

Demenz im Fokus

2. Symposium der MAGDA in Düsseldorf

Die steigende Lebenserwartung in Deutschland führt zu einer immer größeren Inzidenz der Alzheimer-Erkrankung. Die Diagnose der Erkrankung stellt dabei sowohl für das Leben der Betroffenen als auch für deren Angehörige einen schwerwiegenden Einschnitt dar. Umso wichtiger ist es, eine entsprechende Versorgung der Patienten sicherzustellen und die Arbeit von Einrichtungen wie Demenzambulanzen, Gedächtnissprechstunden und Memory Kliniken zu unterstützen.

Genau dieses Ziel verfolgt die Multiprofessionelle Arbeitsgruppe der DemenzAmbulanzen (MAGDA), die im November 2009 zu ihrem zweiten Symposium nach Düsseldorf eingeladen hatte. Ziele des Symposiums waren einmal mehr, die Aufmerksamkeit auf die Versorgung von Demenzpatienten zu lenken, vertiefende diagnostische Einblicke zu liefern und therapeutische Ansätze vorzustellen, die über die reine Pharmakotherapie hinausgehen.

Bei ihrer Gründung war MAGDA ein Verbund von etwa vierzig Ärzten und Psychologen von Gedächtnisambulanzen in Nordrhein-Westfalen. Die grundlegenden Ziele des Zusammenschlusses sind die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Diagnostik und Behandlung von Demenzen. Die Schaffung eines Netzwerkes der beteiligten Demenzambulanzen, die Initiierung und Förderung gemeinsamer Forschungsprojekte und Teilnahme an Verbundprojekten sowie die Interessenvertretung gegenüber Organisationen, Institutionen und allen Einrichtungen, deren Tätigkeit die Interessen des Verbunds berühren, sind weitere Ziele von MAGDA. Was als Verein in der Rhein-Ruhr-Region begann, ist nun zu einer bundesweiten Organisation herangewachsen. Dahinter steckt die Überzeugung, dass eben diese Einrichtungen eine wichtige Rolle bei der Versorgung von

Demenzkranken spielen. Vor diesem Hintergrund setzt sich die MAGDA dafür ein, diesem Thema in einem schwierigen gesundheitspolitischen Umfeld eine Plattform zu schaffen. Neben regelmäßigen Treffen ist die Jahrestagung mit dem dazugehörigen Symposium ein wichtiger Moment zum Austausch und zur Weiterbildung. Möglich wird dies durch hochkarätige Experten vor Ort und die Gelegenheit zum Dialog. Auf den folgenden Seiten sind die Abstracts der Referenten mit den wichtigsten Charts wiedergegeben.

B. Bülow

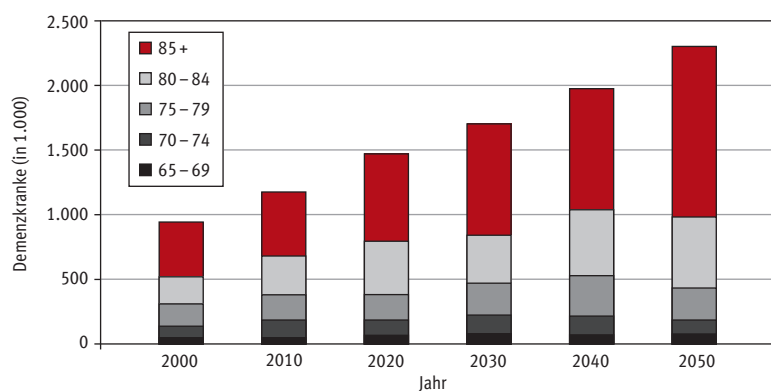


Abb. 1: Anzahl Demenzkranke (Vortrag Prof. Klockgether)

Das MAGDA-Symposium wurde von den Firmen Eisai und Pfizer unterstützt, die auch die regelmäßige Berichterstattung über den Verein fördern.





