

# **DEMENZ**

**Hoffnung für AlzheimerpatientInnen und  
ihre pflegenden Angehörigen?**

Presseinformation



**[www.alzheimer-selbsthilfe.at](http://www.alzheimer-selbsthilfe.at)**

## Inhalt

1. Herzlich willkommen – Infos auf einen Blick
2. Selbsthilfe Alzheimer Angehörige Austria – Geschichte
3. Forderungen der Selbsthilfe Alzheimer Angehörige Austria
4. 20 Jahre Alzheimer Angehörige Austria  
Herausforderungen, Perspektiven, Ziele  
**Mag. Antonia Croy, Präsidentin der Selbsthilfegruppe „Alzheimer Angehörige Austria“**
5. Wo die Medizin aufhört und die Pflege beginnt  
**Prim. Dr. Andreas Winkler MSc Vize-Präsident und wissenschaftlicher Beirat der Alzheimer Angehörige Austria, Neurologe und ärztlicher Leiter an der Klinik Pirawarth**
6. Morbus Alzheimer - Neuigkeiten aus der Forschung  
**a.o.Univ. Prof. Dr. Achim Schneeberger, Leiter klinische Forschung + Entwicklung, Affiris AG**
7. Grußworte Gesundheitsminister Alois Stöger, diplomé  
**MR Dr. Magdalena Arrouas, Bundesministerium für Gesundheit**
8. Ein Erholungsurlaub für mich wäre ein Traum  
**Ingrid Schär, pflegende Ehefrau eines Alzheimer Patienten**
9. Pressefotos
10. Beilagen:
  - Patienten-Broschüre der Selbsthilfegruppe
  - Pariser Erklärung
  - Power Point Präsentation Alzheimer Angehörige Austria

## **1. Herzlich willkommen zur Pressekonferenz**

am 20. September 2010  
im ÖJC, Blutgasse 3, 1010 Wien

Am 21. September ist Weltalzheimerstag. In den EU-15-Staaten leiden 6,5 Prozent der über 65-Jährigen an Morbus Alzheimer. Das entspricht etwas mehr als vier Millionen Personen. Mit 600.000 neuen Fällen im Jahr liegt Morbus Alzheimer noch vor dem Schlaganfall mit 565.000 Fällen. In Österreich sind ca. 100.000 Menschen von der Diagnose betroffen. Laut einer Umfrage vergehen von dem Bemerkten der ersten Symptome bis zum ersten Arztbesuch in Österreich durchschnittlich 13 Monate. Dabei wirken die modernen Alzheimer-Medikamente vor allem im Frühstadium, wo sie das Fortschreiten der Erkrankung verzögern können.

Die klinische Forschung macht rasante Entwicklungssprünge, jedoch derzeit ohne Aussicht auf Heilung. Daher ist auch die Pflege und Betreuung des Erkrankten das Hauptproblem - nicht nur der Angehörigen, sondern der ganzen Gesellschaft. So ist die Selbsthilfegruppe Alzheimer Angehörige Austria im Laufe ihres 20jährigen Bestehens ein wichtiger Partner im Gesundheitssystem geworden und stellt sich den wachsenden Herausforderungen in der Gegenwart und der Zukunft.

### **Auf dem Podium:**

- **Prof. Lotte Tobisch-Labotyn** – die neue Ehrenpräsidentin
- **Mag. Antonia Croy**, Präsidentin der Selbsthilfegruppe „Alzheimer Angehörige Austria“: „20 Jahre Alzheimer Angehörige Austria – Herausforderungen, Perspektiven, Ziele“
- **Prim. Dr. Andreas Winkler, MSc** Vize-Präsident und wissenschaftlicher Beirat der Alzheimer Angehörige Austria, Neurologe und ärztlicher Leiter an der Klinik Pirawarth: „Wo die Medizin aufhört und die Pflege beginnt“
- **a.o.Univ. Prof. Dr. Achim Schneeberger**, Leiter klinische Forschung + Entwicklung, Affiris AG, „Morbus Alzheimer - Neuigkeiten aus der Forschung“
- **MR Dr. Magdalena Arrouas**, Bundesministerium für Gesundheit

**Auf der Presse-CD befinden sich:**

- Pressemappe als DOC und PDF
- Pariser Erklärung als PDF
- Bilder in Druckqualität: Referenten, Logo der Selbsthilfegruppe, Beispiele Alzheimer PatientInnen
- Power Point Präsentation Alzheimer Angehörige Austria

## 2. Selbsthilfe Alzheimer Angehörige Austria – Geschichte

Vor 20 – 25 Jahren wurden weltweit die ersten Alzheimer-Selbsthilfegruppen gegründet. So auch 1990 die Alzheimer Angehörige Austria in Wien von Univ.-Prof. Dr. Gernot Schnaberth, damals ärztlicher Direktor am Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel, Direktor Wilhelm Stöckl, damals Sandoz und Frau Dkfm. Lisl Pammer, selbst eine pflegende Angehörige.

Mit unglaublichem Engagement hat Frau Dkfm. Pammer, die erste Präsidentin über 10 Jahre, die Anliegen der Angehörigen vertreten. Man hatte zunächst keine Antworten auf die vielen ungelösten Fragen und Sorgen der Angehörigen. Alle beteiligten Berufsgruppen mussten lernen, mit diesen Problemen umzugehen und nach Lösungen zu suchen. Im Jahr 2000 übernahm Antonia Croy die Leitung der Gruppe. Trotz der ständig wachsenden Aufgaben bleibt die enge Beziehung zu den Angehörigen und die Verbesserung der Betreuungssituation unser Hauptanliegen.

### **Was wurde bisher erreicht:**

Mit unseren Aussendungen erreichen wir 1100 Mitglieder und Interessenten in ganz Österreich.

Wir schätzen die jährlichen Kontakte allein unserer SHG auf 1500. Österreichweit könnten es 5000 pro Jahr sein.

Entstehung von Selbsthilfegruppen - derzeit über 40 in Österreich

### Unsere Angebote an die Angehörigen wurden ständig erweitert:

- ausführliche Beratungsgespräche
- Ratschläge und Tipps aufgrund unserer persönlichen Erfahrungen
- regelmäßige Treffen mit Vorträgen
- Trainingskurse und Workshops für Angehörige
- Hinweise auf Betreuungsmöglichkeiten und soziale Dienste
- Vermittlung von fachlicher Beratung
- Alzheimer Café auch für die Kranken seit 2002
- Mitarbeit bei Expertengesprächen im Sozial- und Gesundheitsbereich
- Teilnahme am PIK-Projekt „Selbsthilfegruppe greifbar im Spital“

Öffentlichkeitsarbeit, z.B. in Interviews, bei Pressekonferenzen, Vorträgen oder Schulungen anderer Berufsgruppen, um Verständnis und Verbesserungen für die problematische Situation der betroffenen Familien zu erwirken.

