2010 eine schreckliche Zeit. Wir wussten nicht, was mit Norbert los ist. Er zeigte viele Symptome, für die es keine Erklärung zu geben schien, besonders bei einem Mann Mitte 50.

Hinzu kam die Unsicherheit, wie es beruflich und finanziell für Norbert weitergehen könne. Ich fühlte mich in dieser Zeit völlig allein gelassen mit meinen widersprüchlichen Gefühlen wie Angst, Hoffnung, Trauer, Wut und mit meinem Unverständnis für die Situation.

Zum Glück stieß ich auf die Alzheimer Gesellschaft Berlin. Hier fand und finde ich weiterhin immer ein offenes Ohr, Unterstützung und Hilfe. Besonders die Selbsthilfegruppe hat mir schon über so manche Krise hinweggeholfen.

Thema

Interview mit Prof. Dr. Oliver Peters

Frühdagnostik demenzieller Erkrankungen und Möglichkeiten der Prävention

In den Fachzeitschriften wird berichtet, in der klinischen Forschung gäbe es Fortschritte in der Frühdagnostik demenzieller Erkrankungen.

Chronisch-neurodegenerative Erkrankungen, die typischerweise im Verlauf von mehreren Jahren zu einer Demenz führen, wie z.B. die Alzheimer Erkrankung, aber auch die Fronto-Temporale Demenz oder die Lewy-Body-Erkrankung sollen sogar – noch bevor die Betroffenen Symptome bemerken – nachweisbar sein. Das wäre etwa vergleichbar mit der Tumormedizin oder anderen Fachrichtungen, in denen Biomarker erste Hinweise auf einen Krankheitsprozess liefern. Im amerikanischen Klassifikationssystem, dem DSM-V, welches jüngst in überarbeiteter Fassung erschienen ist, wurde die Begrifflichkeit der Demenz verlassen und gegen ein „schweres neuro-kognitives Defizit“ ausgetauscht. Das schwere kognitive Defizit, vormalig Demenz, wird vom leichten kognitiven Defizit oder der leichten kognitiven Störung als Frühform einer Demenzerkrankung unterschieden. Damit werden erstmals die Frühstadien von Demenzerkrankungen formal diagnostizierbar.

Warum soll man überhaupt eine solche Frühd Diagnose anstreben, wenn die Erkrankungen doch als nicht heilbar gelten und die verfügbaren Therapien nur für die Behandlung der Demenz zugelassen sind?

Wenn man sicher sein könnte, dass keine therapeutische Konsequenz aus den Ergebnissen der Frühdagnostik abzuleiten wäre, müsste man individuell ihren Sinn zumindest in Frage stellen. Es gibt aber auch in Abwesenheit von kurativen Behandlungsmöglichkeiten, also der Chance auf Heilung, zwei wesentliche Leitgedanken bei der Frühdagnostik demenzieller Erkrankungen: Erstens erzeugt die frühe Diagnostik Gewissheit für den Patienten in der Frage, was er oder sie in Zukunft zu erwarten hat (manchmal kann Alzheimer auch ausgeschlossen werden, und das schafft dann Erleichterung); und zweitens geht es um die Offenlegung des Potentials für Prävention, ggf. im Sinne einer Verbesserung des Krankheitsverlaufes.

Warum sollte man wissen wollen, was einen erwartet? Kann dadurch die Lebensqualität nicht auch sinken?

Ja, völlig richtig, im schlechtesten Fall ist es kontraproduktiv, zu viel zu wissen. Das ist ein zweischneidiges Schwert. Hier gibt es sicherlich Parallelen zu den Regelungen nach dem Gendiagnostikgesetz, wonach eine genetische Analyse und die Aufdeckung der Veranlagung zu einer unheilbaren Erkrankung nur nach vorheriger Aufklärung und ausreichend Bedenkzeit erfolgen dürfen. Die individuelle Entscheidung, ob man etwas wissen möchte über das Risiko, an einer unheilbaren Erkrankung zu erkranken, kann den Betroffenen keiner abnehmen. Diese Problematik darf aber nicht dazu führen, dass etwas vorenthalten wird. Es gibt eine Fülle von Konstellationen, in denen das Wissen um die eigene gesundheitliche Zukunft die Lebensplanung sinnvoll und positiv beeinflusst.

Können Sie hierfür ein Beispiel nennen?

Ein sehr häufiges Beispiel in dem Kontext ist, dass gegen Ende des aktiven Arbeitslebens begonnen wird, für den Ruhestand zu planen. Es werden dann Ideen, vielleicht auch Träume umgesetzt, die man zeitlebens aus Zeitmangel nicht verfolgen konnte. Der langjährige Wohnsitz wird möglicherweise aufgegeben, und das soziale Umfeld soll an einem neuen Ort neu aufgebaut werden. So etwas ist sicher nicht sinnvoll, wenn man weiß, dass binnen der nächsten Jahre die ersten Symptome einer Demenzerkrankung zu erwarten sind. Ge-

rade bei chronischen Erkrankungen sollte man sich in sinnvoller Weise der zu antizipierenden gesundheitlichen Entwicklung anpassen.

Wo steht die Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen denn überhaupt? Halten Sie es für sinnvoll, genetische Untersuchungen durchzuführen?

Die Bestimmung von Risikogenen wird zwar angeboten, aber mit Ausnahme des Verdachts auf die sehr seltenen durch einen einzelnen Gendefekt verursachten Erkrankungen, z.B. der sogenannten familiären Variante der Alzheimer Demenz, ist eine alleinige genetische Diagnostik zum gegenwärtigen Zeitpunkt sicher nicht sinnvoll. Generell kann man sagen, dass in der Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen durch die Entwicklung der Methodik von sogenannten Biomarkern ein erheblicher Fortschritt erzielt werden konnte. Durch den Nachweis von für die Erkrankung typischen Veränderungen, also Merkmalen, die nur bei dieser und nicht bei einer anderen Erkrankung vorkommen, gelingt es in sehr frühen Stadien einer Demenzerkrankung bereits, eindeutige Hinweise auf die Ursache zu gewinnen.

Von welchen Verfahren und welchen Biomarkern sprechen Sie?

Zum einen kennen wir die bildgebenden Verfahren. Eine Bildgebung des Gehirns mittels Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) ist schon lange Bestandteil der Demenzdiagnostik und wird von den Fachgesellschaften als obligat empfohlen. CT und MRT

liefern allerdings erst Hinweise, wenn es bereits zu einer deutlichen Schrumpfung des Gehirns gekommen ist oder aber gefäßbedingte Veränderungen bis hin zu einem Schlaganfall nachzuweisen sind. Neuere Methoden, wie die nuklearmedizinischen Verfahren der Positronen-Emissions-Tomographie (PET), können mit verschiedenen Farbstoffen, so genannten Tracern, krankheitsspezifische Prozesse sichtbar machen. Zugelassen in Deutschland sind das Glukose-PET, welches den Zuckerstoffwechsel des Gehirnes regionspezifisch beurteilen lässt, und das Amyloid-PET, welches die für die Alzheimer Erkrankung typischen Eiweißablagerungen sichtbar macht.

Sind diese neuen bildgebenden Verfahren unter Einsatz der Positronen-Emissions-Tomographie denn überhaupt zugelassen und verfügbar?

Das Glukose-PET ist schon seit längerer Zeit etabliert und wird auch in der Diagnostik z.B. von Tumorerkrankungen verwendet. Für das Amyloid-PET gibt es in Deutschland mehrere zugelassene Tracer. Allerdings werden die Kosten der Diagnostik bislang in der Regel nicht übernommen, weil der diagnostische Mehrwert noch nicht allgemein anerkannt wird. Hier sollen neue Studien den Nutzen erst noch unter Beweis stellen.

Gibt es noch andere Biomarker?

Ebenfalls eine hohe Sensitivität für eine Demenzerkrankung im Frühstadium haben Biomarker, die in der Gehirnflüssigkeit (Liquor) bestimmt werden. Verschiedene Eiweiße, wie das bereits erwähnte

Amyloid, oder auch das sogenannte Tau-Protein, sind typischerweise in einer bestimmten Menge im Liquor nachweisbar. Wird der Referenzbereich über- oder unterschritten, kann das ein Hinweis auf eine neurodegenerative Erkrankung sein. Besonders für die Alzheimer Erkrankung als einer mögliche Ursache für eine Demenz gilt, dass der Nachweis von Veränderungen bei den genannten Proteinen auch ein eindeutiger Nachweis der Erkrankung ist oder aber - bei Nichtvorhandensein - ein sicheres Kriterium für ihren Ausschluss. Das macht den hohen Wert dieser Parameter in der Frühdiagnostik aus.

Ist eine Gehirnwasseruntersuchung nicht sehr schmerzhaft oder sogar gefährlich?

Eine Lumbalpunktion, also das Einführen einer Punktionsnadel zwischen den Wirbelkörpern im Bereich der Lendenwirbelsäule, um die Gehirnflüssigkeit zu gewinnen, muss nicht schmerzhaft sein. Wie bei allen invasiven Methoden in der Medizin, sollte man sich an ein spezialisiertes Zentrum, in diesem Fall an eine Gedächtnissprechstunde wenden. Gefährlich ist die Untersuchung auch nicht, allerdings besteht immer das Risiko eines nach der Untersuchung auftretenden Kopfschmerzes. Diese bekannte Nebenwirkung ist allerdings selten und kann gut behandelt werden. Letztlich sind Lumbalpunktion und Gehirnwasseruntersuchung aus meiner Sicht gegenwärtig alternativlos in der Frühdiagnostik von demenziellen Erkrankungen.

Was ist denn mit einem Bluttest? Das wäre doch viel einfacher, gibt es ihn schon?