NeuroGer 2010; 7 (1): 36

Genetik der Alzheimer-Krankheit

Th. A. Klockgether, Bonn

Etwa fünf Prozent aller Fälle von Alzheimer-Krankheit sind familiär. Gleichzeitig ergaben Zwillingsstudien eine höhere Konkordanz der Alzheimer-Krankheit bei monozygoten als heterozygoten Zwillingen. Beide Befunde belegen, dass es eine genetische Komponente der Alzheimer-Krankheit gibt. Allerdings unterscheiden sich die familiären Fälle von den häufigeren sporadischen dadurch, dass sie einen ungewöhnlich frühen Krankheitsbeginn haben. Derzeit

sind Mutationen in drei Genen bekannt, die zu familiärer Alzheimer-Krankheit führen. Die betroffenen Gene kodieren für das Amyloid-Vorläuferprotein (APP), Präsenilin 1 und Präsenilin 2. Aus APP wird durch Proteolyse Amyloid- β ($A\beta$), der Hauptbestandteil der Plaques gebildet. Die Präseniline sind Teil des γ -Sekretase-Komplex. Alle bekannten Mutationen führen zu einer vermehrten Bildung von $A\beta$, so dass die Identifizierung der bisher bekannten Gene der familiären Alzheimer-Krankheit ein wesentliches Argument für die Amyloid-Hypothese der Alzheimer-Krankheit ist.

Anders sieht es bei der sporadischen Alzheimer-Erkrankung aus. In zahlreichen Assoziationsstudien, bei denen Kandidatengene untersucht wurden, wurde konsistent das $\epsilon 4$ -Allel des Apolipoprotein E-Gens (ApoE) als genetischer Risikofaktor für die sporadische Alzheimer-Krankheit identifiziert, während andere genetische Befunde nicht reproduziert werden konnten. ApoE spielt u. a. eine Rolle beim Transport von Lipiden zwischen Gliazellen und Neuronen, aber der Mechanismus, durch den ApoE die Entstehung der Alzheimer-Krankheit beeinflusst, ist bis heute nicht genau bekannt (Abb.1.). In den letzten beiden Jahren sind mehrere Genom-weite Assoziationsstudien veröffentlicht worden, bei denen nicht mehr die Assoziation einer einzelnen genetischen Variation, sondern hypothesenfrei das gesamte Genom untersucht wird. Diese Studien bestätigten die wichtige Rolle von ApoE, identifizierten aber auch neue Gene, z. B. Apolipoprotein J (Cholesterin-Stoffwechsel) und PICALM (Membran-Transport)(Abb.2). Für die Einordnung der zahlreichen genetischen Befunde werden systematische Metaanalysen zunehmend wichtig. Eine hervorragende Datenquelle dazu ist die Alzgene-Datenbank (www.alzgene.org). Insgesamt deuten sowohl genetische als auch neuropathologische Befunde darauf hin, dass für die häufige, im hohen Alter auftretende sporadische Alzheimer-Krankheit neben dem klassischen Amyloid-Weg zahlreiche andere Pathways mit verantwortlich sind.

| Kandidatengene | Wirkung |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. APOE ($\epsilon 2/3/4$) | Lipid-Transport |
| 2. CLU (Apolipoprotein J) | Lipid-Transport |
| 3. PICALM | Synaptische Funktion |
| 4. TNK1 | Intrazelluläres Signalling |
| 5. ACE | Blutdruck |
| 6. TFAM | Mitochondriale Transkription |
| 7. CST3 | Protease-Inhibitor |
| 8. IL1B | Entzündung |
| 9. CR1 | Phagozytose |

Tab.: Die wichtigsten Kandidatengene für die sporadische Alzheimer-Erkrankung aus weltweiten Assoziationsstudien Metaanalysen (Quelle: www.alzgene.org)

Abb.1: Interaktionen zwischen ApoE und Amyloid- β

A β -Bindung und -Aggregation

- ApoE bindet $A\beta$ in vitro
- ApoE fördert $A\beta$ -Aggregation in vitro
- ApoE knock-in-Mäuse haben isoform-abhängige $A\beta$ -Deposition
- Plaque-Load ist bei Trägern des ApoE4-Allels größer

A β -Clearance

- ApoE bindet $A\beta$ und vermittelt $A\beta$ -Aufnahme über Rezeptor-vermittelte Endozytose
- ApoE transportiert $A\beta$ über die Blut-Hirn-Schranke