## **Zusammenarbeit mit Alzheimer´s Disease International und Alzheimer Europe**

Seit 1993 sind wir Mitglied von ADI und Alzheimer Europe. Frau Croy war fünf Jahre lang im Vorstand von Alzheimer Europe. Die Impulse aus dem Ausland haben unsere Arbeit in Österreich sehr bereichert. Sowohl die Europäische Kommission als auch Belgien, das derzeit den Vorsitz inne hat, haben für ihre Arbeit den Fokus auf das Thema „Demenz“ gerichtet.

### Auf politischer Ebene:

- 1993 wurde der Hilflosenzuspruch in **Pflegegeld** umgewandelt und auch auf Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung ausgedehnt, ein bedeutender Schritt!
- Man hat auch immer wieder die Instrumente **rechtlicher Absicherung** angepasst und verfeinert, die Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Sachwalterschaft.
- Unterstützungsfonds für pflegende Angehörige des Bundessozialamtes bei Verhinderung der Betreuung wegen Urlaub, Krankheit oder Schulung
- Förderung bei der 24-Stunden-Pflege
- Pensionsversicherung für pflegende Angehörige
- 1.1.2009 die Einführung der Erschwerniszulage von 25 Stunden, die erstmals anerkannte, dass allein die Betreuung eines dementen Menschen auch schon im Frühstadium eine unterstützenswerte Belastung darstellt.

### **Was wir in Zukunft brauchen:**

- Die Schlüsselrolle der pflegenden Angehörigen viel mehr respektieren und unterstützen
- Zugang der Alzheimer-Erkrankten zu adäquater medizinischer Versorgung und angemessener sozialer Betreuung
- Vermehrt Aufmerksamkeit und Verständnis für die Betroffenen und Kranken wecken
- Eine bessere Integration der Demenzkranken in die Gesellschaft. Wir erwarten dadurch mehr soziales Engagement und Erleichterung der Lebensbedingungen für die Betroffenen.
- Mit einem erweiterten Team möchten wir uns im Bereich Versorgung stärker positionieren.

Die Alzheimer Angehörigen Austria sind im Bereich Demenz bekannt und angesehen. Wir wollen die Herausforderungen der Zukunft mitgestalten.

Das diesjährige Motto von Alzheimer`s Disease International zum Welt-Alzheimerstag am 21. September lautet: It`s time for action!

### **3. Forderungen der Selbsthilfe Alzheimer Angehörige Austria**

#### **Wünsche an die Politik**

1. Das Pflegegeld ist für die pflegenden Angehörigen ein wichtiges Instrument, um die kostenintensiven Unterstützungsangebote und Therapien zahlen zu können. Mit der Erschwerniszulage von 25 Stunden pro Monat ab 1.1.2009 wurde erstmals der Aufwand bei der Betreuung eines Demenzkranken anerkannt. Viele Betroffene kämpfen nach wie vor um die richtige Einschätzung bei der Begutachtung. Wir fordern dringend, in diesem Bereich eine adäquate Einschätzung und Valorisierung vorzunehmen.
2. Menschen mit Alzheimerdemenz sind im Akutkrankenhaus nicht gut aufgehoben, da die Spitäler auf die Bedürfnisse dieser Patienten nicht eingestellt sind. Bitte um entsprechende Strukturveränderungen!
3. Das Fachwissen um die Krankheit Alzheimer Demenz seitens des Pflegepersonals lässt zu wünschen übrig. Wir fordern bessere Qualifizierung des Personals durch die Aufnahme des Themas Demenz in der medizinischen Ausbildung für ÄrztInnen und Pflegepersonal.
4. Demenzkranke benötigen persönliche und individuelle Betreuung. Derzeit fehlt es in Spitälern, Heimen und öffentlichen Einrichtungen daran, diesen Bedürfnissen zu entsprechen. (Z.B. Nicht genügend Ruhe und Zeit bei der Einnahme der Mahlzeiten, keine ausreichende Förderung und Beschäftigung) Fehlen eines ausreichenden Personalschlüssels.
5. Wir fordern Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch ein österreichweites Netz an Anlaufstellen und Entlastungsangeboten, die tatsächlich an die individuellen Bedürfnisse der Alzheimer-Kranken und ihrer Angehörigen angepasst sein müssen. Außerdem Supervision und kostengünstige Psychotherapie für Angehörige (Burn-out).
6. Es gibt Qualitätsstandards für Heime. Diesen kann man sich freiwillig stellen. Wir fordern, dass sie verpflichtend werden und sich dem deutschen Modell anpassen, das die Qualifikation im Internet transparent macht.

7. Wir haben im vergangenen Jahr an den Bundesqualitätsleitlinien für die Integrierte Versorgung Demenz mitgearbeitet. Wir fordern, dass diese umgesetzt werden und dass daraus ein Nationaler Demenzplan entwickelt wird, wie er schon in vielen Ländern Europas verwirklicht wurde.
  
8. Integration der demenzkranken Menschen in den Gemeinden und in der Gesellschaft



## **4. 20 Jahre Alzheimer Angehörige Austria – Herausforderungen, Perspektiven, Ziele**

**Mag. Antonia Croy**, Präsidentin der Selbsthilfegruppe Alzheimer Angehörige Austria

Die Betreuung und Pflege von an Alzheimer erkrankten Menschen ist auch heute noch in erster Linie „Familiensache“. 80% der demenzkranken Menschen werden über lange Jahre und oft unter schwierigen Bedingungen zu Hause in der Familie betreut und gepflegt. Auch 25% der schwer dementen Menschen können bis zu ihrem Lebensende in häuslicher Pflege verbleiben. Die Betreuungstätigkeit wird über viele Jahre hindurch erbracht und findet rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche statt. Durchschnittlich verbringen die Angehörigen bis zu 70 Stunden pro Woche mit der Betreuung und Pflege eines dementen Familienmitgliedes. Dies ist mit großen Anstrengungen und sozialen Aufwendungen verbunden und stellt Angehörige oft vor nicht bewältigbare psychische, körperliche und finanzielle Probleme, was nicht selten zu einer totalen Überlastung und drohendem Burn out führt. Die Alzheimer Krankheit hat immer zwei Opfer – den Kranken und seinen, ihn pflegenden Angehörigen.

Schon seit Gründung der Selbsthilfegruppe im Jahr 1990 besteht unsere Aufgabe in erster Linie darin, pflegende Angehörige zu entlasten, zu unterstützen und sie in den langen Jahren der Krankheit zu begleiten. Wir alle sind oder waren betroffene Angehörige. Wir wissen aus eigener Erfahrung, welche Schwierigkeiten und Probleme sich im Laufe der Krankheit in den unterschiedlichen Stadien ergeben können und wie wichtig es ist, mit anderen Betroffenen Gedanken und Erfahrungen auszutauschen und zu sehen, dass man mit seinen Problemen nicht alleine ist.

Für die Familien stellen die Bewältigung des Alltags, das Zusammenleben mit dem Demenzkranken und die sich daraus ergebenden immer wieder neuen Situationen und erforderlichen Anpassungen, eine ständige Herausforderung dar.