An einem Bluttest für Alzheimer wird seit Jahren gearbeitet, um die bislang unvermeidbaren Belastungen, die mit einer Lumbalpunktion einhergehen, überflüssig werden zu lassen. Leider ist es noch nicht gelungen, einen Bluttest zu entwickeln, der die notwendige Sensitivität und Spezifität, also die gleiche Genauigkeit wie die Gehirnwasseruntersuchung, erreichen würde. Das wird möglicherweise auch noch eine ganze Zeit lang so bleiben. Denkbar ist aber, dass in absehbarer Zeit ein Bluttest verfügbar wird, der helfen kann zu entscheiden, ob eine weitere Diagnostik mittels bildgebender Verfahren oder Liquoranalytik geboten erscheint.

Wie sicher ist die Biomarkerdiagnostik von Demenzerkrankungen?

Bei den beschriebenen Verfahren wurden in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht: Das Amyloid-PET wurde als diagnostisches Verfahren behördlich zugelassen, und die Genauigkeit der Eiweißbestimmung im Gehirnwasser hat durch die Einführung vollautomatisierter Analysensysteme erheblich zugenommen. Dennoch gibt es immer noch falsch negative und falsch positive Befunde. Deswegen gilt: Ohne die typischen klinischen Symptome einer Demenzerkrankung, also einer Einschränkung des geistigen Leistungsvermögens mit Beeinträchtigung der alltagspraktischen Fähigkeiten, ist eine Diagnosestellung nicht statthaft. Biomarker allein reichen nicht aus.

Kann auf dem gegenwärtigen Stand der Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen der Krankheitsverlauf vorhergesagt werden?

Eine möglichst genaue Vorhersage des Krankheitsverlaufes wäre von größtem Interesse. Leider steckt die Methodik hier noch in den Kinderschuhen. Wir kennen zwar einige Parameter, die ungünstig sind und den Krankheitsverlauf beschleunigen; ebenso kennen wir Parameter, die protektiv sind, also den Krankheitsverlauf verlangsamen. Aber da in einer Gleichung mit sehr vielen Variablen die Bedeutung dieser einzelnen Parameter für das Ergebnis interindividuell unterschiedlich ist, gelingt es bisher nicht, den Krankheitsverlauf sicher vorherzusagen. Generell lässt sich aber vor dem Hintergrund des Wissens über chronisch neurodegenerative Demenzen festhalten: Der Verlauf der Erkrankung in der Vergangenheit ist der beste Prädiktor für den Verlauf in der Zukunft, es sei denn, es tritt ein zusätzlicher Krankheitsfaktor, wie eine weitere Erkrankung, hinzu.

Nachdem wir nun die Theorie kennen – wie läuft denn die Frühdiagnostik ganz praktisch ab? Und wann sollte man sich überhaupt in einer Gedächtnissprechstunde melden?

Die (Früh-)Diagnostik im Rahmen einer Gedächtnissprechstunde beginnt immer mit einem ausführlichen Gespräch, der so genannten Anamnese. Insbesondere wenn nahestehende Angehörige eine Veränderung der Gedächtnisleistung, einen verminderten Orientierungssinn oder ein reduziertes räumliches Vorstellungsver-

mögen, eine verschlechterte oder instabile Stimmungslage und vielleicht auch eine Wesensveränderung insgesamt festgestellt haben; und wenn diese Aspekte dem Betroffenen Sorgen bereiten, was auch schon bei geringer Ausprägung der Fall sein kann, sollte eine Konsultation erfolgen. Nachdem das Beschwerdebild erfasst wurde, geht es darum, die berichteten Beschwerden mittels normierter Testverfahren zu objektivieren. Diese neuro-kognitive Testung nimmt bis zu einer Stunde in Anspruch, und das Ergebnis sollte von einem erfahrenen Arzt interpretiert werden. Wenn sich Probleme objektivieren lassen, erfolgen die nächsten Schritte.

Was wird im Rahmen einer solchen neuro-kognitiven Testung geprüft?

Entsprechend der vielfältigen Funktionen des menschlichen Gehirns müssen eine Reihe verschiedener Aufgaben gestellt werden, und eine Vielzahl von Testverfahren kommt zum Einsatz. Geprüft wird unter anderem die örtliche und zeitliche Orientierung, aber auch das räumliche Vorstellungsvermögen. Die Gedächtnisleistung ist ein besonderer Schwerpunkt. Wenn Gedächtnisprobleme vorliegen, gilt es in den Testverfahren zu unterscheiden, ob das z.B. an einem Aufmerksamkeitsmangel liegt oder andere Ursachen hat. Schließlich ist auch bedeutend, wie viel Zeit benötigt wird, um eine gegebene Aufgabe auszuführen.

Gibt es denn nicht auch Tagesschwankungen? Einen schlechten Tag kann doch jeder mal haben, wie wird das berücksichtigt?

Die neuro-kognitive Testung muss unter optimalen Bedingungen durchgeführt werden, das heißt, der Untersuchende muss alles tun, damit der Untersuchte das Beste an diesem Tag mögliche Ergebnis erzielt. Trotzdem gibt es natürlich Tagesschwankungen. Insgesamt ist nur eine Batterie von Testverfahren, wie sie für die Testung der Leistungsfähigkeit in den Gedächtnissprechstunden eingesetzt wird, aussagekräftig genug, um einen Eindruck von der geistigen Leistungsfähigkeit zu vermitteln. Zusätzlich werden ja noch mit Hilfe der Angehörigen die alltagspraktischen Fähigkeiten erfasst. So ergibt sich ein umfassendes Bild. Entweder das Ergebnis ist dem Alter und der Bildung entsprechend oder es liegt eine objektivierbare Störung vor, deren Schweregrad beurteilt werden muss.

Kann man eine solche Testung nicht auch im Internet machen?

Grundsätzlich lassen sich viele der Aufgaben, die in einer Testbatterie enthalten sind, digitalisieren. Im Internet gibt es auch entsprechende Angebote. Es gibt aber Unklarheiten bei der Standardisierung und Interpretation der Testergebnisse. Letztlich kann eine einmalige querschnittartige Befragung im Internet die Qualität und Aussagefähigkeit einer Untersuchung in einer regulären Gedächtnissprechstunde nicht ersetzen. Interessant ist allerdings die Entwicklung digitaler Biomarker, die sich die Interpretation längsschnittlicher

Daten zu Nutzen machen. Hier ist für die Zukunft einiges zu erwarten.

Zurück zur Frühdiagnostik in der Gedächtnissprechstunde: Was passiert nach der Erfassung der geistigen Leistungsfähigkeit durch die Testung?

Wir dürfen nicht vergessen, dass ein unterdurchschnittliches Ergebnis in der Testung sehr viele Ursachen haben kann. Wenn sich in der üblichen Routine-Labor-diagnostik im Blut keine Auffälligkeiten gefunden haben, sollte als nächstes eine sogenannte strukturelle Bildgebung, also eine Bildgebung des Kopfes mittels CT oder MRT, erfolgen. Hier geht es unter anderem darum, eine Raumforderung auszuschließen und das Ausmaß von gefäßbedingten Veränderungen zu erfassen. Mittels computergestützten Verfahren lassen sich auch das Gesamtvolumen und das Volumen von bestimmten Anteilen des Gehirns bestimmen. Das ist sehr hilfreich bei der Beantwortung der Frage, ob eine über das Altersmaß hinausgehende Schrumpfung des Gehirns vorliegt, die typisch wäre für eine chronisch-neurodegenerative Demenz.

Und wenn die strukturelle Bildgebung keinen richtungsweisenden Hinweis auf die Ursache erbringt?

Häufig sind erst in fortgeschrittenen Stadien einer Demenz eindeutige Hinweise auf deren Ursache durch die genannten Verfahren (CT bzw. MRT) zu ermitteln. Da alternative bildgebende Verfahren, wie die Positronen-Emissions-Tomographie, bislang nur sehr eingeschränkt verfüg-

bar sind (siehe oben), sollten bei Verdacht auf eine beginnende Demenz bei objektivierbaren klinischen Symptomen eine Lumbalpunktion und Untersuchung der Gehirnflüssigkeit durchgeführt werden. Durch die Bestimmung des Tau-Proteins, das einen überproportionalen Nervenzellzerfall anzeigt, in Kombination mit den A-Beta Proteinen im Liquor, die typischerweise im Rahmen der Alzheimererkrankung verändert sind, lassen sich häufig entscheidende differentialdiagnostische Hinweise gewinnen.

Welche Möglichkeit zur Behandlung einer leichten kognitiven Störung gibt es?

Das hängt jetzt sehr davon ab, welche Ursache die kognitive Störung hat. Deswegen sind die Frühdiagnostik und damit die Offenlegung aller therapeutischen Möglichkeiten so wichtig. Wenn die kognitive Störung nicht einer chronisch-neurodegenerativen Erkrankung zugrunde liegt, sind die Chancen, ein Fortschreiten, also eine Zunahme an Symptomen zu verhindern, sehr gut, sobald es gelingt, die Ursache auszuschalten. Gefäßerkrankungen aufgrund von nicht oder nur unzureichend behandeltem Bluthochdruck, zu hohe Blutfette oder eine unerkannte Zuckerstoffwechselstörung kann man sehr gut behandeln und damit das Fortschreiten einer kognitiven Störung hin zur Demenz verhindern.

Welche Möglichkeiten zur Behandlung einer Alzheimererkrankung im Stadium der leichten kognitiven Störung bestehen denn?