Abb. 2: Kandidatengene für die sporadische Alzheimer-Demenz aus genomweiten Assoziationsstudien (GWAS)

Clusterin (apolipoprotein J)

- Lokalisation in Plaques
- Bindung an $A\beta$
- Einfluss auf $A\beta$ -Aggregation und -Clearance

Phosphatidylinositol binding clathrin assembly protein (PICALM)

- Intrazelluläre Endozytose, Transport von Proteinen und Lipiden
- Spezifische Rolle für Fusion von synaptischen Vesikeln mit präsynaptischen Membranen

Psychologisch geleitete Angehörigengruppen: Edukation, Beratung, Intervention



B. Romero, Bad Aibling

Im Hinblick auf die zunehmende Hilfsbedürftigkeit von Menschen mit Demenz ist ein frühes Miteinbeziehen von betreuenden Angehörigen in Rehabilitation und in andere Versorgungsprogramme notwendig. Das Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling (ATZ) führt seit zehn Jahren ein drei- bis vierwöchiges stationäres Behandlungsprogramm durch, das Rehabilitation für Kranke mit Demenz mit psychoedukativer Angehörigenarbeit integriert. Kranke nehmen an aktivierenden Beschäftigungen teil. Die Erkenntnisse zu individuellen kognitiven, sozialen und emotionalen Ressourcen, die das interdisziplinäre Team dabei gewinnt, werden den Empfehlungen für Tagesgestaltung zu Hause zugrunde gelegt. Betreuer bekommen damit Gelegenheit zur Erweiterung eigener Kompetenz, den Kranken zu begleiten. Zu den Zielen der Arbeit mit Angehörigen gehört aber auch eine psychologische Unterstützung beim Umgang mit Belastungen, die mit der Krankheit einer nahestehenden Person zusammenhängen. Die begleitenden Studien haben Hinweise auf die gewünschte Wirkung der Behandlung (u. a. eine Reduktion der Depressivität bei Kranken und Angehörigen) ergeben [1]. Derzeit wird eine weiter umfassende, vom BMBF im Rahmen der »Leuchtturmprojekten« geförderte, Evaluationsstudie durchgeführt [2].

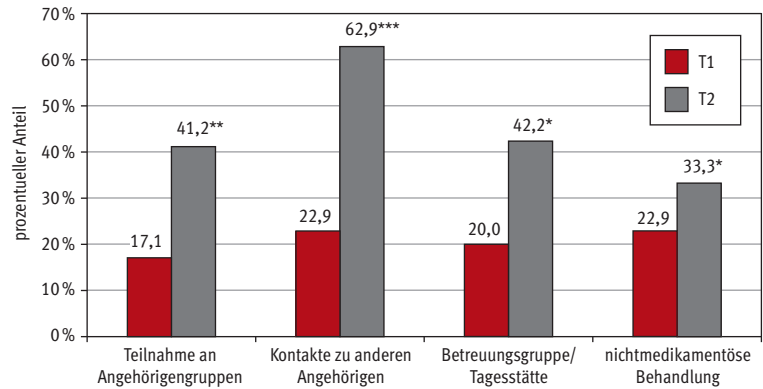


Abb. 1: Inanspruchnahme externer Hilfen

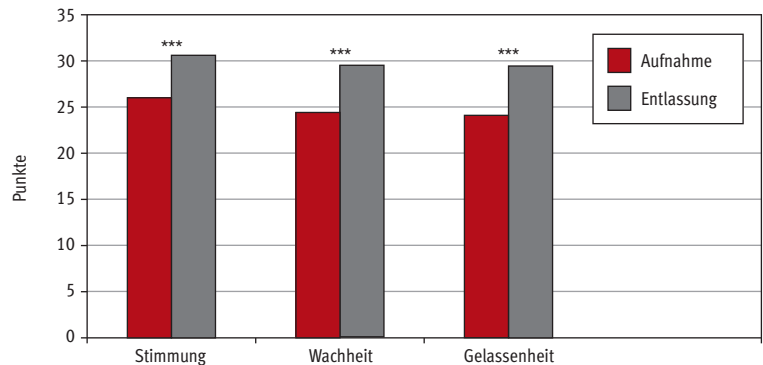


Abb. 2: Angehörige Wohlbefinden (MDBF): Verlauf Aufnahme → Entlassung, 2008, n=281