Die Arbeit von Alzheimer Angehörige Austria und der angeschlossenen Selbsthilfegruppen, die sich bereits seit Jahren in allen Bundesländern erfolgreich etabliert haben, hat drei Schwerpunkte:

- Die Unterstützung, Information und Beratung der einzelnen Mitglieder
- Den Austausch der Mitglieder untereinander
- Die Vertretung der Mitglieder nach außen, d.h. auf Anliegen, Anregungen und Forderungen auf gesellschaftlicher, politischer und sozialer Ebene aufmerksam zu machen und diese nach Möglichkeit durchzusetzen.

Bekannt ist, dass die Mehrheit der demenzkranken Menschen und deren Angehörige den Wunsch hat zuhause zu bleiben und dort Behandlung und Pflege zu erhalten. Der überwiegende Teil der zu leistenden Pflege und Betreuung wird von Angehörigen geleistet. Diese sind der größte und preiswerteste „Pflegedienst“ im Land und ersparen durch ihre unentgeltlichen Leistungen der Allgemeinheit enorme Kosten. Damit das weiter so bleiben kann, muss alles unternommen werden, um sie effizienter zu unterstützen und dieses Potential zu erhalten.

Daher unsere aktuellen Forderungen:

- Ausbau der mobilen Pflege und der Tagesbetreuungseinrichtungen auch in ländlichen Gebieten
- Demenzgerechte Ausbildung für alle in der Altenpflege und Betreuung tätigen Personen (Schwerpunkt: einführendes Verhalten und Wertschätzung den Patienten gegenüber)
- Aufwertung der in der Altenpflege tätigen Berufsgruppen
- Flexiblere, besser koordinierte und leistbare Angebote der mobilen Dienste
- Anpassung der Unterstützungsangebote an die Bedürfnisse der Demenzkranken und der betreuenden Angehörigen
- Verpflichtende Qualitätsstandards für Pflegeheime
- Integration der demenzkranken Menschen in den Gemeinden und in der Gesellschaft ganz allgemein

Es ist uns ein besonderes Anliegen, die Lebensqualität der demenzkranken Menschen und ihrer Familien zu erhöhen, die Unterstützungsmöglichkeiten auszuweiten und die Ausbildung der Ärzte und professionellen Betreuerinnen auf dem Gebiet der Demenz zu verbessern. Die verantwortlichen Politiker sollten die Bedeutung der Problembereiche Demenz und Pflege endlich wahrnehmen und wie viele andere europäische Länder, einen nationalen Demenzplan erarbeiten, um die großen gesundheits- und sozialpolitischen Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft zu bewältigen.

## 5. Wo die Medizin aufhört und die Pflege beginnt

**Prim. Dr. Andreas Winkler, MSc** Vize-Präsident und wissenschaftlicher Beirat der Alzheimer Angehörige Austria, Neurologe und ärztlicher Leiter an der Klinik Pirawarth

### **Alzheimer – nach wie vor ein ungelöstes Problem**

Die Alzheimer-Krankheit ist eine Realität in unserer Gesellschaft: bereits heute leben mehr als 100.000 demenzkranke ÖsterreicherInnen mitten unter uns. Diese Zahl wird sich bis 2050 auf knapp 300.000 nahezu verdreifacht haben. Ihre Zahl wird deshalb weiter steigen, da das Risiko zu erkranken mit zunehmendem Lebensalter wächst. Bei allen notwendigen Veränderungen und anstehenden Reformen, vor denen unser Gesundheitssystem steht, dürfen die Demenzkranken und ihre Familien nicht vergessen werden. Aus Verantwortung für die Kranken von heute und von morgen, die selbst keine öffentliche Stimme haben - und auch, weil es jeden und jede von uns treffen kann.

Anlässlich des Welt-Alzheimer-tages 2010 präsentiert die Alzheimer Angehörige Austria Selbsthilfe einen Forderungskatalog, welcher im Einklang mit europäischen Alzheimer-Organisationen die wichtigsten Herausforderungen beschreibt und Lösungsansätze für die brennendsten Probleme in der Betreuung dementiell erkrankter Menschen aufzeigt. Demenzerkrankungen stellen nicht an die medizinische Forschung, sondern auch an die sozialen und – Betreuungs-/Pflegestrukturen eine immense Herausforderung dar und werden künftig auch die wirtschaftliche Tragfähigkeit unseres Gesundheitssystems auf die Probe stellen. Dabei kommt gerade der Unterstützung der Familien, in denen Alzheimer Erkrankte betreut werden, eine besondere Bedeutung zu. Nicht nur deswegen, weil hier 80 Prozent aller informellen Pflegeleistungen erbracht werden. Neben dem individuellen Leid der Betroffenen finden sich auch mannigfache und oft unmenschliche Belastungssituationen für die betroffenen Familien und pflegenden Angehörigen. Obwohl es heute bereits ausreichend wissenschaftlich fundierte Leitlinien gibt, welche auf die erkrankungsspezifischen Betreuungserfordernisse hinweisen, wurde deren Umsetzung bislang nicht oder lediglich in Ansätzen durchgeführt.

### **Alzheimer – die medizinische Perspektive**

Demnzerkrankungen, von denen die Alzheimerkrankheit mit ca. 70% die häufigste Form darstellt, sind keine normalen Folgen des höheren Lebensalters, sondern ist eine ernsthafte, bis dato unheilbare und schwer belastende Erkrankung, die durchschnittlich nach fünf bis acht Jahren zu einem frühzeitigen Sterben führt.

Zum Thema Alzheimer und anderen Demenzerkrankungen, werden in der internationalen Literatur täglich an die 1000 wissenschaftliche Arbeiten

publiziert, international wird aktuell an zumindest 316 Projekten für neue Alzheimermedikamente geforscht. 72 Medikamente werden derzeit mit PatientInnen in klinischen Studien erprobt, drei Präparate mit neuen Wirkstoffen haben bereits das dritte und letzte Stadium der klinischen Erprobung erreicht und könnten bis 2013 die Zulassung erreichen, wenn sie sich bewähren. Insofern ist vorsichtiger Optimismus angebracht, dass in absehbarer Zeit neue, wirksamere Medikamente im Kampf gegen das schleichende Vergessen zur Verfügung stehen.

Ziel all dieser Bestrebungen ist es, in den Krankheitsverlauf von Alzheimer, der bereits 20 Jahre vor Beginn der ersten Symptome einsetzt, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt einzugreifen und das Fortschreiten der pathologischen Prozesse zu verlangsamen oder gänzlich zu stoppen. Die derzeit in Österreich zugelassenen vier Alzheimermedikamente können demgegenüber lediglich über ein bis zwei Jahre das Auftreten von Symptomen lindern, letztendlich aber am Verlauf der Erkrankung nichts ändern. Aus heutiger Sicht ist aber ein vorsichtiger Optimismus gerechtfertigt, dass aufgrund des enormen Wissenszuwachses der medizinischen Forschung in absehbarer Zeit neue Medikamente zur Verfügung stehen werden, die eine effektivere Behandlung der Alzheimerkrankheit ermöglichen werden.