Das größte Potential sehe ich in der Stabilisierung des Affekts. Etwa die Hälfte aller Patienten mit einer leichten kognitiven Störung bei neurobiologisch (mit Biomarkern) nachgewiesener Alzheimererkrankung leidet an Stimmungsschwankungen oder sogar an einer erstmalig im Alter aufgetretenen Depression. Lange dachte man, dies beides sei „reaktiv“. Aber heute weiß man, dass die Alzheimererkrankung im Verlauf auch das sogenannte limbische System erfasst und dadurch eine Störung der Stimmung - also Depressivität- verursacht wird. Hier verspricht eine Behandlung mit Antidepressiva aus der Klasse der Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer eine deutliche klinisch relevante Verbesserung.

Wie sieht es aus mit den Möglichkeiten der primären Prävention, also der Verhinderung des Auftretens von kognitiven Störungen im Rahmen von Demenzerkrankungen, bevor erst Symptome auftreten?

Ob und inwieweit chronisch-neurodegenerative Erkrankungen - wie die Alzheimer Erkrankung - durch die Modifikation von Lebensstilfaktoren entscheidend beeinflusst werden können, ist umstritten. Allerdings ist eine reine, ausschließlich durch chronische Neurodegeneration verursachte Demenz eher selten. In großen epidemiologischen Studien kann man über den Verlauf von Jahren sehen, dass über alle Demenzen hinweg sehr wohl ein

erheblicher Effekt durch die Optimierung der Lebensstilfaktoren erreicht werden kann. Zu den wichtigsten Zielen mit hoher präventiver Wirksamkeit gehören: ein normaler Blutdruck, ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung, soziale Interaktion und ein erholsamer Schlaf. Wer es schafft, die überschaubare Anzahl von essentiellen Risikofaktoren in den Griff zu bekommen, der hat nicht nur etwas für die Prävention einer Demenz, sondern allgemein etwas sehr Wirksames für seine seelische und körperliche Gesundheit im Alter getan.

Das Interview führte Christa Matter.

PD Dr. Eva Janina Brandl

Medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Demenz

Ein „ideales“ Medikament zur Behandlung der Alzheimer-Demenz würde die Ursache der Erkrankung bekämpfen, kognitive Einschränkungen revidieren, die früheren Alltags-Kompetenzen wiederherstellen, wäre dabei gut verträglich und hätte ein niedriges Interaktionsrisiko.

Trotz aller wissenschaftlichen Bemühungen ist es bis heute jedoch nicht gelungen, klinisch wirksame Medikamente zu entwickeln, welche die Ursachen einer Alzheimer-Demenz beseitigen oder das Fortschreiten der Erkrankung völlig stoppen bzw. revidieren können. Dies führt manchmal zu Frustration von Behandlern, Betroffenen und Angehörigen. Kürzliche Rückschläge in der Erforschung neuer Therapieansätze haben diese negative Grundhaltung nicht positiv modifizieren können. Dennoch ist eine allzu pessimistische Haltung gegenüber der medikamentösen Behandlung der Alzheimer-Demenz nicht gerechtfertigt. Auch mit den aktuell verfügbaren Optionen kommt Medikamenten im Rahmen des therapeutischen Gesamtkonzeptes ein hoher Stellenwert zu.

Der Fokus der medikamentösen Behandlung liegt dabei zum einen auf der Verzögerung eines weiteren Verlustes kognitiver Funktionen und damit einhergehender Schwierigkeiten in der Bewältigung von Alltagsaufgaben. Zum anderen gibt es eine Vielzahl an Medikamenten, welche zur Behandlung von begleitenden psychiatrischen Symptomen, wie depressiver Stimmung, psychotischen Symptomen, Unruhe oder Apathie eingesetzt werden können. Verkompliziert werden kann die Behandlung durch Arzneimittelinteraktionen, die zu Wirkverstärkungen, -verlusten oder zum Auftreten unerwünschter Arzneimittelnebenwirkungen führen können. Mit steigender Anzahl eingenommener Medikamente steigt auch die Anzahl möglicher Interaktionen (1). Gleichzeitig ist die Therapieadhärenz bei Personen mit Demenzen häufig nicht sehr gut, so dass verordnete Medikamente teils gar nicht

oder nicht der Verordnung entsprechend eingenommen werden. Eine kürzlich veröffentlichte Studie kam zu dem Schluss, dass nicht einmal 50% der Personen mit Demenz ihre Medikation verordnungsgemäß einnehmen und bis zu 80% der Personen eine medikamentöse Behandlung vorzeitig abbrechen (2). Eine gute Information über die eingesetzten Substanzen, deren Nebenwirkungen, Interaktionspotential und Behandlungsziele von Betroffenen und Angehörigen kann helfen, die Therapieadhärenz und damit das Behandlungsergebnis zu verbessern sowie unrealistischen Erwartungen an die medikamentöse Behandlung und damit einhergehende Enttäuschungen zu verhindern. Insbesondere sollte die medikamentöse Therapie nicht der einzige Baustein der Behandlung sein, die im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzeptes immer auch in Kombination mit umfassenden psychosozialen Interventionen angelegt sein sollte.

Antidementiva

Um den angenommenen Mangel am Botenstoff Acetylcholin bei Alzheimer-Demenz auszugleichen, werden Hemmer des abbauenden Enzyms Acetylcholinesterase eingesetzt. Diese sind für die Behandlung der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz zugelassen. Nachdem die Substanz Tacrin aufgrund gefährlicher Leberschädigungen vom Markt genommen wurde, stehen heutzutage drei Acetylcholinesterasehemmer auf dem deutschen Markt zur Verfügung: Donepezil, Rivastigmin und Galantamin. Für alle drei Substanzen konnte eine positive Wirkung auf kognitive Funktion, Aktivitäten

des täglichen Lebens und Verhalten gezeigt werden. Die Wirksamkeit aller drei Substanzen auf die genannten Bereiche unterscheidet sich dabei nicht signifikant (3). Ein kürzlich publiziertes systematisches Review (4) fand jeweils eine Verzögerung des Verlusts von einem Punkt im Mini-Mental-Status-Test (MMST), dem am häufigsten eingesetzten Instrument zur Beurteilung des Schweregrades einer Demenz in der klinischen Praxis, nach 3, 6 und 12 Monaten Behandlung. Unter der Annahme eines jährlichen Verlustes von ca. 4-5 Punkten im MMST entspräche dies einer Verzögerung des kognitiven Abbaus um 3 Monate unter Behandlung. Die Effektstärke der Behandlung war generell eher klein, jedoch war die medikamentöse Behandlung immer noch einem Placebo signifikant überlegen.

Aufgrund der Dosisabhängigkeit der Wirksamkeit der Acetylcholinesterasehemmer sollte die jeweilige Substanz immer bis zur höchsten verträglichen Dosierung bzw. bis zur zugelassenen Höchstdosis aufdosiert werden. Diese liegt für Rivastigmin bei 12 mg/d (9,5 mg bzw. 13,3 mg als Pflaster), für Donepezil bei 10 mg/d und für Galantamin bei 24 mg/d. Eine fortlaufende Gabe wird bei ausreichender Verträglichkeit empfohlen. Da sich positive Effekte insbesondere von Donepezil auch im schweren Krankheitsstadium fanden, empfiehlt die aktuelle S3-Leitlinie eine Weiterbehandlung oder einen Beginn der Gabe auch bei fortgeschrittener Erkrankung, allerdings handelt es sich hier um eine off-label-Behandlung. Allen drei Substanzen gemeinsam sind gastrointestinale Nebenwirkungen in Form von Erbrechen, Übel-

keit, Appetitlosigkeit und Durchfall. Auch Synkopen oder Bradykardien können unter allen Substanzen auftreten (5). Da es individuelle Unterschiede bezüglich des Auftretens von Nebenwirkungen der einzelnen Substanzen geben kann, aber alle drei Substanzen klinisch ähnlich wirksam sind, orientiert sich die Entscheidung für das jeweilige Medikament vorwiegend an Verträglichkeit und Praktikabilität. So müssen Donepezil und Galatamin in Kapselform nur einmal täglich eingenommen werden, Rivastigmin-Kapseln und Galantamin als Lösung jedoch zweimal täglich. Dafür kann Rivastigmin auch als Pflaster verabreicht werden, was insbesondere bei Personen mit eingeschränkter Compliance für orale Medikamenteneinnahme ein großer Vorteil sein kann.

Auch hinsichtlich des Abbaus im Körper und damit des pharmakokinetischen Interaktionspotentials bestehen Unterschiede zwischen den einzelnen Acetylcholinesterasehemmern. So sind Donepezil und Galantamin Substrate von Enzymen der Cytochrom-P-450-Familie (CYP2D6 und CYP3A4). Bei begleitender Gabe von Substanzen, welche die Aktivität eines dieser Enzyme beeinflussen (z.B. Carbamazepin als starker CYP3A4-Induktor, Paroxetin als CYP2D6-Hemmer), kann es zu Arzneimittelinteraktionen kommen, die zu einer Wirkabschwächung von Donepezil und Galantamin oder einem verzögerten Abbau und dadurch bedingten Nebenwirkungen führen können. Rivastigmin wird dagegen nur über die Niere ausgeschieden, so dass kein Interaktionsrisiko auf Cytochrom-Ebene besteht (6).

