

Alzheimer – Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige

Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik
Direktor: Prof. Dr. med. Johannes Kornhuber



**Universitätsklinikum
Erlangen**



Einfach nur vergesslich?

Sie können sich nicht mehr an Ereignisse erinnern, die erst kürzlich passiert sind? Ihnen fallen Namen oder Zahlen nicht mehr so schnell ein wie früher? Die Wörter liegen auf der Zunge, können aber nicht ausgesprochen werden? Sie können sich immer schlechter konzentrieren? Manchmal haben Sie auch Probleme mit dem Datum oder der Tageszeit, Schwierigkeiten sich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden, oder praktische Dinge wie Einkaufen oder Kochen in gewohnter Weise zu erledigen?

Vielleicht führen Sie diese Veränderungen auf das Alter oder Belastungen in Ihrem Alltag zurück. Vielleicht scheuen Sie sich auch, mit anderen darüber zu reden, und versuchen, sich mit „Spickzetteln“ zu behelfen. In den Medien hören Sie immer häufiger etwas über die „Alzheimer-Demenz“. Vielleicht haben Sie Angst, selbst davon betroffen zu sein.

Aber Ungewissheit und Angst sind keine guten Ratgeber. Stattdessen sollte jeder möglichst viel über die Alzheimer-Krankheit wissen. Denn obwohl es bis heute keine Heilung gibt, lässt sich mit moderner Medizin und liebevoller Betreuung das Fortschreiten der Erkrankung deutlich aufhalten.

In diesem Sinne wollen wir Ihnen mit unserer Informationsbroschüre eine kleine Hilfe an die Hand geben.



Wie häufig ist die Alzheimer-Krankheit?

Die Alzheimer-Krankheit ist keine normale „Alterserscheinung“, sondern eine Krankheit, die mit zunehmendem Alter häufiger auftreten kann. Je älter man wird, desto größer ist also die Wahrscheinlichkeit, dem schleichenden Gedächtnisverlust anheim zu fallen.

Über 95% der Demenz-Erkrankungen beginnen nach dem Rentenalter. Bei den 65- bis 69-Jährigen sind es 1,2%, bei den 80-84-Jährigen betrifft es 13,3%. Das bedeutet: etwas mehr als eine Million Menschen in der Bundesrepublik leiden derzeit an einer Demenz, allein 150.000 bis 160.000 in Bayern. Mit ca. zwei Drittel der Fälle ist die Alzheimer-Krankheit die häufigste Ursache.

In den nächsten Jahrzehnten wird nach Vorausschätzungen des Statistischen Bundesamtes die Anzahl der über 65-Jährigen vermutlich um weitere 7 Millionen Menschen zunehmen. Gelingt kein Durchbruch in der Vorbeugung (Prävention) und Therapie von Demenzen, wird die Zahl der Krankheitsfälle in Deutschland Jahr für Jahr um durchschnittlich 35.000 ansteigen und sich bis zum Jahr 2040 auf etwa 2 Millionen verdoppeln.

Eckdaten zur Demenz in Bayern

Demenzkranke gegenwärtig	150.000 – 160.000
Demenzkranke im Jahr 2023	ca. 225.000
Demenzkranke in häuslicher Pflege	90.000 – 100.000
Demenzkranke in Heimen	ca. 60.000

Frauen erreichen ein um einige Jahre höheres durchschnittliches Lebensalter als Männer. Deshalb gibt es mehr ältere Frauen als Männer, was auch erklärt, dass unter den Alzheimer-Kranken absolut gesehen mehr Frauen als Männer zu finden sind. Zusätzlich haben Frauen im Mittel einen etwas längeren Krankheitsverlauf, weshalb es vermutlich nur den Anschein hat, dass Frauen häufiger an der Alzheimer-Demenz erkranken als Männer. Dafür spricht auch, dass bei familiärem Auftreten der Alzheimer-Krankheit zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr kein Geschlechtsunterschied besteht.

Was sind die Ursachen der Alzheimer-Krankheit?

Die Ursachen der Alzheimer-Krankheit sind bislang nur in ersten Ansätzen bekannt. In den meisten Fällen wirken mehrere Faktoren zusammen. Dazu gehören Alterungsvorgänge und Vorschädigungen des Gehirns. Aber auch die Vererbung spielt eine Rolle.

Lebensalter

Der wichtigste Risikofaktor für die Alzheimer-Demenz ist das Alter. Im Abstand von etwa fünf Altersjahren nimmt die Krankenziffer von knapp über 1% in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen auf mehr als 30% bei den über 90-Jährigen zu. Überträgt man diese Raten auf die deutsche Altersstruktur, so zeigt sich, dass rund zwei Drittel aller Erkrankten bereits das 80. Lebensjahr vollendet haben.

Da der Anteil der Hochbetagten in der Bevölkerung der westlichen Industrieländer künftig weiter ansteigt, wird es in den nächsten Jahrzehnten zu einer erheblichen Zunahme der Krankheitsfälle kommen.

Vererbung

Nur in sehr seltenen Fällen stellen Veränderungen des Erbgutes die einzige und ausreichende Ursache für die Entstehung der Alzheimer-Krankheit dar. Diese familiären Formen machen lediglich zwischen 1% und 5% aller Krankheitsfälle aus. Man erkennt sie daran, dass Familienmitglieder in mehreren Generationen betroffen sind, und dass die ersten Krankheitszeichen (Symptome) vor dem 60. Lebensjahr einsetzen.

Wenn in Ihrer Familie nur ein vereinzelter Fall von Alzheimer-Krankheit aufgetreten ist, oder wenn der Krankheitsbeginn im höheren Alter lag, ist ihr Krankheitsrisiko allenfalls leicht erhöht.

Im Unterschied zu den krankheitsverursachenden Erbfaktoren sind in den letzten Jahren auch erbliche (genetische) Einflüsse entdeckt worden, die lediglich eine krankheitsbegünstigende Wirkung haben. Der wichtigste davon ist die ganz normale Variante eines Erbfaktors (ApoE 4), der an der Regulierung der Blutfette beteiligt ist, und zunächst mit der Alzheimer-Krankheit selbst gar nichts zu tun hat. Es zeigte sich aber, dass dieses Gen die Ablagerung von krankhaften Substanzen innerhalb und in der Umgebung von Nervenzellen begünstigt und auf diese Weise zur Entstehung der Symptome beiträgt.

Vorschädigungen des Gehirns

Durchblutungsstörungen des Gehirns (z.B. Schlaganfälle) sind keine unmittelbare Ursache der Alzheimer-Krankheit. Derartige Vorschädigungen können aber bewirken, dass die Krankheitszeichen früher in Erscheinung treten.

Umweltgifte und Lebensereignisse

Umweltgifte oder belastende Lebensereignisse haben keinen Einfluss auf das Krankheitsrisiko. Zwar kommt es oft vor, dass bei älteren Menschen nach dem Tod des Lebenspartners die Symptome (Krankheitszeichen) erstmals bemerkbar werden. Meist sind sie aber vorher schon vorhanden gewesen und nur von dem Partner aufgefangen worden.