Es wird an verschiedenen Stellen im Krankheitsprozess versucht, wirksam einzugreifen. Eine Übersicht über die neuen Wirkstoffe, die bereits die letzte Erprobungsphase mit Patienten (die Phase III) erreicht haben, bietet die folgende Tabelle:

Wirkstoff des Medikaments in Erprobung	Wirkungsweise	Stand der Entwicklung
Bapineuzumab	fördert Abbau von Plaques	Phase III
Solanezumab	fördert Abbau von Plaques	Phase III
Dimebolin	Antagonist des Histaminrezeptors	Phase III

Stand: 5. September 2010

Quelle; Vfa, 13.09.2010

## **Alzheimer – die Angehörigenperspektive**

Zum Thema Demenzerkrankungen finden heutzutage zahlreiche Fachtagungen und Kongresse statt. Kampagnen wenden sich an die Öffentlichkeit, die Medien nehmen das Thema auf. Experten haben Bestandsaufnahmen ausgearbeitet, fachliche und ethische Empfehlungen vorgelegt. Die Fülle der Fachliteratur, der Ratgeberbücher, der Berichte von Angehörigen und Betroffenen ist kaum noch zu übersehen. In den

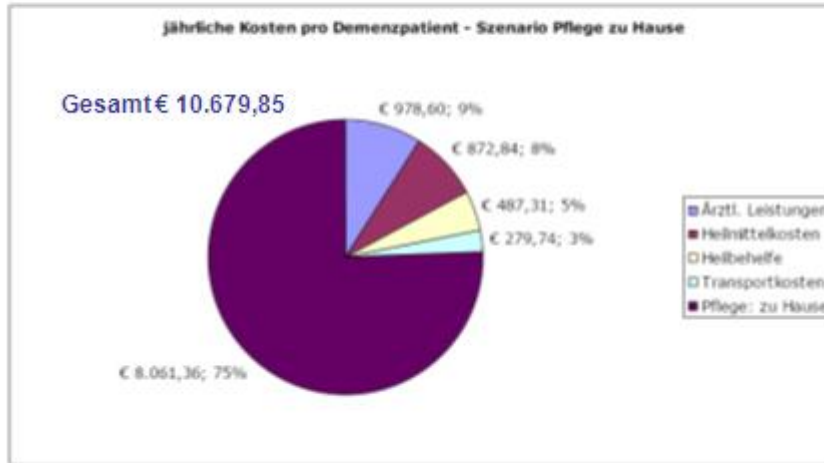
letzten zehn Jahren sind erfreuliche Fortschritte in der praktischen Arbeit bei Betreuung, Pflege, Selbsthilfe und Beratung festzustellen. Doch insgesamt ist die Situation Demenzkranker und ihrer Angehörigen immer noch unbefriedigend. Dies erfahren die Alzheimer Selbsthilfegruppen in Beratungsgesprächen Tag für Tag: Ärzte, die Beschwerden nicht ernst nehmen, Pflegedienste, die nicht auf Demenzkranke eingestellt sind, Heime mit völlig überlastetem Personal, Angehörige am Rande des Nervenzusammenbruchs ...

Nahezu 80 Prozent aller Pflegeleistungen werden von Angehörigen, und hier sind es zu 90% wiederum Frauen, erbracht. Angehörige leiden aber auch selbst unter enormen körperlichen und seelischen Belastungen: einerseits sind 50% der pflegenden Angehörigen selbst über 50 Jahre alt, sind in 60% selbst von einer Depression oder einem Burn out betroffen und haben ein erhöhtes Risiko, früher zu versterben als die Normalbevölkerung. Pflegenden Angehörigen fällt es sehr schwer, Hilfe anzunehmen, andererseits fehlt es vor allem im ländlichen Bereich nach wie vor an entsprechenden Entlastungsmöglichkeiten (Urlaubspflege, professionelle und leistbare Pflegeunterstützung zu Hause, Tagesbetreuungsangebote, Schulungen für den Umgang mit problematischen Verhaltensweisen etc.). Hier leistet die Alzheimer Angehörige Austria Selbsthilfe bereits seit 20 Jahren wertvolle Arbeit und hat mit ihren über 1000 Mitgliedern ein verzweigtes Netz an Beratungsstrukturen und Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige geschaffen. In Anbetracht der gigantischen Dimension des Problems wird es aber künftig notwendig sein, die vorhandenen Strukturen der Selbsthilfegruppen in Österreich deutlich zu erweitern und auch mit entsprechenden finanziellen und ideellen Mitteln auszustatten, damit sie auch weiterhin einen spürbaren Beitrag in der Angehörigenberatung leisten können.

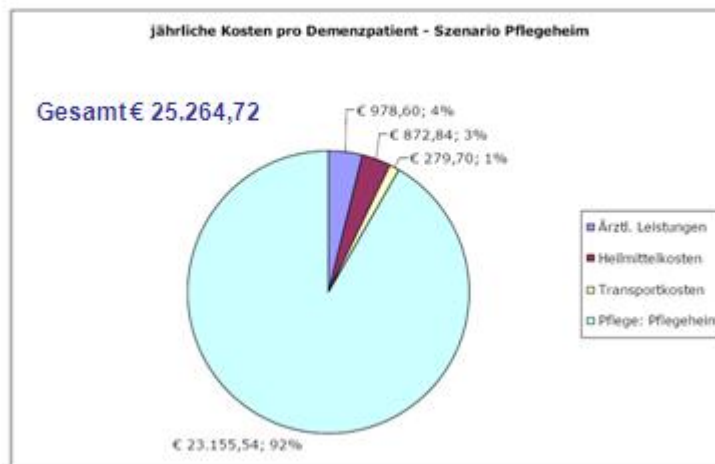
## **Alzheimer – die sozioökonomische Perspektive**

Demenzerkrankungen kosten dem Österreichischen Gesundheitssystem jährlich ca. 1,1 Milliarden Euro, umgerechnet etwa 130 Euro pro Kopf – Tendenz steigend. Der Hauptanteil der Kosten entfällt dabei auf Pflegeleistungen. Während sich die Gesamtkosten für einen zu Hause betreuten Erkrankten auf jährlich rund 11.000 Euro belaufen, verdoppelt sich dieser Betrag auf ca 25.000 EUR, wenn eine Versorgung in einem Pflegeheim erforderlich wird. Über 90% davon entfallen auf Pflegeleistungen. Die Kosten für Medikamente liegen dabei lediglich um die 5-8 %. Die zunehmende Anzahl an dementiell Erkrankten wird wesentlich dazu beitragen, dass sich die Anzahl an Pflegegeldbezieher von derzeit ca. 400.000 auf ca. 700.000 in den nächsten 30 Jahren erhöhen wird, ist doch in zwei Drittel aller Fälle eine Demenzerkrankung letztendlich die Ursache für die Einweisung in eine Pflegeeinrichtung.