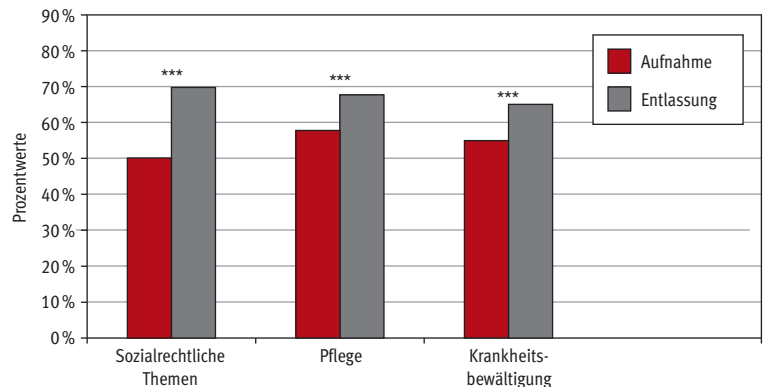


Abb. 3: Angehörige Kompetenz: Verlauf Aufnahme → Entlassung, 2008, n=281

Die in Bad Aibling entwickelten Programme für Angehörige umfassen z. B.

- psychologisch geleitete Angehörigengruppen und stützende Einzelgespräche, die Informationen zur Erkrankung vermitteln und den Umgang mit dem Partner, dem Umfeld und der eigenen Belastung erleichtern sollen
- Entspannungsübungen
- Kunst- und Gestaltungstherapie
- Pflegeberatung
- Sozialpädagogische Beratung
- Seelsorge
- Vorbereitung auf den Alltag zu Hause durch Erarbeitung eines individuellen Programms zur Planung und Begleitung zukünftiger Alltagsgestaltung und zum Umgang mit dem Kranken
- therapeutische Empfehlungen

1. Romero B: Selbsterhaltungstherapie: Konzept, klinische Praxis und bisherige Ergebnisse. ZfGP 2004; 17: 119-134.
 2. Studie SKEPSIS, Förderkennzeichen LTDEMENZ-44-061



NeuroGer 2010; 7 (1): 38–39

Neuropsychologische Therapie bei Demenzerkrankungen: Was ist sinnvoll?

G. Fink, Köln

In Deutschland leiden bereits über eine Million Menschen an einer Demenz. Die Anzahl der Neuerkrankungen beträgt etwa 200.000 pro Jahr und steigt: Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit dementieller Erkrankungen zu (weniger als zwei Prozent bei den 65- bis 69-Jährigen, über 30 Prozent bei den über 90-Jährigen) – ein Effekt, der in Anbetracht der demographischen Veränderungen unserer Gesellschaft zu einer weiteren Zunahme dementieller Erkrankungen führt. In Anbetracht der stetigen Zunahme dementieller Erkrankungen und aufgrund der nach wie vor fehlenden kausalen Therapie kommt der frühen Differentialdiagnose dementieller Erkrankungen und der frühen Therapie zunehmende Bedeutung zu. Wichtig ist dabei auch der Wandel der Kriterien, die die Diagnosestellung ei-

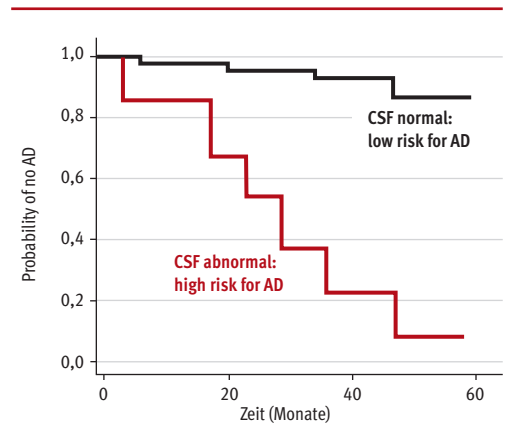


Abb. 1: Liquor-Biomarker/Zeit bis zur Diagnose einer AD (A β 1-42, Tau, Phospho-Tau)