Es gibt aber auch das Phänomen der „Pseudodemenz“, wenn infolge einer Depression die geistige Leistungsfähigkeit abnimmt und damit einer Demenz sehr ähnlich wird. Pseudodemenzen sind in der Regel gut behandelbar.



Was passiert bei der Alzheimer-Krankheit im Gehirn?

Wie und welche sonstigen Faktoren bei der Entstehung der Alzheimer-Krankheit zusammenwirken, ist noch nicht genau erforscht. Besser bekannt ist, welche Schäden diese Faktoren im Gehirn anrichten.

Erwiesen ist, dass sich in bestimmten Regionen des Gehirns schädliche Eiweißmoleküle, vor allem das so genannte „Beta-Amyloid“, ablagern. Es bilden sich regelrechte Eiweißklumpen, die als „Plaques“ bezeichnet werden.

Die Nervenzellen in unmittelbarer Nachbarschaft dieser Plaques sind verkümmert (degeneriert). Im Inneren dieser degenerierten Nervenzellen finden sich Bündel von krankhaft veränderten „Neurofibrillen“. Dabei handelt es sich um Eiweißstränge, die hauptsächlich aus dem so genannten „Tau-Protein“ bestehen. Dieses Eiweiß garantiert in gesunden Zellen die Stabilität von Transportstrukturen (Hohlfasern), über die Substanzen innerhalb der Zelle zu den Synapsen (das sind Kontaktstellen zwischen den Nervenzellen) transportiert werden. Wenn das Tau-Protein infolge der Alzheimer-Krankheit seine Aufgabe nicht mehr erfüllt, zerfallen die winzigen Hohlfasern, und der Transport zu den Synapsen ist unterbrochen.

Auch gerät der Stoffwechsel der betroffenen Zellen aus den Fugen. Sie können nicht mehr genügend Substanzen herstellen, um die eintreffenden Informationen korrekt an die Nachbarzellen weiter zu leiten. Diese Substanzen, die chemische Botenstoffe genannt werden, haben etwa die Funktion, die das „Fräulein vom Amt“ hatte, als es noch kein Selbstwähltelefon gab: sie gewähren, dass die gewünschte Telefonverbindung (elektrische Impulse) zwischen den Gesprächspartnern (Nervenzellen) hergestellt wird.

Ein wichtiger chemischer Botenstoff für die Denk- und Gedächtnisprozesse ist das so genannte Acetylcholin. Beim gesunden Menschen wird das Acetylcholin ständig neu gebildet und wieder abgebaut. Bei der Alzheimer-Krankheit wird die Neubildung des Botenstoffes immer weniger, während der Abbau weiterhin unverändert stattfindet. Dadurch wird die Übertragung der Nervenreize von einer Nervenzelle zur anderen immer schwächer bzw. kommt ganz zum Erliegen. Vergesslichkeit oder Orientierungslosigkeit sind dann zum Beispiel die Folge.

Bei der Alzheimer-Krankheit werden unzählige „Leitungen“, die die Kommunikation zwischen den Nervenzellen gewährleisten, geschädigt. In dem Maße, in dem die „Kabelschäden“ zunehmen, leidet die Funktionsfähigkeit des Gehirns. Dies führt auch dazu, dass der „Speicher“ im Gehirn nicht mehr genügend neue Informationen aufnehmen kann, und bereits gespeicherte alte Informationen nicht mehr abgerufen werden können.

Schließlich sterben die Nervenzellen in den betroffenen Gehirnregionen ab. Im Laufe der Erkrankung wird das Denkorgan immer kleiner und leichter. Je mehr der Schrumpfungsprozess (Atrophie genannt) fortschreitet, desto deutlicher zeigen sich die Beschwerden. Dieser Vorgang zieht sich über Jahre hinweg.



Wie verläuft die Alzheimer-Krankheit?

Die Alzheimer-Krankheit ist eine langsam fortschreitende Erkrankung des Gehirns mit einer Dauer von 5 bis 20 Jahren.

Ihr Verlauf ist bei jedem Betroffenen unterschiedlich. Im Allgemeinen können aber drei Stadien festgestellt werden, die fließend ineinander übergehen.

Frühes Stadium

Charakteristisch für die Alzheimer-Demenz ist ihr schleichender, fast unmerklicher Beginn. Am Anfang sind die Symptome (Krankheitszeichen) oft kaum merklich. Meist beginnt die Krankheit mit einer leichten Vergesslichkeit, z.B. fallen einem vertraute Begriffe und Namen nicht ein, und es fällt schwer, Neues zu lernen. Immer häufiger treten Schwierigkeiten auf, sich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden. Rechnen oder das Regeln von Bankangelegenheiten geht etwas langsamer. Komplizierte Tätigkeiten fallen schwerer oder können nicht mehr ausgeführt werden; dazu gehört auch das gleichzeitige Erledigen mehrerer Aufgaben.

Gewohnte Handlungen wie Schuhe zubinden oder Krawatte knoten misslingen öfters. Bekannte Personen werden verwechselt. Entschlüsse fallen schwerer, die Urteilsfähigkeit lässt etwas nach. Das Zeitgefühl schwindet, so dass Datum und Uhrzeit oft nicht präsent sind. Die Uhr kann aber ohne Probleme abgelesen werden.

All dies erleben die Erkrankten als sehr beunruhigend. An den Reaktionen ihrer Umwelt bemerken sie, wenn sie etwas falsch gemacht haben. Viele versuchen wortreich und liebenswürdig, ihre Defizite