## KRANKHEITSKOSTEN



## KRANKHEITSKOSTEN



Quelle: Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009

## Fact Box: Hintergrundwissen zur Alzheimer-Krankheit

### Was bei Alzheimer-Demenz im Gehirn geschieht

Die Alzheimer-Demenz ist eine Krankheit des Gehirns. Bei dieser beginnen die Krankheitsprozesse, die schließlich zur Demenz führen, schon viele Jahre vor dem ersten Auftreten von Symptomen. Was die allerersten krankhaften Vorgänge im Gehirn sind, ist noch nicht geklärt. Bekannt ist aber, dass im Verlauf der Krankheit im Gehirn zwei Sorten anomaler Eiweiße entstehen:

□ **Beta-Amyloid-Plaques (BAP):** Das sind Eiweißablagerungen **zwischen** den Nervenzellen. Sie werden aus kleinen Vorläufer-Eiweiß-Molekülen gebildet, die APP genannt werden. An ihrer Umwandlung, die zu den Ablagerungen führt, wirken bestimmte Enzyme in der Gewebsflüssigkeit um die Nervenzellen herum mit: die Beta- und Gamma-Sekretasen. APP, Beta- und Gamma-Sekretasen dürften auch beim Gesunden eine nützliche Funktion haben, doch konnte diese erst teilweise geklärt werden.

□ **Tau-Fibrillen:** Das sind Faserbündel aus Eiweiß **in** den Nervenzellen. Es sind funktionsuntüchtige Varianten der langen Eiweißstränge, die die Fortsätze gesunder Nervenzellen durchziehen und als eine Art Schienen für den Stofftransport innerhalb der Zelle dienen. Zu allen Leistungen des Gehirns ist es nötig, dass Nervenzellen sich untereinander Signale zusenden. Das geschieht, indem an der Kontaktstelle eine Zelle kurzzeitig eine bestimmte Substanz, einen Botenstoff (auch Neurotransmitter genannt), ausschüttet, die die nahe gelegene zweite Zelle erreicht und dort eine Reaktion auslöst. Im Gehirn kommen verschiedene Botenstoffe zum Einsatz. Bei der Alzheimer-Demenz wird insbesondere die Signalübertragung durch Botenstoffe im Gehirn gestört. Besonders betroffen sind Hirnregionen, in denen die Zellen die Botenstoffe Glutamat und Acetylcholin verwenden. Meist treten klinisch erkennbare Symptome erst auf, wenn bereits etwa 70 Prozent der Zellen zerstört sind. Nervenzellen, die sich untereinander mit Glutamat verständigen, erhalten bei Alzheimer zu viele Signale. Das kann zur Schädigung und auch zum Absterben von Zellen führen. Vermutet wird auch, dass Prozesse in den Mitochondrien, den Kraftwerken der Zellen, an Alzheimer beteiligt sind. Deshalb kommen auch diese als Ziel für Medikamente in Betracht.

### Die schon verfügbaren Medikamente

Bislang sind erst wenige Medikamente zur Behandlung von Alzheimer zugelassen. Sie können den geistigen Verfall zwar nicht verhindern, aber hinauszögern. Zu diesen Medikamenten zählen die AChE-Hemmer und ein NMDA-Antagonist.

**AChE-Hemmer:** Bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-

Krankheit lässt sich der Verfall der geistigen Fähigkeiten durch Medikamente bremsen, die das Enzym Acetylcholinesterase (AChE) hemmen; sie heißen deshalb auch AChE-Hemmer. Dieses Enzym sorgt für den raschen Abbau des Botenstoffs Acetylcholin. Durch seine Hemmung wird die Signalübertragung durch die noch funktionstüchtigen Nervenzellen verstärkt, was den Ausfall einiger Nervenzellen zu einem gewissen Grade auffängt.

In Studien wurde gezeigt, dass sich mit den drei zugelassenen AChE-Hemmern (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin) die geistige Leistungsfähigkeit in den ersten Behandlungsmonaten geringfügig steigern lässt, danach sinkt sie allmählich wieder ab, sodass nach neun bis zwölf Monaten der Ausgangszustand wieder erreicht ist. Insgesamt wird ein Hinauszögern des Fortschreitens der Erkrankung um ein bis zwei Jahre erreicht.

**Der NMDA-Antagonist:** Bei moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz ist der Wirkstoff Memantin wirksam und zugelassen. Er verbessert bzw. erhält geistige, alltagspraktische und allgemeine Fähigkeiten, die Selbstständigkeit bleibt dadurch länger erhalten. Studien zufolge kann die Betreuungszeit um bis zu 1,5 Stunden pro Tag reduziert werden, was vor allem für pflegende Angehörige von großer Bedeutung ist. Der Wirkstoff wird als NMDA-Rezeptorantagonist (N-Methyl-D-Aspartat-Antagonist) klassifiziert. Bisher gibt es kein anderes Medikament dieser Klasse. Memantin verhindert, dass eine krankhaft erhöhte Konzentration von Glutamat zwischen den Nervenzellen diese schädigen oder zerstören kann, indem es zu lange und zu intensiv auf die NMDA-Rezeptoren der Zellen einwirkt. Signale können so wieder besser weitergeleitet werden.

Quelle: vfa, 13.09.2010

### **Prim. Dr. Andreas Winkler, MSc**

Ärztlicher Direktor

Vorstand der Abteilung für  
Neurologische Rehabilitation

Klinik Pirawarth

[winkler@klinik-pirawarth.at](mailto:winkler@klinik-pirawarth.at)

**Personalien**      Facharzt für Neurologie; Arzt für Allgemeinmedizin  
Wohnhaft in Wien  
eine Tochter

### Ausbildung

07/1994              Medizinstudium an der Universität Wien, vertiefte Wahlfachausbildung Kardiologie, Neurologie  
10/1991-             Studium Psychologie an der Universität Wien  
1995-98              Ausbildung zum Arzt f. Allgemeinmedizin, KH Eisenstadt



- 04/95 Freiberuflicher Medizinjournalist  
1998-99 Postgraduales Studium: National Institute of Neurology and Neurosurgery, Queen Square, London (Master of Science, Thema Mb. Parkinson)
- 04/99-4/00 Neurologischer Assistenzarzt, Klinik Pirawarth, Doz. Dr. U. Zifko vertiefte neurophysiologische Ausbildung,  
04/00 – Neurologischer Assistenzarzt am NKH-MTS, Prof. Dr. H. Binder, Wien  
2003 Abschluss ÄK Diplom-Ausbildung für Geriatrie/Palliativmedizin
- 003/02 Postgraduales Studium an der Donau-Universität Krems/ Neurologische Rehabilitation, (Master of Science)
- 04/04 Facharzt Diplom für Neurologie  
12/02 Wissenschaftlicher Leiter der Sportärztestwoche Zell am See – Kaprun  
05/03 Wissenschaftlicher Leiter der BrainDays, Neuro-Competence Center  
03/05 Leitender Oberarzt an der Abteilung für Gerontoneurologie und neurologische Rehabilitation, Haus der Barmherzigkeit, 1160 Wien  
05/05 Ausbildung Qualitätsmanagement/QM-Beauftragter Quality Austria, Institut Haus der Barmherzigkeit, Wien  
02/06 Ernennung zum Primarius an der Abteilung für Gerontoneurologie und neurologische Rehabilitation, HB, Wien  
04/06 Abschluss postgradualer Universitätslehrgang für Med. Führungskräfte, AMESO  
07 Herausgeber des Fachjournals *focus neurogeriatrie*, Springer WienNewYork  
08 Lektor an der Donau Universität Krems  
09 Ausbildung zum Risk-Manager, ÖQMED  
09 Universitätslektor an der MUW  
04/10 Ärztlicher Direktor der Klinik und Kurhotel Pirawarth, Vorstand der Abteilung für Neurologische Rehabilitation der Klinik Pirawarth  
06/10 Vizepräsident der Alzheimer Angehörige Austria Selbsthilfe, Leitung wiss. Expertenrat

## 6. Alzheimer - Neuigkeiten aus der Forschung

### **a.o.Univ.Prof. Dr. Achim Schneeberger**

Leiter Klinische Forschung und Entwicklung, AFFiRiS AG  
Forschung: Wieso, weshalb, warum? Wer nicht fragt bleibt...