ner Demenz erlauben: Neuen, aus der Wissenschaft in die Klinik getragenen Überlegungen zufolge ist das kerndiagnostische Kriterium der wahrscheinlichen Alzheimer-Demenz die frühe und signifikante, graduell progressive episodische Gedächtnisstörung (Dauer > sechs Monate), wobei dieses Kriterium durch ergänzende Befunde (medio-temporale Atrophie, abnorme Liquor-Biomarker [Abb. 1], charakteristische Befunde in der funktionellen Bildgebung oder nachgewiesene autosomal-dominante Mutationen in der Familie) unterstützt werden soll (Abb. 2). Diese neuen diagnostischen Kriterien helfen, die Diagnose einer wahrscheinlichen Alzheimer-Demenz früher zu stellen, und ermöglichen auch eine bessere, wenn auch bei weitem nach wie vor nicht perfekte Abgrenzung gegen Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen (Mild Cognitive Impairment, MCI).

Verbesserte diagnostische Möglichkeiten erfordern und ermöglichen ihrerseits auch den frühen Einsatz prophylaktischer und therapeutischer Möglichkeiten. Obwohl die Wirksamkeit kognitiver Therapieversuche bei Demenzen nicht hinreichend belegt ist, stellen allgemeine geistige, psychosoziale und körperliche Aktivierung wichtige ergänzende Maßnahmen der Pharmakotherapie dar (Abb. 3, 4).

Abb. 2: Revidierte diagnostische Kriterien (NINCDS-ADRDA):

Wahrscheinliche AD: a) plus ein oder mehrere supportive Befunde (b-e)

Kern diagnostische Kriterien der wahrscheinlichen AD:

a) frühe & signifikante, graduell progressive episodische Gedächtnisstörung (Dauer > 6 Monate)

Unterstützende Befunde:

- b) Medio-temporale Atrophie (Hippocampus, Amygdala, entorhinal)
- c) Abnorme Liquor-Biomarker (Amyloid- β ₁₋₄₂, total-Tau, Phospho-Tau)
- d) Charakteristische Befunde in der funktionellen Bildgebung
- e) Nachgewiesene autosomal-dominante Mutation in der Kernfamilie

Dubois et al., Lancet Neurol 2007

Abb. 3: Einflussfaktoren auf die kognitive Leistungsfähigkeit:

■ Geistige Aktivität

- AD-Risiko bei Patienten mit niedriger Bildung (<8 Jahre) ist 2,6-mal höher (Qui et al. 2006)
- Eine Demenz mit spätem Beginn ist mit einem niedrigen geistigen Leistungsvermögen in der Kindheit assoziiert, dies gilt nicht für einen frühen Beginn

■ Soziale Aktivität

- bei ähnlichen AD-typischen Hirnänderungen sind die sozial aktiven Senioren geistig fitter als die weniger aktiven (Bennet et al. 2006)
- TV: bei >4 Std/Tag im mittleren Lebensalter erhöht jede zusätzliche Stunden das AD-Risiko um den Faktor 1.3 (Lindstrom et al. 2005)
- Heiratsstatus: deutlich geringeres Demenzrisiko (nicht bei Geschiedenen oder Verwitweten) (Hakansson et al. 2009)

■ Physische Aktivität

- »Honolulu-Studie«: Effekt des Spazierengehens (2257 Personen, Alter 71 – 93 Jahre)
Ergebnis: <0,25 Meilen/Tag: 17.8/1.000 dement, >2 Meilen/Tag: 10.3/1.000 dement (Taaffe et al. 2008)

■ Ernährung

- Mediterrane Diät (Früchte, Gemüse, Fisch, ungesättigte Fettsäuren, wenig Wein): deutliche Senkung des AD-Risikos

Soweit therapeutische Effekte kognitiver Trainingsverfahren berichtet wurden, werden diese oft kritisch auf allgemeine psychosoziale Aktivierung zurückgeführt. Neue Studien zu diesem Thema (z. B. zu NEUROvitalis®, s. u.) berücksichtigen diese Kritik und setzen Studienansätze ein, die eine Differenzierung erlauben. Wenn es auch für eine Empfehlung kognitiver Therapieansätze im Sinne von Leitlinien noch zu früh ist, so lassen diese Studien hoffen, dass in Zukunft auch ein spezifischer, ergänzender Effekt neuropsychologischer Therapieansätze nachgewiesen werden kann. Begründet wird diese Hoffnung nicht zuletzt durch die Tatsache, dass körperliche und geistige Aktivität bei Personen ohne kognitive Einschränkungen das Risiko des Auftretens eines dementiellen Syndroms signifikant senken und deshalb zu empfehlen sind.