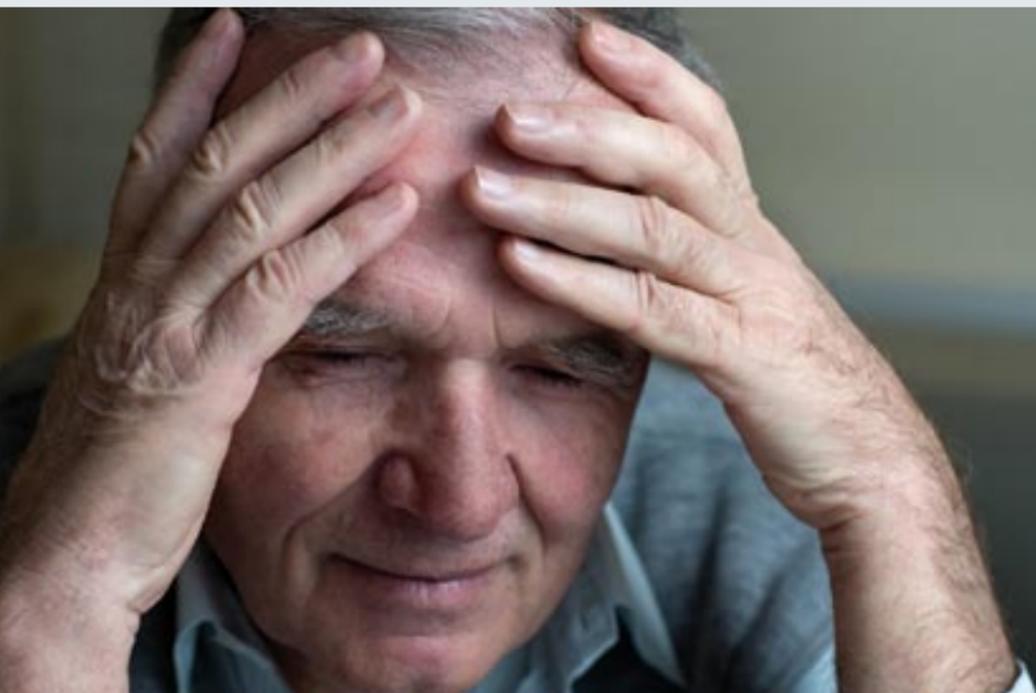
zu verbergen. Andere werden mutlos oder niedergeschlagen, reagieren mit Scham oder Wut. Aus Angst, Fehler zu machen, nimmt das Interesse, z.B. gewohnten Tätigkeiten oder Hobbys nachzugehen, immer mehr ab. Im Großen und Ganzen kann der Alltag aber noch mit wenigen Problemen gemeistert werden.

Die mittlere Phase

Im weiteren Verlauf der Krankheit werden die Krankheitszeichen (Symptome) offensichtlich. Kennzeichnend für dieses Stadium ist eine hochgradige Störung des Gedächtnisses: nahe Verwandte können nicht mehr mit dem Namen angesprochen werden, Vergangenheit und Gegenwart vermischen sich, Gegenstände werden verlegt und nicht wieder gefunden. Auch die Sprache wird schwer verständlich und die Kommunikation zunehmend schwieriger. Der Umgang mit Geld bereitet in der Regel Probleme. Hinzu kommen Schwierigkeiten, unübersichtliche Situationen (z.B. im Straßenverkehr) zu überblicken. Viele sind unruhig, wandern umher, finden oft die Zimmer in der eigenen Wohnung nicht und verirren sich leicht außerhalb des Hauses.

Auch Sinnesstäuschungen kommen vor: nicht vorhandene Personen werden phantasiert, Gegenstände bekommen eine andere Bedeutung. Oder es entwickeln sich Wahnvorstellungen, wie beispielsweise die wahnhafte Angst vor Diebstahl. Die Erkrankten sind bei Alltagsaufgaben wie Körperpflege, Auswahl der passenden Kleidung oder Nahrungsaufnahme zunehmend auf die Unterstützung anderer Menschen angewiesen. Die Kontrolle über Blase und Darm lässt nach.

In dieser Phase ist das Leben im eigenen Haushalt nur noch mit Hilfe möglich. Obwohl der Verstand mehr und mehr nachlässt, bleiben die Gefühle aber noch erhalten. Die Kranken reagieren auf unangenehme Empfindungen mit Abwehr oder Aggression, auf liebevolle Zuwendung mit Freude. Manchmal kommt es auch zu plötzlichen Veränderungen der Stimmung, die nicht immer nachvollzogen werden können.





Das dritte Stadium

Die dritte Phase der Krankheit ist dadurch gekennzeichnet, dass die Erkrankten jetzt bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfe und Unterstützung brauchen. Das Gedächtnis versagt gänzlich, die Sprache beschränkt sich auf wenige Worte. Auch einfache Handlungen wie Essen und Trinken sind nur unter großen Mühen und mit fremder Hilfe möglich. Der Gang ist schleppend und unsicher. Die Orientierung ist völlig verloren gegangen. Blase und Darm können nicht mehr kontrolliert werden. Es kommt zu Krampfanfällen und Schluckstörungen. Bettlägerige Kranke sind von Infektionen bedroht. Viele versterben schließlich an einer Lungenentzündung.

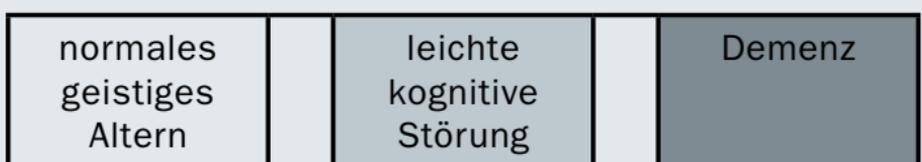
Was ist eine „leichte kognitive Störung“?

Wenn jeder, der ab und zu etwas vergisst, die Alzheimer-Krankheit hätte, gäbe es fast nur noch kranke Menschen. Vergessen gehört ebenso zum Leben wie Erinnern. Denn das Gehirn löscht Vieles aus dem Speicher, um Platz für neue Informationen, Gedanken und Erlebnisse zu schaffen. Auch das Lernen wäre sonst nicht mehr möglich.

Insbesondere ältere Menschen sind oftmals vergesslich, haben ansonsten aber keine weiteren kognitiven (geistigen) Probleme. Die Frage ist nun, ob sie den Beginn einer Alzheimer-Krankheit wahrnehmen, oder ob es sich um eine „gutartige“ altersbedingte Vergesslichkeit handelt, die sich nicht notwendigerweise verschlechtern muss. Es besteht ein fließender Übergang von dem normalen Altern, über die ersten leichten Gedächtnisstörungen bis hin zum Beginn der Alzheimer-Krankheit. Dieser Übergangsbereich der leichten Gedächtnisstörung wird als „leichte kognitive Störung“ bezeichnet.

Diese besteht dann, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind:

- es sind Probleme, z.B. im Bereich der Merkfähigkeit, vorhanden, die zwar größer sind, als man es für das betreffende Alter erwarten würde, aber die nicht einer Demenz entsprechen und
- das Alltagsleben ist, wenn überhaupt, nur geringfügig beeinträchtigt.



Verlauf vom normalen Altern bis hin zur Demenz

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass man bei einer leichten kognitiven Störung mit einer Wahrscheinlichkeit von 10–15% innerhalb eines Jahres an einer Alzheimer-Demenz erkranken kann. Im Vergleich dazu liegt die Wahrscheinlichkeit bei gesunden älteren Menschen bei 1–2% pro Jahr.

Die Zahlen zeigen also einerseits, dass Menschen mit einer leichten kognitiven Störung ein höheres Risiko haben, eine Alzheimer-Krankheit zu entwickeln. Sie zeigen andererseits aber auch, dass bei Vielen die geistige Leistungsfähigkeit stabil bleibt oder sogar wieder zunimmt.

Wie wird die Alzheimer-Krankheit festgestellt?