Alzheimer ist ein Problem alternder Gesellschaften. Durch den epidemiehaften Anstieg der Patientenzahlen und die unbefriedigende Therapiesituation ergeben sich neben medizinischen, ökonomischen und juristischen vor allem soziale Fragestellungen. Die Aufgabe der Forschung ist es, Lösungsansätze für all diese Bereiche aufzuzeigen und deren Validität durch entsprechende Daten zu unterstützen.

#### Gemeinhin akzeptierte molekulare Grundlagen der Erkrankung

Dreh- und Angelpunkt der medizinischen Forschung sind die mittlerweile breit akzeptierten Eckpfeiler der Krankheitsentstehung, nämlich die molekularen Korrelate, der von Alois Alzheimer vor mehr als 100 Jahren entdeckten Plaques und Neurofibrillenbündel, das A $\beta$  und das (phospho)Tau. Es besteht ein Konsens dahingehend, dass die zerebrale Akkumulation des A $\beta$ , das von seinem Vorläufer APP („Amyloid Precursor Proteine“) enzymatisch abgespalten wird, und seine Aggregation das initiale pathogene Moment darstellt. Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, dass die Toxizität von A $\beta$  im Wesentlichen von A $\beta$  Oligomeren (also kleinen A $\beta$  Aggregaten) vermittelt wird. A $\beta$  ist nicht nur per se toxisch, es triggert und verstärkt auch die Tau Pathologie. Letztere ist hingegen in stärkerem Maß an den Prozessen beteiligt, die zum Untergang der Nervenzellen führen. Im Gefolge der A $\beta$ - und Tau-Pathologie kommt es zu den weiteren typischen pathophysiologischen Veränderungen, wie der Störung der Mitochondrien-Funktion [Kraftwerke der Zellen], der Ausbildung eines proinflammatorischen Zytokinmilieus und dem Untergang von Nervenzellen.

#### Medikamentenkandidaten, die auf unserem derzeitigem Verständnis der Alzheimerentstehung basieren: State of the Art – A $\beta$ -Immuntherapeutika verlieren ihre Konkurrenten und vereinsamen an der Spitze des Rennens um ein Medikament, das den Verlauf der Alzheimer Krankheit modifizieren kann.

Auf dem aktuellen, oben beschriebenen Modell der Alzheimer-Entstehung beruhen die derzeit in der klinischen Forschung und Entwicklung befindlichen Therapeutika. Für Medikamentenkandidaten, deren Angriffspunkt am Beginn der Kaskade liegt, werden Krankheitsverlauf-modifizierende Wirkungen angenommen. Zu nennen sind hier in erster Linie jene, die die Bildung von A $\beta$  reduzieren oder seine Eliminierung beschleunigen. Darüber hinaus geht man davon aus, dass auch

Substanzen, die die pathologischen Modifizierungen des Tau-Proteins, wie bspw. seine Phosphorylierung, und/oder seine Akkumulation hemmen, modifizierend in den Krankheitsverlauf eingreifen können. Beispiele für erstere sind  $\gamma$ -Sekretasemodulatoren, die die enzymatische Abspaltung von A $\beta$  aus seinem Vorläufer hemmen, sowie die A $\beta$ -Immuntherapie in ihrer passiven (Antikörpertherapie) und aktiven Spielart (Impfung), die, wie bspw. Chelatbildner, die Eliminierung des toxischen A $\beta$  fördern. Während die Entwicklung des ersten  $\gamma$ -Sekretasemodulators kürzlich in der Phase III gestoppt werden musste, schreitet derzeit eine breit aufgestellte Gruppe von Immuntherapeutika, darunter mehrere Impfstoffe der Wiener Biotechnologiefirma AFFiRiS, durch die verschiedenen Phasen der klinischen Entwicklung Richtung Marktreife: die A $\beta$ -Antikörper Bapineuzumab, Solanezumab sowie intravenöse Immunglobulinpräparate (alle Phase III), die Antikörper PF-04360365 und GSK933776 sowie die Impfstoffe: ACC001, CAD106 und AFFITOP AD02 (alle Phase II). Das erste und bisher einzige klinisch getestete Tau-basierte Therapeutikum, genannt REMBER, wartete mit vielversprechenden Phase I Daten auf, die jedoch in der Folgeuntersuchung nicht bestätigt werden konnten. Auch verfolgt wird das Konzept eines Impfstoffes gegen Tau, interessanterweise ebenfalls von einer in Wien ansässigen Firma, der Axon Neurosciences. Große Erwartungen lagen auch auf der Interaktion mit Prozessen, die A $\beta$  und Tau nachgeschaltet sind; sprich bspw. das Neutralisieren der entzündlichen Veränderungen oder der Versuch die Mitochondrien(funktion) zu bewahren. Es wurden verschiedene anti-entzündliche Substanzen (z.B. nichtsteroidale Antirheumatika, Tarenflurbil), sowohl in der Prävention als auch in der Therapie eingesetzt, alle ohne Erfolg. Erst kürzlich erfuhr die Mitochondrien-Schutz-Strategie einen Dämpfer. Ihr Flaggschiff, Dimebolin, ein altes, russisches Antihistaminikum (Allergiemittel), das eine Mitochondrien-Schädigung durch A $\beta$  verhindern kann, konnte seine sehr vielversprechenden Ergebnisse, der in Russland durchgeführten Phase II Studie, in den nachfolgenden internationalen Phase III Untersuchungen nicht bestätigen.

*Vielfach Bestätigtes als etabliert akzeptieren und als Ausgangspunkt für die Entdeckung relevanter Zusammenhänge verstehen*

War die Grundlagenforschung bisher auf den APP/A $\beta$ -Metabolismus und die Tau-Pathophysiologie fokussiert, ist mittlerweile ein neuer Trend erkennbar: ein über das in der A $\beta$ - und Tau Welt Etablierte Hinausschauen. Es wird nach Molekülen und Stoffwechselwegen [pathways] gesucht, die in die bereits bekannten hineinspielen und diese entscheidend beeinflussen können. Daraus entstehen neue, vielversprechende Targets für die Medikamentenentwicklung. Ein Beispiel sind die verkürzten und modifizierten A $\beta$  Moleküle. Verglichen mit dem Original sind sie im Krankheitsverlauf früher darstellbar, krankheitsspezifisch und per se toxischer. Erste gegen verkürzte und modifizierte A $\beta$  Formen gerichtete Therapeutika werden in den nächsten

Wochen erstmals klinisch getestet (ein Impfstoff, ein Enzyminhibitor). Ein anderes Beispiel ist Imatinib, ein Krebsmittel, das sehr erfolgreich in der Behandlung bestimmter Leukämien eingesetzt wird. Eine rezente Untersuchung zeigt, dass es die Aktivität des Enzymkomplexes, der Aβ von seinem Vorläufer APP abspaltet, regulieren kann. Die Perspektive des über-das-Etablierte-Hinausschauens eröffnet letztendlich das Erkennen übergeordneter Zusammenhänge, wie die Beeinflussung der Kernpathophysiologie der Alzheimer Krankheit durch die zerebrale Durchblutungssituation als einem Beispiel eines limitierenden Faktors kompensatorischer Mechanismen.

### *Bewährtes verbessern, kombinieren oder umfunktionieren*

Auch die bisher etablierten Alzheimer Medikamente, die dem Botenstoffmangel, der durch den Untergang von Nervenzellen entsteht, entgegenwirken und somit lediglich symptomatisch wirken können, werden in neue Therapiestrategien eingebunden. Erforscht werden ihre Kombination, ihre Anwendung in höherer Dosierung sowie veränderte Formulierungen. Letzteres lieferte ein interessantes, neues Produkt, ein Alzheimer-Pflaster, das seinen Wirkstoff über die Haut in den Blutkreislauf einschleust. Das reduziert die oft Dosis-limitierenden gastrointestinalen Nebenwirkungen der Substanz. Mit großem Aufwand wurden auch Statine untersucht, also Medikamente, die Fettstoffwechsel-Störungen normalisieren können. Das Rational ist einfach: Das Neutralisieren eines Risikofaktors sollte die Krankheitsentwicklung bzw. deren Ausbruch verzögern. Leider schaffte dies keine der getesteten Substanzen.

### *Eine bessere Diagnose als Voraussetzung für mehr Fortschritt*

DAS Hot Topic der klinisch-diagnostischen Forschung ist die Erarbeitung und Etablierung neuer Diagnosekriterien. Das Motto hier: Weg von der Ausschluss-, hin zu einer positiven, Kriterien-basierten Diagnose. Das verspricht einiges: Die Diagnose könnte mit einer größeren Sicherheit gestellt werden. Sie könnte früher erfolgen. Eine Prognose-Abschätzung wäre möglich, was wiederum Patienten und Angehörigen bei der Lebensplanung hilft. Sicher identifizierte Patientenpopulationen und verlässliche Verlaufparameter würden die klinische Forschung, insbesondere die Entwicklung neuer Medikamente, verbessern. Vorreiter dieser Bewegung, die mittlerweile weltweit diskutiert wird, ist eine Gruppe von Klinikern und Wissenschaftlern um Prof. Dubois, Paris. Bei der Weiterentwicklung der Diagnosekriterien helfen insbesondere die Datensätze der amerikanischen, europäischen, japanischen und australischen ADNI (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative) Projekte, die den Verlauf der Erkrankung anhand von umfassenden klinischen- und Biomarker-Parameter beschreiben.

### Forschung ist die beste Medizin

Die heute gebräuchlichen Alzheimer Medikamente (Acetylcholinesteraseinhibitoren, NMDA Rezepturblocker) wurden in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts zugelassen. Seither hat es kein Kandidat mehr zur Marktreife gebracht. Die konsequente Forschung der letzten Jahre konsolidierte unser Modell der Alzheimer-Entstehung und lieferte neue Targets, die insofern vielversprechend sind, als dass sie Wirkstoffe mit Krankheitsverlaufs-modifizierender Wirkung erwarten lassen. Entsprechende Wirkstoffkandidaten werden derzeit klinisch getestet. Nicht zuletzt dank verbesserter Methoden zur Diagnostik und Verlaufsbeurteilung haben diese Projekte reelle Erfolgchancen. Dies trifft insbesondere auf die verschiedenen A $\beta$ -basierten Immuntherapeutika zu. Angesichts der Dimension, die das Alzheimer-Problem in den nächsten Jahren annehmen wird, gilt es keine Zeit zu verlieren, die Kräfte zu bündeln und die Therapieforschung systematisch und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

### Lebenslauf

1985–92 Medizinstudium an den Universitäten Tübingen und Bordeaux II

1992–97 Research Fellow an der Medizinischen Universität Wien,  
Universitätsklinik für Dermatologie, Abteilung für  
Immundermatologie und infektiöse Hautkrankheiten  
(Leiter: o. Univ.-Prof. Dr. G. Stingl)

1997–03 Facharztausbildung

2003 Habilitation

2003– Staff member Universitätsklinik für Dermatologie, dzt. karenziert

2005–06 Sabbatical an der Washington University, St. Louis, USA

2006- Affiris AG (Leiter Klinische Forschung & Entwicklung)

### **Mitgliedschaften**

Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung (ADF)

European Society for Dermatological Research (ESDR)

Österreichische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (ÖGAI)

Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV)

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)

Österreichische Alzheimer Gesellschaft (ÖAG)

Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)

## **Funktionen in nationalen Gesellschaften**

Schriftführer, ÖGAI, 2002-2004

## **Preise / Stipendien**

Dissertationspreis der Universität Tübingen, 1997

Dissertationspreis der ÖGDV, 1997

Max Kade Stipendium, 2005

Erwin+Irmgard Egner Dermato-Onkologie Preis der ADF, 2005

## **Publikationen**

Originalarbeiten (19); Übersichtsarbeiten (5); Buchkapitel (5)

## 7. Grußworte Gesundheitsminister Alois Stöger, diplomé

**MR Dr. Magdalena Arrouas**, Bundesministerium für Gesundheit



Sehr geehrte Damen und Herren!

Gerne wäre ich der Einladung zum Pressefrühstück der Selbsthilfegruppe Alzheimer Angehörige Austria gefolgt, leider verhindern bereits länger vereinbarte Termine mein Kommen. Ich möchte jedoch einige Gedanken zu den Herausforderungen, mit denen Alzheimer-Patienten und deren pflegende Angehörige konfrontiert sind, aussprechen.

Der Anstieg der Lebenserwartung und die damit verbundene demographische Alterung der Bevölkerung lässt auch einen Anstieg von Demenzerkrankungen erwarten. In Österreich wird die Gesamtzahl von an Demenz Erkrankten derzeit auf rund 100.000 geschätzt. Laut Literatur muss bis zum Jahr 2050 mit einem Anstieg auf rund 235.000 gerechnet werden. Die Alzheimer-Demenz ist klinisch und epidemiologisch die häufigste Form der Demenz mit einem Anteil von ca. 60 Prozent. Die nächsthäufige Form stellt die Vaskuläre Demenz dar.

Aus den genannten Zahlen kann man erkennen, dass die Aktivitäten Ihrer Selbsthilfegruppe nicht hoch genug zu wurdigen sind. Ihr Ziel ist es, einerseits die Lebensqualität von an Morbus Alzheimer Erkrankten zu verbessern und andererseits die betroffenen Familien zu entlasten. Erkrankt ein Familienmitglied an der Alzheimer-Krankheit, so ist das für die Angehörigen nicht nur ein Schock, sondern auch eine extreme Bürde. Sowohl die Belastung, die durch die Betreuung der geliebten Person entsteht, als auch der Schmerz darüber, eine nahestehende Person Stück für Stück zu verlieren, können mit der Zeit zu einer schweren Last auf den Schultern werden.

Mit der Diagnosestellung einer Alzheimer-Erkrankung entstehen für den Erkrankten selbst und natürlich auch für die Angehörigen viele Fragen und Probleme, die bewältigt werden müssen. Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch Verlust der Kommunikationsfähigkeit, Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sowie Störungen des Denk- und Urteilsvermögens, die die Bewältigung eines normalen Alltagslebens immer schwieriger machen. Die Patienten sind zunehmend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Die Belastung der Angehörigen steigt im Verlauf der Erkrankung.

Mit frühzeitiger Beratung und der Möglichkeit, bei Bedarf entsprechende Versorgungsangebote in Anspruch nehmen zu können, besteht die Chance für die Patienten und ihre Angehörigen, die Situation langfristig zu bewältigen. Selbsthilfegruppen zeigen den pflegenden Angehörigen, dass sie nicht allein sind und geben ihnen die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Betroffenen.

Medizinische Maßnahmen sind ein wichtiger Teil der Behandlung, aber sie können menschliche Zuwendung nicht ersetzen. Es freut mich daher, darauf verweisen zu können, dass derzeit im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein Projekt durchgeführt wird, das sich mit nonverbaler Kommunikation mit Menschen mit Demenz beschäftigt und die Bedeutung dieser einfühlsamen Methoden für den Umgang mit an Demenz Erkrankten herausstreicht. Es wird aufgezeigt, wie nonverbale Methoden der Kommunikation die Lebensqualität der Erkrankten und auch der Betreuenden bedeutend verbessern können. Gerade für Menschen mit Demenz sind Kontinuität, eine gewohnte Umgebung und soziale Kontakte überlebenswichtig, denn sie geben Sicherheit in einem Leben, in dem nichts mehr sicher scheint. Wir dürfen niemanden wegen seiner Krankheit stigmatisieren, deshalb ist es wichtig zu betonen, dass Menschen, auch wenn sie an Alzheimer-Demenz erkrankt sind, Teil unserer Gesellschaft sind und nicht auf „Pflegefälle“ reduziert werden dürfen. Das Ziel der österreichischen Gesundheitspolitik ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung für alle Menschen in Österreich, unabhängig von Alter, Herkunft, Religion oder Geschlecht. In diesem Zusammenhang ist es ein wichtiges Ziel, weiter an integrierten Versorgungsformen und Standards zu arbeiten. Patientenplattformen sind ebenfalls ein ganz wichtiges Element im Gesundheitssystem. Selbsthilfegruppen stellen bedeutende Plattformen dar, wo sich Betroffene über praktische Erfahrungen und Forschungsergebnisse, neue Ideen und Konzepte, über Therapien und Wohnformen, zu ethischen und rechtlichen Fragen informieren können. Es bedarf vieler Personen, die Verantwortung übernehmen und Zeit investieren und so zum Gelingen einer konstruktiven Arbeit zum Wohle der mittelbar und unmittelbar Betroffenen beitragen. Gerne nehme ich auch Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge entgegen. So möchte ich Ihnen weiterhin viel Erfolg wünschen und Ihnen zu Ihrem Engagement gratulieren.

### **Curriculum MR Dr. Magdalena Arrouas**

- Geboren am 12. September 1953 in Hainburg an der Donau
- Matura 1972 in Wien
- 1972-79 Studium der Medizin und anschließendes Auslandsjahr in Frankreich mit dem Beginn der Turnusausbildung
- Fortsetzung der Turnusausbildung 1979-1982 für Allgemeinmedizin im AKH Wien
- Absolvierung des Physikatskurses zwischen 1983 und 1984
- September 1984 Eintritt in das Gesundheitsministerium
- Seit 1992 mit der Leitung von Fachabteilungen betraut
- Seit 2006 Leiterin der Fachabteilung für nichtübertragbare Krankheiten, psychische Gesundheit und Altersmedizin



- Seit Juli 2010 Stellvertretung der Sektionsleitung III
- Seit 2008 Vorsitzende des Beirates für Altersmedizin
- Seit 2005 Vorsitzende des Beirates für Psychische Gesundheit

## 7. „Ein Erholungsurlaub nur für mich wäre ein Traum“

**Ingrid Schär**, pflegende Ehefrau eines Alzheimer Patienten

Anfangs waren es nur Kleinigkeiten, eine vergessene Verabredung, ein verlegter Schlüssel, eine verlorene Geldbörse. Doch dann erkannte Werner Sch. (75) auch gute Bekannte und ehemalige Arbeitskollegen nicht mehr, seine Verwirrtheit nahm täglich zu. „Heute ist er dauerhaft orientierungslos, findet sich auch in der Wohnung nicht zurecht. Ständig fragt er mich, ob wir eine Toilette haben oder wo der Kühlschrank ist“, so seine Ehefrau Ingrid, die ihn seit sieben Jahren pflegt. Eine echte Herausforderung. „In meinem Leben dreht sich alles um meinen Mann. Vom Aufwachen bis zum Schlafengehen bin ich für ihn da. Jeden seiner Schritte begleite ich, muss immer gegenwärtig sein. Von Lebensqualität kann ich schon lange nicht mehr sprechen!“

Am meisten belastet sie seine Launen. Traurigkeit, Aggressionen, Beschuldigungen und Verdächtigungen wechseln einander ab. „Manchmal bin ich sehr wütend, frage mich, warum ich?“, so die 67 jährige Wienerin. Nachdem ihre Mutter mehrere Schlaganfälle hatte, hat sie nicht nur sie sechs Jahre bis zu ihrem Tod gepflegt, sondern auch ihren Vater.

Ein Leben nur für andere? Wo nimmt sie die Kraft her? Ein große Hilfe ist das Tageszentrum, wo Werner zweimal in der Woche betreut und gefördert wird. „Der Austausch mit anderen Betroffenen tut auch gut“, so Ingrid Schär. Wenn ich mir etwas wünschen könnte? Einen Kuraufenthalt OHNE den Kranken bzw. ein Urlaub OHNE den Kranken wäre ein Highlight für mich!“

## 8. Pressefotos

Für die redaktionelle Berichterstattung über die Pressekonferenz stellen wir Ihnen diese Bilder gerne honorarfrei zur Verfügung. Sie finden sie in drucktauglicher Qualität auf der beiliegenden CD.

a.o.Univ.Prof. Dr. Achim Schneeberger



© AFFiRiS/Petra Spiola



MR Dr. Magdalena Arrouas



© privat

Prim. Dr. Andreas Winkler, MSc



© privat

Lebensfreude trotz Demenz?  
Nur mit Hilfe von pflegenden Angehörigen möglich



© Alexander Rath/Fotolia.com

Tiere wirken auf Alzheimererkrankte oft beruhigend



© Galina Barskaya/Fotolia.com