Für die Behandlung der moderaten bis schweren Alzheimer-Demenz ist der N-Methyl-D-Aspartat (NMDA) Rezeptor-Hemmer Memantin zugelassen. Auch für diese Substanz konnten positive Effekte auf kognitive Leistung, Alltagsfunktion und Verhaltensauffälligkeiten gezeigt werden. Dagegen scheint Memantin bei der leichten Alzheimer-Demenz keine positive Wirkung zu haben, so dass hier keine Zulassung besteht. Eine Add-on-Behandlung mit Memantin bei fortgesetzter (off-label) Donepezil-Behandlung bei schwerer Alzheimer-Demenz kann laut S3-Leitlinie erwogen werden. Trotz widersprüchlicher Datenlage finden sich Untersuchungen, die einen Vorteil der Kombinationsbehandlung fanden (7). In leichten bis mittelgradigen Krankheitsstadien findet sich dagegen keine Evidenz für eine Verbesserung durch eine zusätzliche Behandlung mit Memantin, weshalb diese nicht empfohlen wird (5). Ähnlich den Acetylcholinesterasehemmern ist die Effektstärke der klinischen Wirksamkeit von Memantin eher gering. Memantin wird über 4 Wochen bei guter Verträglichkeit von der Startdosis 5 mg auf bis zu 20 mg (zugelassene Höchstdosis) aufdosiert. Nebenwirkungen von Memantin können erhöhter Blutdruck, Schwindel, Kopfschmerz und Verstopfung sein. Memantin wird vorwiegend renal eliminiert und nur zu einem kleinen Teil über das Cytochrom-P450-System verstoffwechselt. Für Memantin konnte in vitro ein inhibitorischer Effekt auf das CYP2B6-Enzym gezeigt werden (8), die Beurteilung der klinischen Relevanz steht jedoch aus.

Weitere Substanzen

Das frei verkäufliche Ginkgo Biloba-Extrakt EGb 761 wird häufig zur Behandlung kognitiver Leistungseinbußen eingesetzt. In leichteren Demenzstadien fanden sich Hinweise auf einen klinischen Nutzen der Einnahme, allerdings erst in Dosierungen ab 200 mg/d und bei einer Einnahme von mehr als fünf Monaten (9). Die häufig eingesetzte Dosierung von 240 mg/d ist in Deutschland erstattungsfähig (5). Bei Einnahme von Ginkgo-Extrakt in höheren Dosierungen als 240 mg/d bestehen potentielle Möglichkeiten zu pharmakokinetischen Arzneimittelinteraktionen, (10), allerdings ist die klinische Relevanz bisher nicht eindeutig belegt. Ein potentiell erhöhtes Blutungsrisiko bei Einnahme von Ginkgo Biloba wird diskutiert, konnte jedoch nicht eindeutig gezeigt werden (11).

Ginseng wird in Asien häufig bei Alzheimer-Demenz eingesetzt und auch in Deutschland zur Stärkung kognitiver Funktionen beworben. Hier findet sich jedoch keine eindeutige Evidenz für einen klinischen Nutzen (12).

Die S3-Leitlinie zur Behandlung von Demenzen benennt zahlreiche nicht empfehlenswerte Medikamente. So werden die Einnahme von Vitamin E, nichtsteroidalen Antiphlogistika, Hormonersatz (Frauen im postmenopausalen Alter) sowie die unter dem Begriff „Nootropika“ zusammengefassten Substanzen Piracetam, Nicergolin, Hydergin, Phosphatidylcholin (Lecithin), Nimodipin, Cerebrolysin und Selegilin aufgrund mangelnder Wirksamkeit im Vergleich zu Placebo oder fehlender hochqualitativer Studien nicht empfohlen.

Ebenso gibt die Leitlinie keine Empfehlung für den Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln (5).

Medikamente zur Behandlung weiterer Symptome der Erkrankung

Im Rahmen der Alzheimer-Demenz kommt es nicht nur zum fortschreitenden Verlust kognitiver Fähigkeiten und Alltagsfunktionen, sondern auch zu zahlreichen Begleitsymptomen, die eine medikamentöse Behandlung erforderlich machen können, wenn psychosoziale Maßnahmen allein nicht ausreichend sind.

Verhaltensauffälligkeiten treten im Verlauf bei über 90% der an Alzheimer-Demenz erkrankten Personen auf (13). Das Spektrum reicht von Depression, Angst, Apathie bis hin zu Agitation, Enthemmung, psychotischen Symptomen und akut eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten im Rahmen von Suizidalität oder aggressivem Verhalten. Häufig werden diese heterogenen Begleitsymptome unter dem englischen Begriff „Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia“ (BPSD) zusammengefasst. Entsprechend der heterogenen klinischen Symptome wird auch eine Vielzahl unterschiedlicher Medikamente zur Behandlung von BPSD eingesetzt. Vor Beginn einer medikamentösen Behandlung sollten potentielle somatische Ursachen der Verhaltensauffälligkeiten abgeklärt werden. Beispielsweise können Schmerzen, die gerade von Patienten mit schwerer Demenz oft nicht angemessen geäußert werden können, zu Aggressivität und Unruhe führen. Auch Infekte und andere somatische Ursachen sollten ausgeschlossen werden (13). Des

Weiteren sind BPSD von einem Delir abzugrenzen; bei Vorliegen eines Delirs muss die Ursache gesucht und behandelt werden.

Bei der Pharmakotherapie von BPSD sind einige allgemeine Grundsätze zu beachten. Anticholinerge Substanzen, z.B. Trizyklika, sollten aufgrund eines negativen Einflusses auf die kognitive Funktion möglichst vermieden werden. Stark sedierende Medikamente sind u. a. mit erhöhter Sturzgefahr verbunden und sollten daher ebenfalls möglichst vermieden werden (5). Da die Patienten sehr häufig Polypharmazie erhalten, sollten Medikamente mit hohem Interaktionspotential nicht verordnet werden. Beispielsweise haben die Antidepressiva Paroxetin und Fluoxetin durch starke CYP2D6-Hemmung ein sehr hohes pharmakokinetisches Interaktionspotential (1). Mögliche Arzneimittelinteraktionen sollten vor Verordnung von Medikamenten geprüft werden. Es existieren gute Übersichten über im Alter gut einsetzbare und nicht geeignete Medikamente, beispielsweise die FORTA-Liste (14), die Medikation in vier Kategorien von „unverzichtbar“ bis „vermeiden“ klassifiziert, oder die PRISCUS-Liste (www.priscus.net), die potentiell im Alter inadäquate Medikamente listet.

Ein geringer positiver Effekt von Acetylcholinesterasehemmern konnte auf BPSD in leichteren Erkrankungsstadien gezeigt werden. Im schweren Erkrankungsstadium scheinen diese keine Wirkung zu zeigen. Hier kann ein Therapieversuch mit Memantin unternommen werden, wofür allerdings ebenfalls eher geringe Effektstärken gezeigt werden konnten (5).

Für häufig im Rahmen einer Alzheimer-Demenz auftretende depressive Syndrome liegt Evidenz für einen positiven Effekt von Serotoninwiederaufnahmehemmern vor. Diese können auch eine positive Wirkung auf Agitation haben (13). Wie oben erwähnt, sollten Trizyklika aufgrund ihrer anticholinergen Wirkung unbedingt vermieden werden. Sedierende Antidepressiva wie Mirtazapin können die Sturzgefahr erhöhen und sollten daher nur vorsichtig eingesetzt werden.

Für Agitation und aggressives Verhalten liegt Evidenz für die Wirksamkeit von Risperidon (0,5-2 mg), Haloperidol (0,5-2 mg) und Aripiprazol (2,5-15 mg) vor. Risperidon und Haloperidol können in gleicher Dosierung auch bei Halluzinationen und Wahn eingesetzt werden (13). Eine sichere differenzialdiagnostische Abgrenzung zur Lewy-Body-Demenz sollte vor Gabe von Risperidon oder Haloperidol aufgrund der hohen Sensitivität gegenüber extrapyramidalen Nebenwirkungen erfolgt sein. Olanzapin ist aufgrund seiner anticholinergen Nebenwirkungen nur bedingt zum Einsatz bei Demenzpatienten geeignet. Bei allen Antipsychotika ist zudem mit einer erhöhten Mortalität und einem erhöhten Risiko für das Auftreten zerebrovaskulärer Ereignisse zu rechnen. Auch kann die kognitive Funktion bei langfristiger Gabe verschlechtert werden. Daher sollte die Gabe von Antipsychotika bei Alzheimer-Demenz möglichst nur kurzzeitig erfolgen und engmaschig überwacht werden (5).

Neue pharmakologische Ansätze

Aufgrund der eingeschränkten Wirksamkeit der verfügbaren Medikamente gibt es seit Jahren intensive Bemühungen zur Entwicklung neuer Medikamente, um den Erkrankungsbeginn hinauszuzögern und die kognitive Funktion zu verbessern. Jedoch sind zahlreiche Versuche, alternative medikamentöse Strategien zur Behandlung der Alzheimer-Demenz zu entwickeln, in den letzten Jahren nicht erfolgreich gewesen. Zwischen 2002 und 2012 scheiterten 99,6% der Medikamente gegen Alzheimer während klinischer Studien (15). In jüngeren Jahren wurde die Erforschung eines Beta-Sekretase 1 (BACE1)-Hemmers, Umibecestat, der als Schutz vor Demenz in einer Gruppe älterer Personen mit erhöhtem Demenzrisiko untersucht wurde, abgebrochen, da es zu einer Verschlechterung statt einer Verbesserung einiger kognitiver Leistungen der teilnehmenden Personen kam. Auch eine Studie zu einem anderen BACE1-Hemmer (Verubecestat) musste vorzeitig abgebrochen werden. Ähnlich wenig erfolgversprechend waren abgebrochene Studien zu verschiedenen Antikörpern gegen Beta-Amyloide (Aducanumab, Crenezumab, Solanezumab und Bapineuzumab (16)).