Bei anhaltenden Gedächtnisproblemen ist es wichtig, so früh wie möglich einen Arzt aufzusuchen. Denn zum einen gibt es andere Erkrankungen, die für die Vergesslichkeit verantwortlich sein können und durch eine rechtzeitige Behandlung geheilt oder aufgehalten werden können (z.B. Durchblutungsstörungen im Gehirn, Mangel an bestimmten Vitaminen, Schilddrüsenerkrankungen, Depression). Zum anderen gibt es heute Medikamente, die die Alzheimer-Krankheit zwar nicht heilen, aber ihren Verlauf positiv beeinflussen können.

Warnsignale

Veränderungen, bei denen man hellhörig werden sollte, sind:

Vergessen kurz zurückliegender Ereignisse

häufiges Verlegen und Suchen von Dingen

Schwierigkeiten bei beruflichen Tätigkeiten
(z.B. Rückzug von geistig fordernden Aufgaben)

Veränderungen der Sprache

Unsicherheit bei Entscheidungen

Verlust des Überblicks über finanzielle
Angelegenheiten

Schwierigkeiten, sich in einer fremden Umgebung
zurechtzufinden

Fehleinschätzungen von Gefahren

nachlassendes Interesse an Arbeit, Hobbys,
Kontakten oder Vereinfachung der Interessen
(z.B. werden keine Romane mehr gelesen, sondern
Bildbände angeschaut)

bislang nicht gekannte Stimmungsschwankungen,
andauernde Ängstlichkeit, Reizbarkeit oder
Misstrauen

hartnäckiges Abstreiten von Fehlern, Irrtümern
oder Verwechslungen

sozialer Rückzug (z.B. Schweigsamkeit in größeren
Runden)



Die Diagnostik der Alzheimer-Krankheit umfasst in der Regel folgende Schritte:

Gespräch mit dem Arzt (Anamnese)

Da die Ursachen der Alzheimer-Krankheit bisher noch nicht eindeutig bekannt sind, kann der Arzt nur anhand der Symptome (Krankheitszeichen) und nach Ausschluss anderer Erkrankungen eine Diagnose stellen. Wichtig für die Diagnose sind auch der Verlauf und der Beginn der Erkrankung. Dazu werden Sie selbst, aber auch Ihre Angehörigen befragt. Außerdem wird der Arzt eine eingehende internistische, neurologische und psychiatrische Untersuchung durchführen bzw. anordnen.

Laboruntersuchungen

Um behandelbare Erkrankungen auszuschließen, werden Blut- und Urinuntersuchungen durchgeführt. Gegebenenfalls wird auch mit einer Hohnadel Nervenwasser im Bereich der Lendenwirbel entnommen. Dieser ungefährliche Vorgang nennt sich Lumbalpunktion.





Bildgebende Verfahren

Um Krankheiten des Gehirns zu erkennen, werden Bilder vom Gehirn und dessen Stoffwechsel gemacht. Die Untersuchungsmethoden hierfür nennen sich CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie), SPECT (Einzelphotonen-Emissions-Tomographie) oder PET (Positronen-Emissions-Tomographie).

Mit einer speziellen Ultraschalluntersuchung (einer so genannten Dopplersonographie) wird die Fließgeschwindigkeit des Blutes in den Gefäßen gemessen, wodurch Gefäßverengungen aufgedeckt werden können.

Außerdem wird ein EEG (Elektroenzephalogramm) zur Messung der Hirnströme durchgeführt. Und ein EKG (Elektrokardiogramm) kann Aufschluss über Herz-Kreislauf-Erkrankungen geben.

Neuropsychologische Testung

Mit Hilfe von neuropsychologischen Testverfahren werden die selbst wahrgenommenen Schwierigkeiten objektiviert, d.h. gemessen, und mit den von gesunden Menschen zu erwartenden Leistungen verglichen. Auf diese Weise gelingt die Abgrenzung „gesund“, „leichte kognitive Störung“ oder „Demenz“. Auch kann die Schwere der Störungen (z.B. der Vergesslichkeit) festgestellt werden. Neben den „Schwächen“ werden aber auch die Stärken aufgedeckt, die eine wichtige Rolle in der Therapie spielen.

Um den zeitlichen Verlauf beurteilen zu können, lässt der Arzt bis zur endgültigen Diagnose manchmal etwas Zeit verstreichen. Hier gilt es, Geduld zu haben. Besser noch eine kleine Weile Unsicherheit ertragen, als aufgrund einer Fehldiagnose unnötig in Angst zu geraten. Sollte sich der Verdacht auf eine Alzheimer-Krankheit erhärten, so sind Arzt, Patient und Angehörige keineswegs zur Tatenlosigkeit verurteilt, wie oft fälschlicherweise vermutet wird.



Diagnose Alzheimer – welche Medikamente gibt es?

In der Behandlung von Patienten mit einer Alzheimer-Krankheit spielen Medikamente eine wichtige Rolle. Einige werden zur Verbesserung oder Stabilisierung der geistigen Leistungsfähigkeit und der Alltagsbewältigung eingesetzt (so genannte Antidementiva), andere mildern oder beenden problematische Verhaltensweisen (vor allem Neuroleptika und Antidepressiva).

Wichtig ist bei den zuletzt Genannten, die Unruhe, wahnhaften Überzeugungen, Sinnes-täuschungen oder Aggressivität zunächst ohne Medikamente in den Griff zu bekommen. Dazu gehört die Suche nach den Auslösern, die dafür verantwortlich sind, und deren Veränderung. In vielen Fällen hilft bereits die Änderung des Verhaltens von Bezugspersonen und/oder die Umgestaltung der äußeren Umgebung. Falls dies nicht ausreichen sollte, ist der Einsatz von Antidepressiva oder Neuroleptika angebracht.

Antidementiva

Bei der Alzheimer-Krankheit sterben langsam aber stetig Nervenzellen im Gehirn ab. Die Folgen sind eine Abnahme der geistigen Fähigkeiten und ein Nachlassen der Alltagsbewältigung. Dieser Vorgang lässt sich bis heute zwar nicht verhindern, aber durch die Einnahme von Antidementiva kann das Fortschreiten der Symptome (Krankheitszeichen) vorübergehend verzögert werden. Und das bedeutet einen Gewinn an Zeit und Lebensqualität. Im frühen und mittleren Stadium steigern die Medikamente die geistige Leistungsfähigkeit in den ersten Behandlungsmonaten. Danach sinkt sie langsam wieder ab und erreicht nach 9 bis 12

Monaten das Ausgangsniveau. In dieser Zeit bleibt die Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagsaufgaben im günstigsten Fall unverändert. Am besten nachgewiesen sind diese Effekte für Antidementiva, die den Botenstoff Acetylcholin erhöhen (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin). Sie sollten so früh wie möglich eingesetzt werden, d.h. sobald die Diagnose feststeht.

Im mittleren und dritten Stadium bewirkt Memantine ein langsames Fortschreiten der Krankheitszeichen, aber keine Zustandsverbesserung.