- Spezifisches kognitives Training kann
- kognitive Funktionen signifikant verbessern
 - das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, verringern
 - den Progress zu einer Demenz verzögern
 - bei Patienten mit beeinträchtigten mnestischen und kognitiven Funktionen (MCI, leichte AD) diese verbessern.

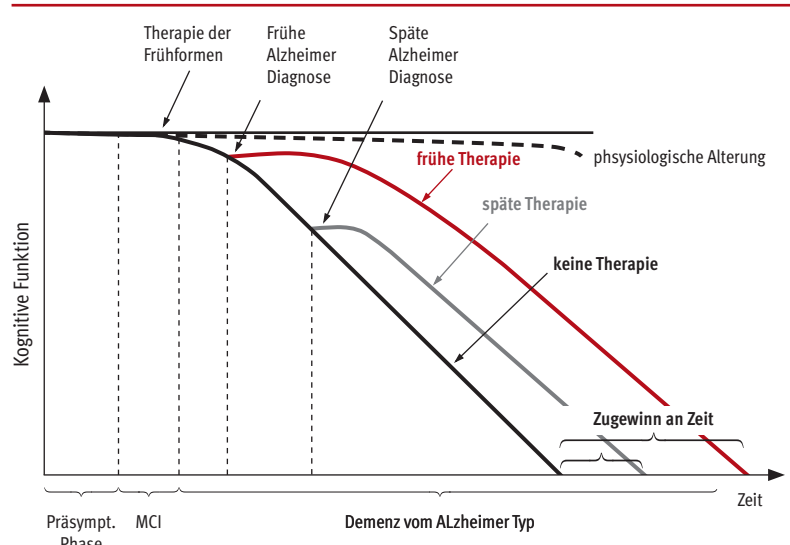


Abb. 2: Pharmakologisches oder kognitives Enhancement bei Mild Cognitive Impairment und Alzheimer Demenz verzögert den Krankheitsverlauf

Wichtig in diesem Zusammenhang sind kontrollierte Studien. Erfolge sollten nicht klein-geredet werden!

NEUROvitalis®:

Effekte eines neuen neuropsychologischen Trainings bei Patienten mit leichten kognitiven Störungen und Patienten mit Alzheimer Demenz
 E. Kalbe, S. Kaesberg, A. Mayer, M. Schlegel, G. Baller, G. R. Fink, J. Kessler (Jülich, Köln, Bonn, Köln/Jülich)

Fragestellung:

Bislang wird bei Patienten mit leichten kognitiven Störungen (Mild Cognitive Impairment, MCI) und Alzheimer Demenz (AD) selten neuropsychologisches Training eingesetzt. In dieser Studie wurden MCI- und AD-Patienten und gesunde ältere Menschen mit dem kognitiven Gruppentraining NeuroVitalis® trainiert und Leistungsänderungen überprüft.

Methoden:

NEUROvitalis® ist ein 6-wöchiges Trainingsprogramm mit zwölf 90-minütigen Einheiten plus Hausaufgaben. Es fokussiert Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen und exekutive Funktionen. Es wurde bei 18 MCI-Patienten (12 Männer, Alter=71.8J., SD=5.6, Bildung=14.6J., SD=2.9, DemTect=11.8, SD:1.6), 12 AD-Patienten (6 Männer, Alter=72.0J., SD=8.9, Bildung=12.4J., SD=4.8, DemTect=7.8, SD=2.0) und einer Kontrollgruppe 17 gesunder Personen (3 Männer, Alter=70.4, SD=6.7; Bildung=12.2J., SD=2.9J., DemTect=17.2, SD=0.8) durchgeführt. Vor und nach dem Training wurde eine ausführliche neuropsychologische Testbatterie durchgeführt. Prä- Posttestvergleiche wurden mit t-Tests für abhängige Stichproben (Alpha-Niveau: 0.01) berechnet und mit den Daten von 8 nicht trainierten Gesunden (2 Männer, Alter=70.0, SD=7.0; Bildung=12.9J., SD=3.6J., DemTect=16.0, SD=1.9) verglichen.