Verschiedene andere Ansätze werden aktuell weiterhin auf eine Wirksamkeit bei Demenz untersucht. U.a. laufen Studien zu Substanzen, welche die Aggregation von Tau-Fibrillen hemmen, neuen Glutamatantagonisten, zu Acetylcholinrezeptor-Agonisten und zu benzodiazepin-artigen Substanzen (17, 18). Die Beurteilung von Wirksamkeit und Verträglichkeit dieser neuen Ansätze ist derzeit ausstehend

und wird noch einige Zeit in Anspruch nehmen, so dass aktuell nicht mit einem zeitnahen Einsatz in der klinischen Praxis zu rechnen ist. Expertengremien haben Empfehlungen und Strategiepläne aufgestellt, wie potentiell unzureichend berücksichtigte Aspekte der Demenzforschung in Zukunft beforscht werden sollten, um sowohl die Ursachen der Erkrankung besser zu verstehen, die Erkrankung früher zu detektieren als auch neue Behandlungsmethoden zu entwickeln (z.B. (19)). Es bleibt zu hoffen, dass die laufenden wissenschaftlichen Bemühungen zu einer zukünftigen Verbesserung der Demenz-Behandlung beitragen werden.

Fazit

Auch wenn die aktuell verfügbaren medikamentösen Optionen die Symptome einer Alzheimer-Demenz nicht rückgängig machen oder die Erkrankung heilen können, sind unter realistischen Erwartungen an den Effekt der Medikation pharmakologische Behandlungsversuche mit Acetylcholinesterasehemmern und Memantin sinnvoll, da so das Fortschreiten der Erkrankung leicht verlangsamt werden kann. Auch bei BPSD können psychopharmakologische Behandlungsversuche sinnvoll sein. Generell werden mögliche Arzneimittelinteraktionen und unerwünschte Nebenwirkungen in der Praxis häufig unzureichend berücksichtigt und sollten unbedingt regelhaft geprüft und die Medikation ggf. angepasst werden, um Stürze, vaskuläre Ereignisse und andere Risiken zu minimieren. Die medikamentöse Behandlung sollte immer in ein Gesamtkonzept integriert sein, das auch nicht-pharmakologische Strategien um-

fasst. Eine Vielzahl neuer pharmakologischer Ansätze zur Behandlung der Alzheimer-Demenz wurde in den letzten Jahren entwickelt, jedoch bisher nicht mit dem gewünschten klinischen Effekt. Es bleibt wünschenswert, dass zukünftige Neuentwicklungen hier effektive und gut verträgliche neue Möglichkeiten bieten werden.

Referenzen

1. Brandl EJ, Menke A. Wichtige Wechselwirkungen von Psychopharmaka. In: *Neurologie & Psychiatrie*. 2019;21(3):36-41.
2. El-Saifi N, Moyle W, Jones C, Tuffaha H. Medication Adherence in Older Patients With Dementia: A Systematic Literature Review. *J Pharm Pract*. 2018;31(3):322-34.
3. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(1):CD005593.
4. Knight R, Khondoker M, Magill N, Stewart R, Landau S. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Acetylcholinesterase Inhibitors and Memantine in Treating the Cognitive Symptoms of Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2018;45(3-4):131-51.
5. AWMF. S3-Leitlinie „Demenzen“. 2016.
6. Petri H. Acetylcholinesterase-Hemmer: Das Interaktionspotenzial von Antidementiva. *Dtsch Arztebl International*. 2016;113(15):17.
7. Kishi T, Matsunaga S, Oya K, Nomura I, Ikuta T, Iwata N. Memantine for Alzheimer's Disease: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *J Alzheimers Dis*. 2017;60(2):401-25.
8. Micuda S, Mundlova L, Anzenbacherova E, Anzenbacher P, Chladek J, Fuksa L, et al. Inhibitory effects of memantine on human cytochrome P450 activities: prediction of in vivo drug interactions. *Eur J Clin Pharmacol*. 2004;60(8):583-9.
9. Yuan Q, Wang CW, Shi J, Lin ZX. Effects of Ginkgo biloba on dementia: An overview of systematic reviews. *J Ethnopharmacol*. 2017;195:1-9.
10. Unger M. Pharmacokinetic drug interactions involving Ginkgo biloba. *Drug Metab Rev*. 2013;45(3):353-85.
11. Kandiah N, Ong PA, Yuda T, Ng LL, Mamun K, Merchant RA, et al. Treatment of dementia and mild cognitive impairment with or without cerebrovascular disease: Expert consensus on the use of Ginkgo biloba extract, EGb 761((R)). *CNS Neurosci Ther*. 2019;25(2):288-98.
12. Wang Y, Yang G, Gong J, Lu F, Diao Q, Sun J, et al. Ginseng for Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Curr Top Med Chem*. 2016;16(5):529-36.
13. Kratz T. Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. *Dtsch Arztebl International*. 2017;114:447-54.
14. Pazan F, Weiss C, Wehling M, Forta. The FORTA (Fit FOR The Aged) List 2018: Third Version of a Validated Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People. *Drugs Aging*. 2019;36(5):481-4.
15. Cummings JL, Morstorf T, Zhong K. Alzheimer's disease drug-development pipeline: few candidates, frequent failures. *Alzheimers Res Ther*. 2014;6(4):37.
16. *Ärzteblatt D*. Wieder Alzheimer-Studienabbruch zu BACE1-Inhibitor 2019 [Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104640/Wieder-Alzheimer-Studienabbruch-zu-BACE1-Inhibitor>].
17. VFA. 2019 [2.11.2019]. Available from: <https://www.vfa.de/de/arsneimittel-forschung/woran-wir-forschen/neue-alzheimer-medikamente-in-entwicklung.html>.
18. Prevot TD, Li G, Vidojevic A, Misquitta KA, Fee C, Santrac A, et al. Novel Benzodiazepine-Like Ligands with Various Anxiolytic, Antidepressant, or Pro-Cognitive Profiles. *Mol Neuropsychiatry*. 2019;5(2):84-97.
19. Mauricio R, Benn C, Davis J, Dawson G, Dawson LA, Evans A, et al. Tackling gaps in developing life-changing treatments for dementia. *Alzheimers Dement (N Y)*. 2019;5:241-53.

PD Dr. Eva Janina Brandl
Psychiatrische Universitätsklinik
der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus
Große Hamburger Str. 5-11
10115 Berlin
Tel: 030 2311-0
email: eva.brandl@charite.de

Tag der offenen Tür am 20. September 2019

Anlässlich des diesjährigen Welt-Alzheimer-tages folgten zahlreiche Berlinerinnen und Berliner unserer Einladung zum Tag der offenen Tür und besuchten unsere Geschäftsstelle.

Mehr als 70 Personen nutzten die Möglichkeit, die Arbeit unseres Vereins und auch die Menschen dahinter kennenzulernen. Gemeinsam standen Mitglieder des Vereinsvorstandes mit ehrenamtlich Engagierten für vielfältige Fragen zur Verfügung; die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle führten zahlreiche offene Beratungen durch.

In mehreren Vorträgen konnten sich die Besucherinnen und Besucher informieren und sich austauschen: über das Krankheitsbild Demenz, über gelingende Kommunikation und über Möglichkeiten der Bewältigung von Veränderungen, die die Erkrankung mit sich bringt. Während der gut besuchten Lesungen trug Karin Tzschätzsch unterschiedliche Texte aus vereinseigenen Publikationen vor. Auf dem Flur bot die Ausstellung »Demensch« mit Motiven von Peter Gaymann viel humorvollen Stoff für anregende Unterhaltungen.

Bis in den Abend hinein fanden interessante Begegnungen und unterschiedlichste Gespräche bei Snacks und Getränken statt – eben ganz nach dem Motto des Welt-Alzheimer-tages 2019: Demenz. **Einander offen begegnen.**

Kathrin Breternitz

Ökumenischer Gottesdienst zum Welt-Alzheimer-Tag

Am 22. September 2019 fand zum 14. Mal der ökumenische Segnungsgottesdienst in der Kaiser-Wilhelm-Gedächtnis-Kirche für pflegende Angehörige, Pflegekräfte, Ehrenamtliche und Menschen mit Demenz statt.

Dieser Gottesdienst wird gemeinsam gestaltet von der Alzheimer-Gesellschaft Berlin und dem Geistlichen Zentrum für Menschen mit Demenz und deren Angehörige.

Er stand dieses Jahr unter dem Motto „Ich bin da!“.

Trotz des Sonnenscheins hatten sich wieder viele Gottesdienstbesucher eingefunden.

Drei Pfarrer gestalteten gemeinsam den Gottesdienst und jeder Besucher hatte die Möglichkeit, sich den Segen erteilen zu lassen.

Dieses Jahr wurden zu dem Lied „Wir bringen Frieden für alle“ an jeden Besucher kleine Glöckchen verteilt, die im Takt der Melodie geschwungen wurden. Diese Aktion machte sichtliche Freude und jeder konnte sich dadurch aktiv einbringen.

Auch die musikalischen Darbietungen von Linus Fuhrmann und Soheyla Güttler, die beide Geige spielten, waren sehr bewegend und ich konnte beobachten, wie eine schwerstpflegebedürftige demenzkranke Frau im Rollstuhl, die vorher sehr unruhig war, sich entspannte und lächelte.

Ulrike Jaeger

„Das innere Leuchten“ in den EVA-Lichtspielen und im Kino UNION mit anschließendem Publikumsgespräch

Am 21. September zeigten die EVA-Lichtspiele und am 23. September zeigte das UNION Filmtheater „Das innere Leuchten“. Im Anschluss an den Dokumentarfilm standen wir dem Publikum für Filmgespräche zur Verfügung.



Der Film, der in diesem Jahr auf der Berlinale Premiere feierte, begleitet beobachtend den Alltag von Menschen mit einer Demenz. Behutsam und feinfühlig nähert sich Filmemacher Stefan Sick in einem Stuttgarter Demenz-Zentrum der Lebenswirklichkeit der erkrankten Personen an.