Chemischer Name	Handelsname	Wirkmechanismus	Einsatz
Donepezil	Aricept®	verbessern die durch Acetylcholin vermittelte Signalübertragung	frühe und mittlere Phase
Rivastigmin	Exelon®		
Galantamin	Reminyl®		
Memantine	Axura® Ebixa®	verbessert die durch Glutamat vermittelte Signalübertragung	mittleres bis drittes Stadium

Häufig verordnete Antidementiva

Für alle Antidementiva gilt, dass der Therapieerfolg für den Einzelnen sehr unterschiedlich ausfallen kann. Deshalb muss der Arzt für jeden einzelnen Patienten das wirksamste und verträglichste Medikament herausfinden. Unter Umständen kann es so auch zu einem Wechsel des Arzneimittels kommen.

Neuroleptika

Die eingangs genannten problematischen Verhaltensweisen, die bei der Alzheimer-Krankheit als Begleitsymptome auftreten können, können meist durch Neuroleptika rasch gemildert oder völlig behoben werden. Denn Neuroleptika vermindern die Signalübertragung durch Dopamin und wirken dadurch entspannend und beruhigend. Bevorzugt sollten schwach wirkende Neuroleptika mit vor allem beruhigender Wirkung oder neuere Mittel mit geringen Nebenwirkungen (so genannte atypische Neuroleptika) verordnet werden.

Von diesen Medikamenten ist bisher nur Risperidon (z.B. Risperdal®) für die Behandlung von Verhaltensstörungen im Rahmen einer Demenzerkrankung zugelassen. Neuroleptika wie Melperon (z.B. Eunerpan®) oder Pipamperon (z.B. Dipiperon®) können ebenfalls eingesetzt werden. Alle Neuroleptika müssen vorsichtig eingesetzt werden, vor allem wenn Risikofaktoren für einen Schlaganfall bestehen (z.B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Diabetes mellitus, Übergewicht). Insgesamt sollte sich die Verordnung von Neuroleptika auf schwere Verhaltensstörungen beschränken, und ihre Dauer muss sorgfältig überprüft werden.

Antidepressiva

Mit einem Antidepressivum sollten nur anhaltende oder schwere depressive Verstimmungen behandelt werden, die im Rahmen einer Alzheimer-Krankheit relativ selten auftreten. Ihre Wirkung entfaltet sich meist erst nach mehreren Wochen. Auch hier gilt, dass die Wahl eines passenden Medikaments den Erfolg der Behandlung nicht

garantiert, und dass für den einzelnen Patienten das beste und verträglichste Mittel gesucht werden muss.

Antidepressiva erhöhen die Verfügbarkeit der chemischen Botenstoffe Noradrenalin und Serotonin, die mit der Steuerung der Stimmungslage zusammenhängen. Wegen möglicher Nebenwirkungen an Gedächtnisfunktionen werden die älteren Antidepressiva (die so genannten trizyklischen Antidepressiva) bei Demenzerkrankten nicht mehr eingesetzt. Von den neueren, vor allem auf das Serotonin-System wirkenden Antidepressiva (SSRI) liegt nur für Citalopram (z.B. Cipramil®) ein Wirksamkeitsnachweis bei Demenz vor. Die auf das Noradrenalin-System wirkenden Mittel werden noch in Studien untersucht.

Allgemein gilt: die besten Medikamente nützen nur dann, wenn sie eingesetzt werden. Es ist eine bestürzende Tatsache, dass nicht einmal die Hälfte der Patienten mit einer diagnostizierten Alzheimer-Krankheit eine Behandlung nach den geltenden medizinischen Leitlinien bekommen. Jeder Patient hat das Recht, mit den besten zur Verfügung stehenden Mitteln behandelt zu werden.

Angehörige können dem Arzt helfen, indem sie die Wirkung des Medikaments beobachten und aufschreiben. Solche Aufzeichnungen helfen auch, eine unnötige Behandlung und damit Kosten zu vermeiden. Über eine Beendigung der medikamentösen Therapie sollte der Arzt mit den Angehörigen gemeinsam entscheiden.

Diagnose Alzheimer – welche anderen Therapien gibt es?

Zusätzlich zur Einnahme von Medikamenten gibt es eine Reihe von Therapien, die abhängig vom Stadium der Erkrankung eine Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen zum Ziel haben.

Kognitives (geistiges) Training

Ein spielerisches Lernen mit Alltagsbezug, dem gleichzeitigen Benutzen mehrerer Sinneskanäle unter Einbeziehung körperlicher Bewegung sind ideale Voraussetzung, die geistigen Fähigkeiten zu trainieren.

Wenn allerdings nur das trainiert wird, was sich durch die Alzheimer-Krankheit zunehmend verschlechtert (vor allem die Merkfähigkeit), droht rasch Überforderung und Resignation. Denn gegen die Alzheimer-Krankheit „anzutrainieren“ ist wenig erfolgsversprechend und bewirkt oft nur das Gegenteil. Kognitive Trainings sind daher nur für leichte kognitive Störungen und das frühe Stadium sinnvoll.

Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)

Das ROT wird in der stationären Altenhilfe eingesetzt und ist vor allem für das frühe Stadium geeignet. Es hat zum Ziel, die zeitliche, räumliche und personelle Orientierung zu verbessern, wodurch die Selbständigkeit erhalten und gefördert werden soll.

So wird mit der Methode „24-Stunden-ROT“ der Erkrankte permanent mit Informationen versorgt, die ihn an die aktuelle Zeit, seinen derzeitigen Aufenthaltsort und die eigene Person erinnern sollen (z.B. „Guten Morgen, Herr M.. Heute ist Montag, der 3. Juli 2008. Es ist jetzt 10.30 Uhr. Es ist draußen ein freundlicher und warmer Sommertag.“

Oder „Frau H., Sie wurden 1925 in Nürnberg geboren. Können Sie mir sagen, wie alt Sie jetzt sind?“)

Aufgrund der ständigen Konfrontation mit den krankheitsbedingten Schwierigkeiten sollte das ROT nur mit Vorsicht und von einem geschulten Personal durchgeführt werden. In gemäßigter Form (z.B. Hinweisschilder, Kalender) kann ein Informieren aber auch zu Hause die Orientierung verbessern.

Verhaltenstherapie

Vor allem im mittleren Stadium stehen die Anpassung an die eingeschränkten Fähigkeiten und die Verbesserung von Verhaltensproblemen im Mittelpunkt. Die größten Erfolge können hier mit der Technik des „Verhaltensaufbaus“ und „-abbaus“ erreicht werden. Sie ermöglicht vor allem durch den Einsatz von positiven Anreizen (Belohnungen) eine Änderung des problematischen Verhaltens, ohne dabei dem Erkrankten eine aktive Mitarbeit abzuverlangen. Auch das Erreichen von größerer Selbständigkeit (z.B. beim Baden oder Anziehen) ist bis zu einem gewissen Maße möglich.

Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)

Die SET ist eine speziell auf die Alzheimer-Krankheit zugeschnittene Therapieform. Sie kann als Training zum längeren Erhalt der Persönlichkeit gesehen werden. Hierfür wird versucht, das „Wissen über sich selbst“ durch Wiederholungen zu üben und aufrechtzuerhalten (z.B. durch das Anlegen und Bearbeiten von Fotoalben). Außerdem beinhaltet die SET Teile der Validation (siehe nächste Seite).

Im Prinzip sollte die SET bereits im frühen Stadium selbständig begonnen und dann so lange als möglich beibehalten werden.

Erinnerungstherapie

Die Nützlichkeit der Erinnerungstherapie liegt weniger in der gezielten Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte als in der Erhöhung der Lebenszufriedenheit. Dabei sollen positive Erinnerungen wachgerufen werden. Als Erinnerungshilfen können alte Photographien, typische Musikstücke aus bestimmten Lebensabschnitten aber auch Speisen oder Gerüche aus der Kindheit dienen. Diese Therapieform ist vor allem für das mittlere und das dritte Stadium geeignet.

Validation

Bei der Validation handelt es sich eher um ein Bündel von Umgangsprinzipien als um ein Therapieverfahren im engeren Sinne. Anstatt den verwirrten Menschen durch Fragen und Übungen immer wieder in das Hier und Jetzt zurück zu holen, wird seine Erlebniswelt anerkannt und als „gültig“ (valide) erklärt. Dies geschieht durch Respektieren seiner Individualität und der Entschlüsselung seiner Verhaltensauffälligkeiten unter Berücksichtigung seiner Lebensgeschichte.

Eine wissenschaftliche Überprüfung dieses Ansatzes steht noch weitgehend aus. Der Ansatz aber, einen Patienten gerade in der dritten Krankheitsphase in seiner Wirklichkeit zu belassen und ihn dort aufzufangen, ist zu befürworten.

Milieutherapie

Mit Milieutherapie meint man die Anpassung des gesamten Wohn- und Lebensbereiches an die Fähigkeiten und Bedürfnisse des Erkrankten. So sollen erhaltene Fertigkeiten angeregt und gefördert, aber auch eine stützende Umwelt geschaffen werden, die krankheitsbedingte Einbußen ausgleicht (kompensiert) und Gefahren vorbeugt. Auf diese Weise kann über alle drei Stadien der Alzheimer-Krankheit hinweg ein höherer Grad an Selbstständigkeit und Lebensqualität erreicht werden.

Angehörigenarbeit

Die Angehörigen sind in vielfacher Weise von einer Demenzerkrankung mitbetroffen. Aber niemand kann und muss diese schwere Aufgabe auf Dauer und ganz alleine erfüllen. Im Interesse des Erkrankten ist es wichtig und dringend notwendig, mit den eigenen Kräften zu haushalten, und sich frühzeitig nach Möglichkeiten der Beratung und Entlastung umzusehen. Hierfür steht Ihnen das multiprofessionelle Team unserer Gedächtnissprechstunde gerne zur Verfügung.



Diagnose Alzheimer – was kann ich tun?

klären Sie alle offenen Fragen

Wenn nach sorgfältiger Untersuchung die Diagnose Alzheimer feststeht, ist in erster Linie Offenheit notwendig. Für Sorgen und Ängste wird Ihr Arzt Verständnis haben. Dabei sollte er die Probleme nicht verharmlosen, sondern Sie mit Engagement und Fingerspitzengefühl auf die kommende Zeit vorbereiten.

Für den Arztbesuch gilt:

- eine Liste mit Stichworten, die Sie ansprechen wollen, kann als Gedächtnisstütze hilfreich sein
- sprechen Sie alles an, was Ihnen auf dem Herzen liegt
- scheuen Sie sich nicht, Fragen zu stellen, bis alle offenen Punkte geklärt sind
- lassen Sie sich über die Behandlungsmöglichkeiten informieren

Bereits im frühen Stadium, in der nur leichte Schwierigkeiten auftreten, ist es notwendig, sich auf die späteren Stadien vorzubereiten. Ihr Arzt wird erklären, dass die Alzheimer-Krankheit sehr unterschiedlich verlaufen kann. So gibt es Fälle, in denen sie sich nur langsam weiterentwickelt. Gerade für Patienten in der Früh- und Mittelphase gibt es Medikamente, die die Verschlechterung der Krankheits-symptome vorübergehend bremsen und die geistige Leistungsfähigkeit eine Zeit lang sogar steigern können. Andere Mittel können Begleitbeschwerden wie Depressionen, Angst und Unruhe beseitigen oder mildern.

Trotz der schwerwiegenden Diagnose sollten Sie und Ihre Angehörigen den Mut finden, sich der Krankheit zu stellen. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass Sie und Ihre Familie nicht alleine stehen. Wir und Selbsthilfegruppen in Ihrer Nähe werden Sie mit Rat und Tat unterstützen.

Nutzen Sie das Wissen von Experten

Bei allen Fragen, die mit Krankheit und Pflege zusammenhängen, ist zunächst Ihr behandelnder Arzt die erste Adresse. Ein zusätzliches Angebot stellt unsere Gedächtnissprechstunde dar. Hier finden Sie Spezialisten, die mit allen Fragen rund um die Krankheit vertraut sind. Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter und Fachpflegekräfte arbeiten eng und mit Ihrem überweisenden Haus- oder Facharzt zusammen. Das Ziel ist es, eine genaue Diagnose und ein individuelles Therapiekonzept zu erstellen. Zu den Aufgaben gehört auch die Beratung von Erkrankten und Angehörigen in psychologischen, sozialen und juristischen Fragen.



Sorgen Sie rechtzeitig vor

Die kommenden Belastungen sind am besten zu bewältigen, wenn alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Als Betroffener sollten Sie wissen, dass auch die Diagnose „Alzheimer-Krankheit“ ein sinnvolles Leben ermöglicht. Die Voraussetzungen dafür sind offene Gespräche und rechtzeitige Planung. Gerade im Frühstadium sind Sie sehr wohl in der Lage, über Vorsorge, Therapie und Pflege mit zu entscheiden.

Wichtige Punkte in diesem Zusammenhang sind:

- Wenn Sie noch berufstätig sind, sollten Sie sich gedanklich und finanziell auf den Übergang in den Ruhestand einstellen.
- Wenn Sie selbstständig sind, müssen Sie entscheiden, wie es mit dem Geschäft weitergehen soll.
- Nehmen Sie sich weiterhin und bewusst Zeit für Dinge, die Ihnen Spaß machen. Bleiben Sie bei Ihren Hobbys wie z.B. Gartenarbeit, Musik, Zeichnen, Fotografieren oder Sport.
- In einer Betreuungsverfügung können Sie bestimmen, wer Ihre Angelegenheiten regelt und Entscheidungen trifft, wenn Sie dazu nicht mehr in der Lage sein werden. Am besten setzen Sie das Schriftstück gemeinsam mit Ihren Angehörigen auf und hinterlegen es beim Notar.
- Treffen Sie eine Entscheidung darüber, wer eines Tages Ihr Vermögen erben soll.
- Holen Sie für finanzielle und rechtliche Fragen gegebenenfalls den Rat eines erfahrenen Anwalts ein.

- Legen Sie gegebenenfalls in einer Patientenverfügung Ihre Wünsche über medizinische Behandlung und lebensverlängernde Maßnahmen fest.
- Verzichten Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit und die der anderen auf das Auto fahren.
- Schließen Sie gegebenenfalls eine Haftpflichtversicherung ab.
- Informieren Sie sich gemeinsam mit Ihren Angehörigen oder Freunden über Hilfs- und Pflegemöglichkeiten.
- Auch wenn es schwierig ist: Befassen Sie sich jetzt schon mit Fragen, die die Pflege im fortgeschrittenen Stadium betreffen. Wo und mit wem werden Sie später wohnen? Eine möglichst frühe Klärung bringt Sicherheit für alle Beteiligten.



Wie verhalte ich mich als Angehöriger?

Angehörige oder Freunde spielen eine sehr wichtige Rolle bei der Therapie. Ihre Liebe und Fürsorge bilden oft erst die Grundlage einer erfolgreichen Behandlung. Wichtig ist dabei, die Kräfte nicht zu schnell aufzubrauchen. Hierfür haben sich folgende Tipps als hilfreich erwiesen:

- Informieren Sie sich gründlich über die Demenzerkrankung. Dieses Wissen gibt Ihnen Sicherheit und bewahrt Sie davor, Unmögliches von sich zu verlangen.
- Versuchen Sie nicht, den Betroffenen zu ändern bzw. ihn mit Argumenten zu überzeugen. Demenzerkrankte folgen einer anderen Logik als Nicht-Betroffene.
- Halten Sie die Eigenständigkeit des Betroffenen so weit wie möglich aufrecht. Sie ist entscheidend für sein Selbstwertgefühl. Allerdings gibt es Gefahrenquellen, wie Gas- oder Elektrogeräte, Treppen oder glatte Badewannen, die gesichert werden sollten.
- Die Kleidung sollte der verbliebenen Geschicklichkeit des Kranken angepasst sein: einfach anzuziehen und bequem zu tragen. Verschmutzte Kleidungsstücke, die der Kranke immer wieder anziehen will, werden am Besten unauffällig entfernt und gesäubert wieder zurückgelegt.
- Behalten Sie nach Möglichkeit die Gewohnheiten des Erkrankten bei. Die vertrauten Menschen und Dinge der Vergangenheit sind für ihn stabilisierend. Wichtig ist vor allem, möglichst viele soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Rückzug schadet Angehörigen und Kranken gleichermaßen.
- Alzheimer-Kranke fühlen sich bei praktischen Tätigkeiten wohl. Deshalb sollte man sie im Haus-

halt mithelfen lassen, auch wenn beispielsweise die Kartoffeln nicht richtig geschält oder völlig zerschnitten sind.

- Sorgen Sie für einen überschaubaren und gleich bleibenden Tagesablauf. Ohne zu überfordern sollten musische oder spielerische Elemente und ausreichend Bewegung nicht fehlen.
- Sicherheit und Orientierung geben Sie dem Betroffenen durch Hinweisschilder, farbige Kennzeichnungen, gut ablesbare Uhren, eine Tafel mit den wichtigsten Mitteilungen und eine ausreichende nächtliche Beleuchtung. Für den Fall, dass sich der unruhige ältere Mensch auf Wanderschaft begibt, sind in die Kleidung eingenähte Schilder mit Namen, Adresse sowie dem Hinweis auf die Erkrankung notwendig. Nachts sollte die Haustüre verschlossen sein.
- Suchen und nutzen Sie die Persönlichkeitsbereiche und Fähigkeiten des Betroffenen, die von der Krankheit verschont geblieben sind.
- Die Kommunikation mit dem Patienten muss an das veränderte Sprachverständnis angepasst werden. Doppeldeutigkeiten sind zu vermeiden. Einfache, klar und deutlich gesprochene Sätze erleichtern das Miteinander und führen schneller zum Ziel. Falls notwendig, sollte auf das Verwenden von Hörgeräten geachtet werden.
- Wenn die sprachliche Verständigung immer schwieriger wird, verwenden Sie Blicke, Gesten und Berührungen, gemeinsames Singen oder Spazierengehen als Mittel des Kontaktes. So werden Ihnen die meisten Demenzerkrankten z.B. das Streicheln der Hände mit einem Lächeln danken.



- Bei Diskussionen mit dem Kranken sollte man auch mal fünf gerade sein lassen. Heikle Situationen löst man oft am besten auf, indem man den Kranken in den Arm nimmt. Streicheln tut gut, die Lieblingsmusik entspannt, alte Fotos anzuschauen bringt gemeinsame Freude.
- Reagieren Sie gelassen auf Ängstlichkeit und Hinterherlaufen, aber auch auf Aggressivität. Diese Verhaltensweisen entspringen aus der Ratlosigkeit und Verunsicherung des Betroffenen. Sie sind keine bewusste Schikane und oft nur von kurzer Dauer.
- Demenzkranke äußern sowohl negative wie positive Gefühle sehr intensiv. Eine Unterscheidung ist oft nicht mehr möglich. Für Angehörige ist es hilfreich, sich eine Art „inneres Lexikon“ anzulegen, mit dem sie Kraftausdrücke und Schimpfworte für sich in Ausdrücke von Ärger oder Angst übersetzen können.
- Vergessen Sie bei der berechtigten Sorge für den Betroffenen nicht sich selbst. Sie müssen mit Ihren Kräften haushalten. Sie handeln nicht selbstsüchtig, wenn Sie sich Erholungspausen verschaffen, in denen Sie Ihren eigenen Interessen nachgehen. Es ist auch kein Eingeständnis eigener Unzulänglichkeit, wenn Sie Hilfe von außen holen. Suchen Sie auch das Gespräch mit Menschen, die in derselben Lage sind wie Sie. Dieser Erfahrungsaustausch gibt Ihnen wertvolle Anregungen und stärkt ihre Zuversicht.

Kann man der Alzheimer-Krankheit vorbeugen?

Die Alzheimer-Krankheit hat eine lange Vorlaufzeit. Deshalb ist es wichtig, die beeinflussbaren Risikofaktoren zu kennen und zu wissen, was man tun kann. Die Vermeidung von Risikofaktoren beugt auch anderen Erkrankungen wie etwa Herzinfarkt oder Schlaganfall vor.

Körperliche und geistige Aktivität

Körperlich und geistig bewegliche Menschen, die häufig soziale Kontakte pflegen, sind im Alter seltener von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Dabei geht es gar nicht um Leistung. Versuchen Sie es doch zum Beispiel in einem Verein – dort machen Sie auch neue Bekanntschaften. Oder probieren Sie eine neue Sportart aus, die Sie vielleicht schon länger interessiert. Häufig bieten Vereine und Volkshochschulen Probetrainings und Schnupperkurse an.

Bleiben Sie aber auch geistig aktiv. Lesen Sie Zeitung und lösen Sie Rätsel (z.B. Kreuzworträtsel, Sudoku). Diskutieren Sie mit anderen Menschen, und beschäftigen Sie sich mit Themen, über die Sie schon immer mehr erfahren wollten.

Im späteren Lebensalter empfiehlt sich eine Teilnahme an speziellen Gedächtnis- und Bewegungstrainings. Dadurch kann die Hirnleistung nachgewiesenermaßen gesteigert werden.





Homocystein, Cholesterin und hoher Blutdruck

In wissenschaftlichen Studien wurde festgestellt, dass bestimmte Faktoren, die sich negativ auf die Blutgefäße auswirken, auch das Risiko für eine Alzheimer-Krankheit erhöhen. Zu diesen Faktoren zählen erhöhte Homocysteinwerte, Bluthochdruck und ein hoher Cholesterinspiegel.

- Das Homocystein ist ein körpereigener Stoff, der beim Abbau von Aminosäuren (das sind die Bausteine der Eiweiße) entsteht. Normalerweise wird Homocystein unter Mitwirkung von Folsäure, Vitamin B6 und Vitamin B12 wieder abgebaut. Unter bestimmten Umständen können die Homocysteinwerte im Blut aber erhöht sein. Das kommt etwa bei 5% bis 10% der Bevölkerung vor. Die Ursache hierfür kann ein seltener genetischer (erblicher) Defekt sein oder aber ein ernährungsbedingter Mangel. Folglich sollten Sie darauf achten, ausreichend Folsäure (z.B. in Spinat, Kohl, Spargel, Roggenvollkorn), Vitamin B6 (z.B. in Bananen, Fleisch, Vollkornprodukten, Bierhefe) und Vitamin B12 (z.B. in Fleisch, Milch, Eiern) zu sich zu nehmen.

- Eine dauerhafte Erhöhung des Blutdruckes steigert das Risiko, im Alter an der Alzheimer-Demenz zu erkranken. Ebenfalls sollten extreme Blutdruckschwankungen behandelt werden.
- Auch bei einem hohen Cholesterinspiegel ist Vorsicht geboten. Wenn Ihre Werte zu hoch sind, dann sollten Sie neben einer gegebenenfalls medikamentösen Behandlung auf ausreichend Bewegung und eine angemessene, fettarme Ernährung achten.
- Insbesondere wenn bereits einer oder mehrere Ihrer nahen Verwandten an der Alzheimer-Demenz erkrankt sind, bitten Sie Ihren Arzt, Ihre Homocystein-, Blutdruck- und Cholesterinwerte zu kontrollieren. So können Sie gegebenenfalls frühzeitig gegen diese Risikofaktoren vorgehen – mit Medikamenten und einer geeigneten Ernährung.





Freie Radikale

Es wird vermutet, dass so genannte freie Radikale bei der Bildung von Plaques (Eiweißklumpen im Gehirn) eine Rolle spielen. Freie Radikale sind Abfallprodukte des Stoffwechsels und schädigen unsere Zellen. Möglicherweise können Radikalfänger (Antioxidantien) den Zellschutz verstärken und die freien Radikale unschädlich machen. Solche radikalfangende Eigenschaften haben vor allem die Vitamine E und C und das Provitamin A (Beta-Carotin). Sie sollten in Ihrem Speiseplan in ausreichender Menge vorhanden sein.

- viel Vitamin E enthalten z.B. Pflanzenöle, Nüsse, Vollkornerezeugnisse, Milch, Rind- und Schweinefleisch
- reich an Vitamin C sind z.B. Zitrusfrüchte, Paprika, Erd- und Johannisbeeren, Kartoffeln
- Beta-Carotin steckt reichlich in Möhren, Spinat, Orangen, Beeren, Cashew-Kernen, rotem Paprika



Fisch und Meeresfrüchte

Die in Fisch enthaltenen Omega-3-Fettsäuren schützen nach den Erkenntnissen wissenschaftlicher Studien generell die Gefäße, verringern das Risiko von Entzündungen im Gehirn und könnten sogar beim Wiederaufbau von Nervenzellen eine Rolle spielen. Wer mindestens einmal in der Woche Fisch oder Meeresfrüchte isst, verringert das Alzheimer-Risiko um bis zu einem Drittel. Ähnliche Fettsäuren kommen auch in Nüssen und Rapsöl vor.

Rauchen, Alkohol und Koffein

Wie das Rauchen sich auf das Alzheimer-Risiko auswirkt, ist noch nicht eindeutig erforscht. Die bisherigen Untersuchungen lassen aber vermuten, dass sich das Risiko leicht erhöht.

Wer ab und zu ein Glas Wein oder Bier trinkt, erhöht das Risiko nicht.

Koffein scheint in Maßen genossen eine schützende Wirkung zu haben. Was die Alzheimer-Vorbeugung betrifft, brauchen Sie Ihren Koffeinkonsum also nicht einschränken.



Wo bekomme ich weitere Informationen?

Weitere Informationen zum Thema Alzheimer-Krankheit erhalten Sie bei Ihrem behandelnden Arzt oder Psychologen, den Selbsthilfegruppen und im Buchhandel. Außerdem im Internet zum Beispiel unter:

www.psychiatrie.uk-erlangen.de

Die Internetseite der Psychiatrischen und Psychotherapeutischen Klinik des Universitätsklinikums Erlangen. Hier finden Sie Informationen zu unseren ambulanten und stationären Angeboten.

www.kompetenznetz-demenzen.de

Das Kompetenznetz Demenzen (KND) ist eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Initiative verschiedener Kliniken und Forschungseinrichtungen. Hier finden Sie vor allem wissenschaftliche Beiträge.

www.deutsche-alzheimer.de

Hier finden Sie Informationen zum lesen, herunterladen und bestellen. Auch werden Adressen von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen genannt.



Natürlich können Sie sich auch gerne direkt an unsere Klinik wenden. Einen Termin für ein Gespräch oder zur Abklärung nachlassender geistiger Fähigkeiten (z.B. von Gedächtnisproblemen) können Sie unter folgender Adresse bzw. Telefonnummer vereinbaren:

**Poliklinik und Institutsambulanz
der Psychiatrischen und
Psychotherapeutischen Klinik des
Universitätsklinikums Erlangen**

Schwabachanlage 6
91054 Erlangen
Telefon: 09131/85-34597
Fax: 09131/85-36592

E-Mail:
direktion-psych@uk-erlangen.de

Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik

Direktor: Prof. Dr. med. Johannes Kornhuber

Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen

www.psychiatrie.uk-erlangen.de

Anmeldung:

Tel: (09131) 85-34597

Fax: (09131) 85-36592

Herausgeber:

Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik,
91054 Erlangen © Prof. Dr. Johannes Kornhuber, 2009

Gesamtherstellung: BRENDELI LAYOUT, Grafik & Medienproduktion, Tel. 09131/490732