Ergebnisse:

NEUROvitalis® wurde von allen Teilnehmern sehr gut akzeptiert. Während sich bei der nicht trainierten Kontrollgruppe keine signifikanten Leistungsänderungen zeigten, ergaben sich bei allen trainierten Gruppen Leistungsverbesserungen: bei der MCI-Gruppe beim verbalen und nonverbalen Gedächtnis (unmittelbare [p=.007] und verzögerte Abfrage [p=.001] des Memo-Tests, verzögerte Abfrage des DemTects [p=.008], verzögerte Abfrage der Rey-Osterrieth-Figur [p<.001]) und im kognitiven Gesamtniveau (MMST: p=.008, DemTect: p=.005), bei der AD-Gruppe im kognitiven Gesamtniveau (DemTect: p=.009) und bei den Gesunden beim verbalen Gedächtnis (verzögerte Abfrage des Memo-Tests [p=.008] und des DemTects [p=.001]) sowie beim Wortgenerieren (FAS-Test: p=.001).

Schlussfolgerung:

Mit NEUROvitalis® ist bei MCI- und auch leichten AD-Patienten eine Verbesserung des kognitiven Gesamtniveaus zu erreichen. Bei MCI-Patienten und gesunden älteren Menschen verbessern sich die Gedächtnisleistungen deutlich, bei gesunden Älteren zusätzlich exekutive Leistungen. Das Programm eignet sich daher als therapeutische Intervention zur kognitiven Leistungssteigerung bei den genannten Patientengruppen und ist auch bei älteren Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen effektiv.

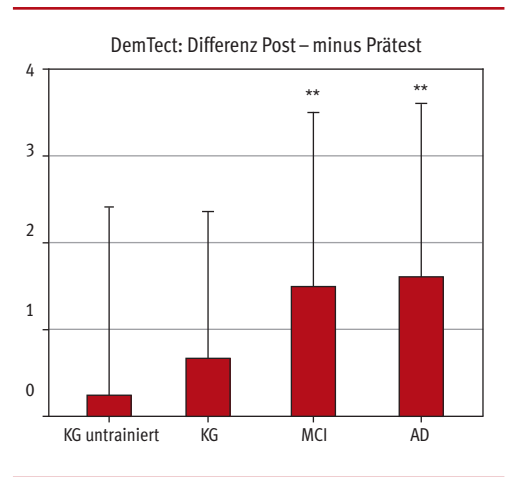


Abb. 2: Verbesserung: Kognitives Gesamtniveau. Nach dem Training lagen zehn MCI-Patienten oberhalb des Cut-Offs für kognitive Beeinträchtigung (> 12 Punkte) und vier AD-Patienten im MCI-Bereich (9 – 12 Punkte)

(Abstract eines Vortrags beim DGN-Kongress, Nürnberg, 24.9.2009)



NeuroGer 2010; 7 (1): 40

Demenz und Bewegungsstörungen

M. Maschke, Trier

Bewegungsstörungen wie Rigor, Bradykinese oder Myoklonien sind wichtige nicht-kognitive Begleitsymptome fast aller Demenzerkrankungen. Am häufigsten finden sich motorische Symptome, die einer Parkinsonerkrankung sehr ähnlich sind, und eine progrediente Gangstörung, die zu einer zunehmenden Immobilisation der betroffenen Patienten führt. Je nach Ausprägung können die Bewegungsstörungen lediglich ein Begleitsymptom, aber auch richtungsweisendes Kardinalsymptom der Erkrankung sein. Spezielle, häufig auftretende Demenzformen wie