Lange Sequenzen und verweilende Kameraeinstellungen versetzen die Zuschauer in eine Beobachterrolle. Die Echtzeit der Protagonisten wird so für das Publikum spürbar und es entsteht eine fast intime Nähe zu den Persönlichkeiten, nicht nur in ihrem Tun, sondern auch in ihrer jeweiligen Stimmungslage und Verfassung. Das verlangt dem Publikum so einiges an innerer Arbeit ab, zumal gänzlich auf Erklärungen und Kommentare verzichtet wird. Die musikalische Untermalung und eingestreute, ruhige Naturaufnahmen tragen durch den Film.

„Das innere Leuchten“ ist eine Einladung dazu, sich in die Welt der erkrankten Personen einzufühlen, sich hineinzusetzen – und akzeptieren zu müssen, dass man selbst vielleicht nicht immer alles verstehen muss oder kann. Wer sich darauf einlässt und empathischer Offenheit den Vorrang gibt, spürt eine Nähe zu den Personen auf der Leinwand, die ganz in ihrer eigenen Welt zu sein scheinen und uns an diesen Momenten teilhaben lassen

Der Film ist keine „leichte Kost“ und doch bestätigt er die Hoffnung, dass die Persönlichkeit eines Menschen – eben das innere Leuchten – trotz einer Demenzerkrankung bleibt und immer wieder zum Vorschein kommt. Wir müssen nur hinschauen.

Kathrin Breternitz und Edward Müller



Ulla Lehmann, AMA Film GmbH und Edward Müller, 1. Vorsitzender Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz Foto: Privat

Romys Salon

Am 22. September 2019 fand im Rahmen der Woche der Demenz die Filmvorschau des Films „Romys Salon“ im Kino Filmkunst 66 mit anschließendem Publikumsgespräch in Berlin statt.

Der Film von Mischa Kamp basiert auf dem gleichnamigen Roman von Tamara Boss. Mehr oder weniger widerwillig passt Oma Stine nach der Schule auf ihre 10-jährige Enkeltochter Romy auf, da ihre gerade erst geschiedene Tochter arbeiten muss.

Oma Stine arbeitet als Friseurin und kämpft ganz langsam mit den ersten Zeichen einer beginnenden Alzheimer Erkrankung. Sie vergisst vieles, hat Probleme mit dem Umgang mit Geld. Romy gefällt es ganz und gar nicht, dass sie jeden Tag zu ihrer Oma in den Friseursalon gehen muss. Das ändert sich erst, als Oma Stine ihr anvertraut, dass sie zunehmend vergesslicher wird.

Romy erkennt, dass nicht Oma nur auf sie aufpasst, sondern sie selbst auch auf Oma. Die Bindung zwischen beiden wächst, obwohl Oma sich immer mehr verändert: sie spricht auf einmal dänisch und erzählt z.B. viel aus ihrer Kindheit in Dänemark.

Durch die Diagnose Alzheimer rücken die beiden näher zueinander und aus dem zu-

nächst distanzierten Verhältnis von Oma und Enkelin entwickelt sich eine tiefe Verbundenheit und Komplizenschaft.

Romy steht der Oma so gut es geht bei, den Friseursalon weiterzuführen und verheimlicht gegenüber ihren Eltern die zunehmende Vergesslichkeit. Als das nicht länger geht und Oma Stine in ein Pflegeheim ziehen muss, entwickelt sie einen eigenen Plan. Sie beschließt, Oma ihren größten Wunsch zu erfüllen. Sie fahren gemeinsam ans Meer nach Dänemark.

Ein berührender Film, der in vielen Szenen den Verlauf der Krankheit mit den dazugehörigen verwirrenden Momenten zeigt. Ein Film, der einem aber auch bewusst macht, wie wichtig der Zusammenhalt innerhalb der Familie ist.

Christa Matter und Stefanie Gerber

Der Film ist ab dem 30. Januar 2020 im Kino zu sehen.



Augenblicke im Bode-Museum am 15. Oktober 2019!

Kunst- und Fantasiegeschichte: **Ich habe gefunden, was ich suchte**

Ich bin ganz selig, wieder im Museum zu sein. War das nicht Julia? Eine Klasse Person! Na klar, ich erkenne die Tänzerin wieder. Ich kann mich erinnern! Sie hat eingedrehte Haare, ein Kleid und eine Hose an – ganz raffiniert. Und sie lebte vor etwa 100 Jahren. Ob die Tänzerin aus Deutschland kommt? Oder aus Ägypten? Sie kommt aus Italien oder aus Frankreich. Nein, sie ist eine Deutsche. Oh, in vier Städten war sie schon! In Rom, Wien, London und nun ist sie in Berlin. Sie wartet auf ihren Einsatz. Da sind noch mehrere Tänzerinnen. Ich hatte als Kind Ballettunterricht. Ach, haben wir früher gerne getanzt! Ich habe getanzt wie ein junger Gott.

Warum ist der Bildhauer so früh gestorben? Woraus hat er sie gemacht? Aus Gips, das hat was mit Chemie zu tun. Sie besteht aus Marmor. Der kommt aus einem Steinbruch, in Carrara. Jemand sagt: Alabaster. Was ist das? Gibt es irgendwo Skulpturen aus Alabaster? Jetzt fassen wir ein Stück Marmor an – es fühlt sich angenehm kühl, fest und stabil an. Ein weißer Block. Außen sind schwarze Linien, das ist raffiniert. Außer Marmor gibt es noch andere Materialien: Bronze, Kalkstein, Holz von Bäumen. Woran erinnere ich mich? An den Waldrand, da sind viele Bäume, nicht nur einzelne, ich will mich da nicht festlegen. Elfenbein sieht aus wie ein Hirschgeweih, es ist geschliffen. Und da ist noch ein Abdruck von einem Fuß in Gips.

Das Kleid ist bestimmt aus schöner Seide oder aus Leinen, nein Chiffon! Oh, so

fein, wie ein Trikot. Zart wie eine Feder. Was hält sie in ihren Händen? Mir fällt das nicht ein ...Kastagnetten? Zimbeln. Das Wort kenne ich nicht. Andere Instrumente werden ausprobiert: Tamburin, Triangel und Xylophon. Es klingt wie eine Melodie, ein Orchester. Ich komme aus einer musikalischen Familie. Meine Enkelin spielt Fagott an der Oper in Zürich. Sie hat bessere Ohren als ihre Oma!

Wie schwer mag die Figur sein? 300 kg, wer bietet mehr? Über 400 kg, 500 kg, eine Tonne? Und wie groß ist die Tänzerin? Im Vergleich zu mir – ich bin 1.50 Meter – ist sie mindestens zwei Meter!

Nun sollen wir einen Titel für die Tänzerin finden - ich schaffe das gerade nicht. Jemand drückt es so aus: „Die Schöne in der Nacht!“ oder „Verzauberung“. Andere sagen: „Eine schöne Empfindung“ und „Die schöne Operette“ Schließlich: „Ich habe gefunden, was ich suchte.“

Mir gefällt es noch sehr gut im Museum. Ich möchte mal alles gesehen haben. Mich freut es, dass ich nicht vergessen worden bin, es gefällt mir ausgezeichnet, Kompliment! Wir sagen unserer Leitung, dass sie zu uns kommen sollten, uns besuchen, das wäre auch etwas anderes. Wir kommen wieder am 1. April, da habe ich Geburtstag!

(6 Personen: 2 Ehepaare, 2 Damen / Ernst-Berendt-Haus Berlin- Weißensee, Einrichtung der Stephanus GmbH) / Kunstvermittlung: Astrid Weichelt, Sigrid Otto / Text: Sigrid Otto

Liebe Frau Matter und Team!

Für die unterhaltsame und sehr informative „Musikalische Stadtrundfahrt“ möchte ich mich herzlich bedanken. Diese Fahrt war eine Bereicherung meiner kulturellen Unternehmungen.

Bei meinen Stadtspaziergängen werde ich mir das „Charlottenburger Tor“ mit seinen Figuren genauer ansehen. Dass Sophie Charlotte das Schloss in Miniatur in ihrer Hand hält, war mir noch nie aufgefallen. Das Denkmal in Form eines Torbogens für die „alte „Philharmonie 1882-1944 war für mich absolut neu, also auch ein Spaziergang durch die Bernburger Strasse wird geplant.

Anhand des Tourenplanes kann die gefahrene Route in Gedanken noch einmal nachvollzogen werden und einige der vielen Informationen dadurch wieder in Erinnerung kommen.

Der Ausklang mit Kaffee und Kuchen und anregenden Unterhaltungen war dann noch das i-Tüpfelchen – ein gelungener Ausflug!

Danke!

Ruth See

Musikalische Stadtrundfahrt

Es war eine bemerkenswerte Busfahrt, zu der Ehrenamtliche der AGB am 19.10.19 eingeladen waren: eine „Musikalische Stadtrundfahrt“ durch Berlin unter der Leitung von Frau Dr. Oschmann.

Eine große Anzahl von Orten mit unterschiedlichem Bezug zur Musikgeschichte der Stadt wurden angesteuert und von der Moderatorin engagiert und professionell kommentiert. Ob Opernhäuser, Theater, Wirkungsstätten oder Lebensorte von Dirigenten, Komponisten oder anderen durch die Musik mit Berlin verbundenen Menschen - alles wurde facettenreich und unterhaltsam von Frau Dr. Oschmann kommentiert. An jeder Station gab es eine musikalische Kostprobe mit entsprechendem Bezug. Es war ein rundum stimmiges Gesamterlebnis, das die Beteiligten – auch durch besondere Fahrkünste des Busfahrers - in Winkel Berlins führte, an denen Musikgeschichte geschrieben wurde.

Das anschließende gemeinsame Kaffeetrinken gab Gelegenheit zum Austausch

über das gerade Erlebte, aber auch über die unterschiedliche Arbeit der Ehrenamtlichen. Ich war zum Beispiel stark beeindruckt von dem Engagement eines noch sehr jungen Menschen in der Betreuung von Alzheimer-Patienten – vom großen emotionalen und zeitlichen Aufwand. Es hat mir gut gefallen, dass es einmal Zeit und Gelegenheit zu solchen Gesprächen gab.

Ich finde es eine sehr nette Geste, sich für den unverzichtbaren Einsatz von Ehrenamtlichen durch eine so gelungene gemeinsame Aktivität zu bedanken.

Mein Dank geht an alle, die diesen schönen Nachmittag organisiert haben.

Ursula Ritter



Stellen sie sich vor...

Stellen Sie sich vor, Sie gehen mit Ihrer Liebsten im Wald spazieren. Und die Stimmung ist ganz wundervoll und Sie freuen sich, dass Sie zusammen sind. Das wollen Sie ihr sagen und auch noch erzählen von den Bäumen und der Sonne und den bunten Blättern und dem Laub, das unter Ihren Füßen raschelt.

Aber Sie werden frustriert, denn Sie bringen die Worte nicht heraus, sondern nur irgendeinen gestammelten Unsinn. Und Sie werden wütend, denn Ihre Liebste versteht Sie nicht und fragt ständig: „Was meinst du denn?“. Dabei müsste sie doch wissen, was Sie sagen wollen, denn sie ist ja schließlich auch dabei. Und Ihre Liebste streckt ihre Hand nach Ihnen aus, um Sie zu beruhigen. Doch Sie sind so zornig, dass Sie ihre Hand wegschlagen.

Und dann tut es Ihnen leid, Sie werden traurig, weil Sie immer mehr verblöden und nicht einmal mehr ein einfaches Gespräch führen können. Sie möchten nur noch nach Hause. Dabei war der Tag bislang doch so schön.

Stellen Sie sich vor, Sie sind unterwegs. Die Person an Ihrer Seite kennen Sie gar nicht so genau. Aber diese Person behandelt Sie sehr freundlich und höflich und so gehen Sie einfach einmal mit.

Und die Person erzählt von Bäumen und Sonnenschein und bunten Blättern und raschelndem Laub. Sie verstehen die Worte gar nicht, denn sie ergeben keinen Sinn, aber Sie spüren die Freude und die gute Stimmung und so lächeln Sie die andere Person an.

Und die Person greift ganz behutsam nach Ihrer Hand und sagt: „Das ist schön!“ Und Sie antworten: „Schön!“

Edward Müller

Neue Broschüren der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

Umzug ins Pflegeheim

Entscheidungshilfen für Angehörige von Menschen mit Demenz



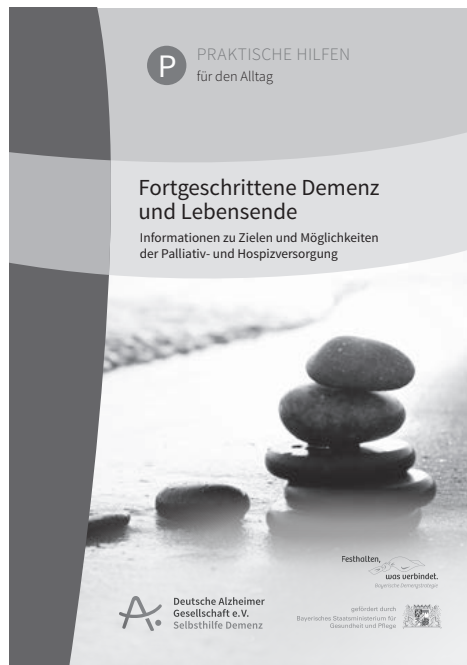
Mit der Unterstützung von Angehörigen, Freunden und professionellen Pflege- und Betreuungsangeboten ist das Leben mit einer Demenz zu Hause durchaus möglich. Wenn die Krankheit jedoch fortschreitet oder wenn ein großer körperlicher Pflegebedarf hinzukommt, stellt sich häufig irgendwann die Frage nach Alternativen zum Leben zu Hause. Dieser Ratgeber möchte Hilfestellungen für diese Entscheidung geben und dazu ermutigen, darüber nachzudenken, bevor Angehörige mit der Pflege an ihre Grenzen kommen.

Auch nach dem Umzug können Angehörige vieles dazu beitragen, den Betroffenen ein gutes Leben im Pflegeheim zu ermöglichen. Die Broschüre gibt Hinweise dazu, was bei der Auswahl eines Heimes wichtig ist, worauf beim Abschluss eines Heimvertrags geachtet werden sollte, wie das Zimmer gestaltet werden kann und wer Ansprechpartner bei Problemen ist. Sie enthält auch Informationen zu den Kosten und den Finanzierungsmöglichkeiten eines Heimplatzes.

3. Auflage 2019, 88 Seiten, 4 Euro

Fortgeschrittene Demenz und Lebensende

Informationen zu Zielen und Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung



Dieser Ratgeber wendet sich an Angehörige und rechtliche Vertreter von Menschen mit fortgeschrittener Demenz, die zu Hause oder in einem Heim versorgt werden. Er informiert über die Symptome und Beschwerden, die bei fortgeschrittener Demenz am Lebensende auftreten können. Er zeigt auf, welche medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um Schmerzen und andere Beschwerden zu lindern. Er gibt Hilfestellungen für Entscheidungen, die in dieser Situation getroffen werden müssen, beispielsweise zu lebensverlängernden Maßnahmen.

Angehörige erfahren, was sie in dieser Phase selbst tun können und wo sie Unterstützung erhalten, um für die Betroffenen die bestmögliche Lebensqualität und ein möglichst großes Wohlbefinden zu erreichen.

1. Auflage, 2019, 48 Seiten, 4 Euro

Leben mit Demenzerkrankten

Hilfen für schwierige Verhaltensweisen und Situationen im Alltag



Diese Broschüre möchte dazu beitragen, das Leben mit Demenzerkrankten etwas einfacher zu machen. Sie beschreibt Verhaltensweisen und Situationen, die im frühen und mittleren Stadium der Erkrankung auftreten und für die Betreuenden oft sehr belastend sind. Zwar gibt es für den Umgang mit Demenzerkrankten keine Patentrezepte, doch es ist möglich, aus den Erfahrungen anderer zu lernen.

11. Auflage 2019, 60 Seiten, 4 Euro

Bestellungen:

Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V.
Selbsthilfe Demenz
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin
info@alzheimer-berlin.de

Termine Veranstaltungen Fortbildungen

ab 1/2020

Mitgliederversammlung

Vorankündigung

Mitgliederversammlung der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz

22. April 2020 Mittwoch

Zeit: 18.00 Uhr

Ort: Nachbarschaftshaus Urbanstraße e.V.,
Urbanstraße 21, 10961 Berlin

Wir bitten Sie schon heute, sich diesen Termin vorzumerken und als ordentliches Mitglied von Ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Schulungsreihe für Angehörige

Hilfe beim Helfen

*in Kooperation mit der Pflegekasse
der Barmer*

Inhalte der 3-teiligen Seminarreihe sind:

- demenzielle Erkrankungen, z. B. die Alzheimer-Krankheit
- Umgang mit dem/der Erkrankten (Pflege und Betreuung)
- rechtliche und finanzielle Fragen (z. B. Pflegeversicherung)
- Entlastungsangebote (z. B. Angehörigengruppen, Tagesbetreuung)

1. Kurs 2020

**17. Februar, 24. Februar
und 2. März** montags

Zeit: 14.00–18.00 Uhr

Kontakt und Veranstaltungsort:
Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V.
Selbsthilfe Demenz
Friedrichstraße 236, 10969 Berlin

Anmeldung: Telefon 89 09 43 57 oder
info@alzheimer-berlin.de

Die Teilnehmer/-innenzahl ist auf
12 Personen begrenzt.

Offene Selbsthilfegruppen für Angehörige von Demenzkranken der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz

Kreuzberg

Zeit: jeden 3. Montag im Monat,
16.00–17.30 Uhr

Ort: Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V.
Selbsthilfe Demenz
Friedrichstraße 236, 10969 Berlin,
(U-Bhf. Hallesches Tor)

Kontakt:
Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V.
Selbsthilfe Demenz, Telefon 89 09 43 57

Charlottenburg

Zeit: jeden 2. und 4. Mittwoch im Monat,
15.30–17.30 Uhr

Ort: c/o SEKIS, Bismarckstraße 101,
10625 Berlin, (U-Bhf. Deutsche Oper)

Kontakt:
Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V.
Selbsthilfe Demenz, Telefon 89 09 43 57

Reinickendorf

in Kooperation mit dem Ev. Jugend- und Fürsorgewerk e.V.

Zeit: jeden 3. Mittwoch im Monat, 16.00–18.00 Uhr

Ort: Tagespflege im Diakoniezentrum, Erich-Anger-Weg 11, 13503 Berlin

Kontakt:

Ev. Jugend- und Fürsorgewerk e.V., Frau Mehrmann-Kremer, Telefon 43 06 213; Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz, Telefon 89 09 43 57

Steglitz

in Kooperation mit der AGAPLESION Bethanien Diakonie gGmbH

Zeit: jeden 1. Dienstag im Monat, 16.00–17.30 Uhr

Ort: Sophienhaus, Paulsenstraße 5-6, 12163 Berlin, (U-Bhf. Rathaus Steglitz)

Kontakt:

AGAPLESION, Bethanien Diakonie gGmbH, Frau Barac, Telefon 89 79 12-37; Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz, Telefon 89 09 43 57

Treptow

in Kooperation mit dem Krankenhaus Hedwigshöhe

Zeit: jeden 1. und 3. Donnerstag im Monat, 17.00–18.30 Uhr

Ort: Selbsthilfezentrum

»Eigeninitiative«,

Genossenschaftsstraße 70, 12489 Berlin (S-Bhf. Adlershof)

Kontakt:

Krankenhaus Hedwigshöhe Frau Hülser, Telefon 67 41-32 05; Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz, Telefon 89 09 43 57

Achtung! Die Gruppe befindet sich ab Januar 2020 im Aufbau. Bitte nehmen Sie, bevor Sie die Gruppe besuchen, telefonisch Kontakt mit Frau Hülser auf

Weißensee

in Kooperation mit dem St. Joseph-Krankenhaus Weißensee

Zeit: jeden 1. Mittwoch im Monat, 15.30–17.00 Uhr

Ort: St. Joseph-Krankenhaus, Gartenstraße 1, 13088 Berlin, Haupthaus, Raum St. Katharina, 3. Etage

Kontakt:

Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz, Telefon 89 09 43 57

Offene Selbsthilfegruppe für Angehörige von Menschen mit einer Frontotemporalen Demenz

Kreuzberg

in Kooperation mit der FTD Ambulanz der Neuropsychiatrie der Charité, Campus Mitte

Zeit: jeden 2. Donnerstag im Monat, 17.00–19.00 Uhr

Ort: Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz, Friedrichstraße 236, 10969 Berlin, (U-Bhf. Hallesches Tor)

Kontakt:

Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz, Telefon 89 09 43 57

»Augenblicke im Museum«

Angebote für Menschen mit und ohne Demenz in den Staatlichen Museen zu Berlin

Die Ausstellungsbesuche richten sich an Menschen mit Demenz und ihre Begleitungen. Bei Kaffee und Gebäck stimmen sich die Teilnehmenden auf die Umgebung ein und lernen sich kennen. Es wird eine kleine Auswahl an Werken betrachtet. Die Teilnehmenden werden angeregt, eigene Gedanken, Empfindungen und Erinnerungen einzubringen.

Die Angebote werden durchgeführt von speziell geschulten KunstvermittlerInnen.

Teilnahmegebühr: 6 € ggf. zzgl. Eintritt

Für Personen, die Transferleistungen erhalten, ist der Eintritt frei. Schwerbehinderte (mindestens 50% MdE) erhalten ermäßigten Eintritt. Für je eine Begleitperson sind der Eintritt und die Führungsgebühr frei.

Die Ausstellungsbesuche werden in Zusammenarbeit mit der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz angeboten.

Bode-Museum Kunst- und Fantasiegeschichten im Museum

Das Bode-Museum ist ein Haus mit vielen Skulpturen, die unsere Fantasie anregen. Jeder kann seine Kreativität einbringen, um eine ganz eigene Geschichte zu einem Kunstwerk, wie z.B. zur ‚Tänzerin‘ von Canova, zu erfinden. Im Anschluss ist ein Besuch des Museumscafés möglich.

Kontakt: Telefon 266 42 31 60

Dienstag bis Sonntag, 11.00 – 17.00 Uhr

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Eine Anmeldung ist erforderlich.

Termine für das erste und zweite Quartal 2019:

18.02., 21.04., 16.06.2020

Dienstag, jeweils von 14.30-16.00 Uhr

Gemäldegalerie

Kontakt: Telefon 266 42 30 40

Dienstag bis Sonntag, 11.00–17.00 Uhr

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Eine Anmeldung ist erforderlich.

Termine für das erste und zweite Quartal 2020:

21.01.2020 Dienstag, 14.30-16.00 Uhr

Thema: Winter

In Europa gab es eine Zeit, da waren die Winter lang und kälter als heute – es gab eine kleine Eiszeit! Verschneite Landschaften und zugefrorene Kanäle luden ein zu winterlichen Vergnügungen. Wie wäre es mit einer Runde Schlittschuhlaufen? Das war schon vor 400 Jahren ein beliebter Zeitvertreib.

17.03.2020 Dienstag, 14.30-16.00 Uhr

Thema: Frühling

Süße, wohlbekannt Düfte streifen ahnungsvoll das Land... Das blaue Band des Frühlings flattert durch die Gemäldegalerie. Auch auf Gemälden erwacht die Natur, knospen die Blätter, zarte Melodien werden angestimmt. Gemeinsam betrachten wir die Bilder und können uns dabei an verschiedenen Duftproben erfreuen.

19.05.2019 Dienstag, 14.30-16.00 Uhr

Thema: Liebe

Verliebt sein – was für ein schönes Gefühl: Man hat Schmetterlinge im Bauch und schwebt auf Wolke sieben! In der Gemäldegalerie treffen wir „Experten“ auf diesem Gebiet: den Liebesgott Amor und seine Mutter Venus, die Göttin der Liebe und Schönheit. Aber nicht immer gibt es in der Liebe ein Happy End.

Neues Angebot:

Bildbetrachtung für Menschen mit Demenz – Führung zu Familien- porträts aus der Sammlung

Demenz Betroffene mit ihren Angehörigen und Betreuer*innen laden wir einmal im Monat zu einem besonderen Museumsbesuch ein. Bei einem gemeinsamen Kaffeetrinken mit Gebäck kommen die Teilnehmer*innen im Museum an und stimmen sich auf die Bildbetrachtung ein. In ausgewählten Fotografien aus unseren Familiensammlungen begegnen wir jüdischen Familien und erleben mit ihnen erste Schultage, Hochzeitsfeiern oder die großen Ferien am Meer. Objekte zum Befühlen und musikalische Akzente ermöglichen einen sinnlichen Zugang und lassen die Fotografien lebendig werden. In der ruhigen Atmosphäre entsteht Raum für eigenes Erinnern und Erzählen.

Ein Angebot des Jüdischen Museums Berlin in Zusammenarbeit mit der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz

Kontakt: Bildungsabteilung

Telefon 259 93-305

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Eine Anmeldung ist erforderlich.

Ort: Jüdisches Museum Berlin, Lindenstraße 9-14, 10969 Berlin, Altbau EG, Meeting Point im Foyer

Kosten: 4 Euro (inkl. Eintritt, Kaffeetafel und Begleitperson)

Termine für das erste Quartal 2020:

11.02., 17.03.2020 jeweils 14.00 Uhr

Tanznachmittage für Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen

Tanztee im bebop

Tanztee in Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. Selbsthilfe Demenz, der Alzheimer Angehörigen Initiative, der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft sowie dem Landesamt für Gesundheit und Soziales und dem Tanzsportverband Deutschland.

Zeit: in der Regel jeden 2. Freitag im Monat von 16.00–18.00 Uhr. Bitte schauen Sie unbedingt unter **www.bebop-berlin.com/veranstaltungen/** nach, ob der TANZTEE SPECIAL stattfindet.

Ort: Tanzschule bebop am Schlesischen Tor, Pfulstraße 5, 10997 Berlin

Kosten: Der Eintritt ist frei. Kaffee und Kuchen gibt es käuflich zu erwerben.

Ein Film zum Tanztee können

Sie sich hier ansehen:

[www.youtube.com/watch?](http://www.youtube.com/watch?v=vnuXZPb9DiA&feature=youtu.be)

[v=vnuXZPb9DiA&feature=youtu.be](http://www.youtube.com/watch?v=vnuXZPb9DiA&feature=youtu.be)



Betreuungsbörse

Die Betreuungsbörse ist ein Angebot für pflegende Angehörige von demenzkranken Menschen, die bei der häuslichen Betreuung einige Stunden in der Woche entlastet werden möchten. Wir vermitteln und begleiten von uns geschulte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, die für die pflegenden Angehörigen stundenweise die Betreuung der Demenzkranken zu Hause übernehmen.

Kontakt:

Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V.
Selbsthilfe Demenz,
Herr Langner (Projektkoordinator),
Telefon 25 79 66 97

Sprechzeiten

Dienstag 14.00–18.00 Uhr
Donnerstag von 10.00–12.00 Uhr
und 14.00 – 16.00 Uhr

betreuungsboerse@alzheimer-berlin.de

Sie möchten Zeit verschenken?

Wir suchen ehrenamtliche MitarbeiterInnen für regelmäßige Besuche bei Menschen mit Demenz

Für Menschen mit einer Demenzerkrankung bietet die Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V. seit 2004 mit ihrer „Betreuungsbörse“ regelmäßige Besuche zu Hause an. Diese zumeist wöchentlichen Besuche bieten dem Erkrankten Kontakt und Beschäftigungen an, die an den Fähigkeiten und Interessen der Erkrankten anknüpfen (wie z.B. Spaziergänge, Gespräche, Bilder anschauen, singen, etwas spielen). Die pflegenden Angehörigen werden entlastet und haben mal wieder ein bisschen Zeit für sich. Für diese Tätigkeit suchen wir aus allen Berliner Bezirken ehrenamtliche MitarbeiterInnen. Wenn Sie einmal wöchentlich ca. zwei bis drei Stunden Ihrer Zeit verschenken möchten, dann sprechen Sie uns an.

Wir wünschen uns offene und einfühlsame Menschen, die am Umgang mit Menschen mit Demenz interessiert sind.

Es erwartet Sie ein nettes Team, eine interessante und vielseitige Aufgabe, Einarbeitung, Schulung und Supervision sowie eine angemessene Aufwandsentschädigung.

Möchten Sie sich engagieren?
Wir freuen uns auf Ihren Anruf!

Kontakt:

Fabian Langner (Koordinator)
Tel.: 25 79 66 97
betreuungsboerse@alzheimer-berlin.de