die Lewy-Körperchen Demenz und auch die Demenz beim idiopathischen M. Parkinson sind vor Auftreten der dementiellen Symptome hauptsächlich durch Bradykinese, Rigor, Tremor und Gangstörung gekennzeichnet. Bei der Lewy-Körperchen Demenz finden sich jedoch anders als beim M. Parkinson Stürze und dementielle Symptome sehr früh im Krankheitsverlauf. Andere Erkrankungen, die ebenfalls mit kognitiven Defiziten und gleichzeitigen Bewegungsstörungen einhergehen, sind die kortikobasale Degeneration, die Chorea major (M. Huntington) und der M. Wilson. Bei der kortikobasalen Degeneration findet sich typischerweise das Alien-Hand Phänomen mit einem ausgeprägten, zunächst unilateralen Hypertonus der oberen Extremität. Die Chorea major ist eine der häufigsten Ursachen einer früh beginnenden Demenz und durch ausgeprägte hyperkinetische Bewegungsstörungen charakterisiert. Eine andere rasch verlaufende Demenz, die durch Prionen bedingte Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung, weist ebenfalls ausgeprägte Bewegungsstörungen mit zunehmenden Myoklonien, aber auch extrapyramidal motorische Symptome wie einen Rigor und Bradykinese auf.

Motorische Störungen bei/mit Demenz

Hyperkinetisch-rigide Bewegungsstörungen sind die Regel bei bei

- Alzheimer-Demenz
- Demenz vom Lewy-Körper-Typ
- Morbus Parkinson mit Demenz
- Vaskulärer Demenz

Bestimmte Bewegungsstörungen haben einen hohen prädiktiven Wert

- Alien-Hand-Phänomen: Kortikobasale Degeneration (CBD)
- Vertikale Blickparese, axiale Dystonie: Progressive supranukleäre Blickparese (PSP)
- Chorea/Athetose: Morbus Huntington, Hashimoto-Enzephalopathie
- Myoklonien, rasch verlaufende zerebelläre Ataxie: Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJD)

Mischpathologie sind jedoch häufig. »Disease mimicry« möglich (AD bei CBD-Phänotyp)

kurz berichtet

Deutsche Alzheimer-Gesellschaft fordert: Mehr Gruppen für Menschen mit Demenz im Anfangsstadium

Gruppen für Menschen mit einer Demenz im Anfangsstadium bieten Betroffenen die Möglichkeit, sich in einem geschützten, vertrauensvollen Rahmen über die Erkrankung zu informieren und auszutauschen. Hier können Themen wie der Umgang mit der Krankheit, Veränderungen in der Beziehung, Hilfen im Alltag und finanzielle oder rechtliche Fragestellungen besprochen werden. Am 8. Dezember 2009 trafen sich Leiterinnen und Teilnehmer solcher Gruppen auf Einladung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in Kassel, um ihre Erfahrungen mit diesem aktuellen Angebot der Alzheimer-Gesellschaften zu diskutieren. Betroffene können sich innerhalb der Gruppen im Rahmen ihrer Möglichkeiten einbringen, ihre Meinung äußern und Einfluss auf Dinge nehmen, die sie betreffen. Ernste Themen wie das frühzeitige Ausscheiden aus dem Beruf oder die Sicherstellung der finanziellen Existenz stehen insbesondere bei jüngeren Erkrankten im Mittelpunkt.

Hinsichtlich ihrer Wünsche waren sich die Teilnehmer der Veranstaltung in Kassel einig: Man dürfe die Selbsthilfegruppen nicht sich selbst überlassen, sondern benötige mehr Hilfe und Förderung von außen. Leider herrscht große Unsicherheit bezüglich einer dauerhaften Finanzierung der Angebote. Zurzeit werden die Kosten der Gruppen für noch nicht pflegebedürftige Demenzkranke über Spenden, Stiftungen und kommunale Modellprojekte bestritten. Denn in den meisten Fällen benötigen die Betroffenen krankheitsbedingt bei der Organisation der Angebote fachliche und kontinuierliche Begleitung.

»Wir brauchen bundesweit mehr Angebote an Gruppen für Menschen mit Demenz im Anfangsstadium. Dazu gehört auch eine dauerhafte Finanzierungsmöglichkeit«, fasste Sabine Jansen, Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, ihre Forderung nach Unterstützung abschließend zusammen.

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz