



Informationsblatt 14 a

Lewy-Körperchen-Demenz: Herausforderungen im Alltag und wie man ihnen begegnen kann

Die Lewy-Körperchen-Demenz (engl. „Lewy Body Dementia“, LBD, oder auch „dementia with Lewy-bodies“, DLB) ist deutlich seltener als die Alzheimer-Demenz. Der Umgang mit ihren besonderen Symptomen wie Halluzinationen, starken Schwankungen der geistigen Fähigkeiten im Tagesverlauf und Bewegungsstörungen stellt für Betroffene ebenso wie für An- und Zugehörige eine besondere Herausforderung dar.

1912 beschrieb der Neurologe Friedrich J.H. Lewy auffällig runde Ablagerungen von Proteinen in einem bestimmten Teil des Gehirns von Menschen, die an der Parkinson-Krankheit litten. Diese später „Lewy-Körperchen“ genannten Proteine können sowohl eine Form von Parkinson verursachen, bei der später im Verlauf eine Demenz hinzukommt (Parkinson-Krankheit mit Demenz), als auch ein Störungsbild, das von Anfang an einer Demenz entspricht (Lewy-Körperchen-Demenz).

Die danach benannte Lewy-Körperchen-Demenz (oder die international gebräuchliche Abkürzung „LBD“ für

den englischen Namen der Krankheit „Lewy Body Dementia“) ist mit 5 Prozent der Fälle die dritthäufigste Demenzerkrankung. Sie geht mit einigen besonderen Symptomen und Einschränkungen einher, die für die daran erkrankten Menschen und ihre An- und Zugehörigen besondere Herausforderungen darstellen können.

(Informationen zu den medizinischen Hintergründen, der Diagnostik und Behandlung erhalten Sie im „Informationsblatt 14 Die Lewy-Körperchen-Demenz“ )

1. Besonderheiten der Lewy-Körperchen-Demenz (LBD)

Viele Symptome einer Lewy-Körperchen-Demenz ähneln denen einer Alzheimer-Demenz: Fortschreitende Gedächtnisstörungen und verlangsamte Denkprozesse sind auch hier typisch. Sie unterliegen aber viel stärkeren Schwankungen im Tagesverlauf. Zu Beginn stehen die Gedächtnisprobleme in der Regel nicht im Vordergrund. Auffällig ist hingegen eine Störung der Aufmerksamkeit und die damit zusammenhängende Beeinträchtigung der Urteils- und Problemlösefähigkeit. Komplexe Abläufe, wie Kochen oder Bankgeschäfte stellen zunehmend eine Herausforderung dar.

Zudem finden sich im Verlauf auch Symptome einer Parkinson-Erkrankung wieder, wie beispielsweise ein Muskelzittern (Tremor) der Hände auch im Ruhezustand, eine Steifigkeit der Muskeln (Rigor) und verlangsamte, unsichere Bewegungen (Bradykinese) sowie ein nach vorne gebeugter Gang. Die Gesichtsmuskulatur kann beeinträchtigt sein, sodass die Kommunikation über die Mimik nicht mehr wie früher möglich ist.

Häufig treten Schlafstörungen, Beeinträchtigungen des Geruchssinns, Inkontinenz und Halluzinationen auf. Allgemein ist die Verfassung der Betroffenen – Aufmerksamkeit/Wachheit, Stimmung, aber auch körperliche



Fitness – im Tagesverlauf erheblichen Schwankungen unterworfen. Etwa 60 Prozent der Menschen mit DLB leiden unter dem Verlust des Antriebs (Apathie). Sie wirken mitunter teilnahmslos und abwesend.

In der Regel tritt diese Demenzform nach dem 65. Lebensjahr auf; Männer scheinen häufiger betroffen zu sein als Frauen.

2. Herausforderungen im Krankheitsverlauf

Viele Menschen mit einer Lewy-Körperchen-Demenz werden in ihren Familien aufgefangen, unterstützt und gepflegt. Die immer noch geringe Bekanntheit der Besonderheiten einer LBD und der speziellen Symptome, selbst unter Menschen in Gesundheitsberufen, ist hierbei sehr problematisch. Eine ungenaue oder langwierige Diagnostik verringert durch unzutreffende Behandlungen und fehlendes Wissen zur Krankheitsbewältigung die Lebensqualität.

Als besonders herausfordernd, sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen, zeigen sich einige, oben bereits genannte Besonderheiten:

1. Verhältnismäßig früh kommt es zu wiederkehrenden optischen, seltener akustischen Halluzinationen.
2. Ebenfalls typisch ist ein gestörter „Traumschlaf“: die sogenannte REM-Phase (Rapid-Eye-Movement-Phase), in der man träumt, zeigt sich bei Menschen mit einer Lewy-Körperchen-Demenz als sehr lebhaft und unruhig mit teils starken Körperbewegungen im Schlaf.
3. Sehr häufig kommt es bereits frühzeitig zu Störungen des Geruchsinns, zu einer Harninkontinenz und einem erhöhten Sturzrisiko aufgrund von Blutdruckschwankungen.

Menschen mit einer Lewy-Körperchen-Demenz reagieren darüber hinaus sehr sensibel auf bestimmte

Medikamente, vor allem Neuroleptika, die die oben genannten Symptome zumindest abmildern könnten. Eine angemessene Medikation zu finden, stellt behandelnde Ärztinnen und Ärzte also vor eine Herausforderung und benötigt viel Geduld. Nicht alle Medikamente sind offiziell für die Behandlung zugelassen – sie werden als sogenannte „Off-label Medikation“ eingesetzt.



Halluzinationen treten bei Menschen mit Lewy-Körperchen-Demenz häufig auf

(Information zur medikamentösen Behandlung haben wir im Infoblatt 5 „Die medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen“ [↗](#) zusammengestellt.)

Halluzinationen

Halluzinationen treten bei bis zu 75 Prozent der Menschen mit Lewy-Körperchen Demenz auf. Sie können sehr verunsichernd sein und bleiben dies bei aller Gewöhnung meist auch: Die Betroffenen sehen, dass der Kleiderschrank in Flammen steht. Sie sehen und hören einen großen knurrenden Hund oder ein Kind, das in der Zimmerecke steht und lacht. Andere Anwesende können all das nicht sehen. Nicht immer handelt es sich um Bedrohliches, aber die Wahrnehmung von Gefahren wirkt sich direkt auf die Stimmung und die Gefühlswelt aus und belastet besonders.

Die Halluzination unterscheidet sich vom Wahn (fixe Vorstellung) und der Verknennung (Verwechslung). Halluzinationen (Sinnestäuschungen) kommen ohne einen äußeren Reiz vor. Dabei sind Umfang und Tiefe dieser



Sinnestäuschungen sehr unterschiedlich: Sie können sich als „Ahnung“ zeigen oder als vollkommen real.

Die Bestimmtheit, mit der auf der Wahrnehmung beharrt wird, verunsichert die Umgebung in der Regel sehr. Schnell ist der Impuls da, die Betroffenen zu korrigieren oder gemeinsam mit anderen Angehörigen zu „überstimmen“ und zu überzeugen, dass „da doch gar nichts“ sei. Menschen mit Demenz geraten dadurch in die Situation, ihre als real erlebte Wahrnehmung verteidigen zu müssen. Dies wirkt sehr stark aufwühlend und es kann eine Dynamik entstehen, in der alle Beteiligten verunsichert, wütend und hilflos sind.

Es ist hilfreich sich vor Augen zu halten: Die Betroffenen bilden sich die Halluzination nicht ein. Es ist schwer vorstellbar, aber sie sehen (oder hören) wirklich etwas. Und diese Wahrnehmung ist ebenso real, wie die Wahrnehmung der Angehörigen, dass da „nichts ist“: ein klares Unentschieden. Bemühen sich die Angehörigen, die Betroffenen vom Irrtum zu überzeugen, werden diese in der Regel noch weniger verstehen, warum ihre Umgebung sie so planvoll belügt oder die Fotografie so täuschend echt gefälscht wurde. Die Falle, in die man hierbei geraten kann, wird oft als „Nein!“-„Doch!“-Kreislauf beschrieben.

Hier Ruhe zu bewahren ist nicht immer leicht. Es braucht manchmal etwas Zeit, um ein Verständnis dafür zu entwickeln, dass das Gegenüber wirklich etwas sieht und ihm sein Gehirn einen Streich spielt.

Trost und Beistand

Schafft man es in dieser Situation, Gelassenheit zu bewahren, wird es möglich,

- a) festzustellen, ob es sich tatsächlich um eine Halluzination handelt. Man sollte nicht vorschnell unterstellen, dass eine Halluzination oder ein Wahn vorliegt. Es ist wichtig sich Zeit zu nehmen, um den Inhalt oder den Hintergrund realistisch zu prüfen.

Hat man sich versichert, dass eine Halluzination vorliegen dürfte, hat man

- b) die Gelegenheit, ruhig, sicher und einfühlsam auf die betroffene Person einzugehen. Einfühlsam heißt,

das Erleben und die Gefühle, die die Halluzination begleiten, wertschätzend anzusprechen und aufzufangen. Mit Vorsicht zu betrachten ist das sogenannte „Mitgehen“ mit der Halluzination. So kann es manchmal helfen, wenn das halluzinierte Feuer mittels eines Wasserschalls beherzt „gelöscht“ wird. Eine Pflegerin berichtet von einer Erfahrung, in welcher der Halluzination einer Bewohnerin gut begegnet werden konnte: Sie verscheuchte mehrere Zwerge aus einem Kleiderschrank mit einem deutlichen „Raus hier!“. Schwierig bei einem solchen Umgang mit der Situation ist, dass nicht abzusehen ist, wie hartnäckig und tiefgreifend die Halluzination ist. Wenn die „Zwerge“ wiederkommen, kann auch der Vorwurf gegen die Pflegerin entstehen, gelogen zu haben. Zudem spielen bei der Entstehung von Sinnestäuschungen auch starke Gefühle und Reaktionen, wie Begeisterung, große Freude, Angst oder Erschrecken, aber auch Erschöpfung eine Rolle. Aus diesem Grund fährt man wesentlich sicherer, wenn man Betroffenen knapp und freundlich Auskunft gibt, dass man selber zwar nichts wahrnimmt, aber nachvollziehen könne, dass diese Wahrnehmung Aufregung verursacht. Die Begriffe „Halluzination“, „Sinnestäuschung“, „Wahn“ sollten im Gespräch mit Menschen mit einer LBD eher vermieden werden: Stellen Sie sich vor, wie Sie sich fühlen würden, wenn jemand Ihre eigene Wahrnehmung als wahnhaft einordnen würde.

Wirklich hilfreich für Menschen mit Lewy-Körperchen-Demenz ist es, wenn:

- a) Menschen bei ihnen sind, die verstehen, was vor sich geht, und
- b) diese Sicherheit und Trost vermitteln und der bedrückenden Halluzination gemeinsam Stand halten.

Dies gelingt vielleicht etwas leichter in dem Wissen, dass Halluzinationen in der Regel zeitlich begrenzt sind und wieder verschwinden.

Schlafstörungen

Die häufig auftretenden Schlafstörungen betreffen sowohl Atemaussetzer während des Schlafes



(Schlafapnoe), das Durchschlafen allgemein als auch den für die Erholung wichtigen REM-Schlaf („Traumschlaf“). REM-Schlafstörungen zeigen sich teils Jahre vor anderen, deutlicheren Symptomen.

Schlechter Schlaf ist eine enorme Belastung für alle Beteiligten. Weder der Mensch mit einer Lewy-Körperchen-Demenz noch die pflegenden Angehörigen können sich richtig erholen. Neben Schlaflosigkeit und einer Unruhe des Partners oder der Partnerin mit der Demenz beeinträchtigen auch die mitunter lebhaften Bewegungen Erkrankter den eigenen Schlaf. Abrupte Schlafunterbrechungen entstehen beispielsweise durch das „Laufen“ der Beine oder das Greifen oder Festklammern am nebenliegenden Partner während der REM-Schlafphase (Traumschlafphase).

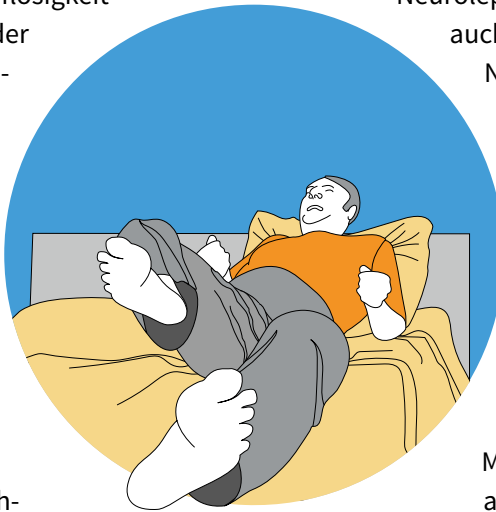
Leider sind die medizinischen Möglichkeiten, positiv auf den Schlaf einzuwirken, begrenzt. Der Umgang mit Schlafproblemen ist daher häufig nicht einfach. Besondere Bedeutung kommt der „Schlafhygiene“ zu. Dazu zählen unter anderem geübte Routinen des Zu-Bett-Gehens, Reizarmut und ein vertrautes Umfeld.

Tagesschläfrigkeit kann vermindert werden, indem Mittagsschlaf und andere Schlafzeiten während des Tages reduziert werden. Dies ist bei ausgeprägter Schläfrigkeit jedoch zunehmend schwierig.

Schlafbezogene Atemprobleme können fachärztlich zum Beispiel durch die Verordnung einer Atemmaske behandelt werden, wenn der oder die Betroffene diese akzeptiert.

Eine medikamentöse Behandlung wird vor allem bei Durchschlafproblemen probiert: Hier kommt unter anderem Melatonin zum Einsatz. Dieser Wirkstoff setzt bei der hormonellen Steuerung des Schlafs an und gilt als relativ milde und gut verträglich.

Mitunter wird auch versucht die nächtliche motorische Unruhe – „Wälzen“, „Greifen“, „Zuckungen der Beine“ – mit Medikamenten zu beeinflussen, allerdings mit unterschiedlichem Erfolg. Auch hier muss erneut hervorgehoben werden, dass Menschen, die von einer Lewy-Körperchen-Demenz betroffen sind, generell sehr empfindlich auf Medikamente reagieren. Dies kann bis zur Unverträglichkeit gehen und betrifft insbesondere Neuroleptika und Hypnotika. Allerdings stellt auch eine möglicherweise notwendige Narkose eine Herausforderung für die Anästhesie dar.



Wenn intensive Bewegungen in der Nacht stören, können getrennte Betten ein Lösung sein.

Da auch anhaltende intensive Bewegungen in der Nacht in der Regel von den Betroffenen als weniger belastend wahrgenommen werden als vom Partner, sind getrennte Betten die erste Empfehlung. Zwar mag sich dies für viele Menschen sehr ungewohnt anfühlen, aber eine länger dauernde Störung des Schlafes stellt eine ernsthafte und kraftraubende Beeinträchtigung der Gesundheit Angehöriger dar.

Störungen des Geruchssinns (Dysosmie)

Dysosmie ist der Oberbegriff für Störungen des Geruchssinns. Als am deutlichsten spürbare Form kann der weitgehende oder vollständige Verlust des Riechens, die sogenannte Anosmie gelten. Aber auch die Wahrnehmung von nicht vorhandenen Gerüchen oder die Verwechslung von Gerüchen beschreiben Betroffene als sehr belastend, beispielsweise wenn ein Fäkaliengeruch an Lebensmitteln zu haften scheint. Störungen des Geruchssinns im Rahmen einer Lewy-Körperchen-Demenz schränken die Lebensqualität erheblich ein. (Im Zusammenhang mit einer Corona-Infektion haben viele Menschen bereits Erfahrungen mit einer dieser Riechstörungen gemacht.) So kann eine Appetitminderung durchaus darauf zurückzuführen sein, dass appetitanregende Gerüche nicht mehr wahrgenommen werden können. Ebenfalls fällt der Geruchssinn als Warnsignal aus, zum Beispiel bei der Geruchsüberprüfung eines Lebensmittels oder bei Brandgeruch.



In jedem Fall sollte ein vermindertes Geruchsempfinden fachärztlich abgeklärt werden. Anhand von Riechtests kann ein HNO-Arzt / eine HNO-Ärztin feststellen, ob der Geruchssinn vollständig oder nur teilweise beeinträchtigt ist. Auch sollte untersucht werden, ob andere, mitunter gut behandelbare Ursachen die Wahrnehmungsstörung verursachen und welche therapeutischen Möglichkeiten angezeigt sind.

Für den Alltag mit eingeschränktem oder fehlendem Geruchssinn und Demenz ist Folgendes wichtig: Lebensmittel sollten regelmäßig auf ihre Haltbarkeit überprüft werden. Durch schön angerichtete Speisen und gemeinsame Mahlzeiten kann versucht werden, den Appetit positiv zu beeinflussen. Es kann notwendig sein, sensibel an die Körperpflege und Wäschewechsel zu erinnern. Technische Lösungen, wie beispielsweise vernetzte Rauch- und Gasmelder, können bei der Gefahrenerkennung unterstützen.

Kreislaufkollaps (Synkope)

Ein regelmäßiges Symptom einer Lewy-Körperchen-Demenz sind Synkopen, umgangssprachlich „Kreislaufkollaps“ genannt. Sie treten vor allem während längeren Stehens oder einem zu raschen Wechsel der Körperlage auf. Mitunter kann eine Bewusstlosigkeit über mehrere Minuten folgen.

Gefährlich für die betroffene Person ist weniger die Synkope selbst, als vielmehr die Sturzgefahr. Hier kann es helfen, langes Stehen zu vermeiden. Bei langen Wartezeiten in einer Schlange sind Sitzpausen wichtig. Ein Wechsel der Körperposition, zum Beispiel das Aufsetzen vom Bett oder das Aufstehen vom Stuhl, sollten mit Bedacht durchgeführt werden. Am Beispiel des Aufstehens heißt das: Zuerst Vorrutschen zur Stuhlkante und den Oberkörper aufrichten; beide Füße sollten möglichst parallel zueinander einen festen Stand auf dem Boden haben; an der Tischkante oder den Stuhllehnen aufstützend ruhig

den Körper aufstellen; dann einen kurzen Moment warten. Sollte es dennoch zu einem Sturz kommen, gilt es Ruhe zu bewahren, die betroffene Person anzusprechen und ggf. den Notarzt zu alarmieren. Nicht zu vergessen: Nicht sofort und schnellstmöglich wieder aufstehen, sondern, wenn keine Verletzung vorliegt, einen Moment ausruhen.

Harninkontinenz

Eine Harninkontinenz ist ebenfalls ein häufiges Begleitsymptom der Lewy-Körperchen-Demenz. Sie stellt für viele Menschen eine erhebliche Belastung dar. Aus Scham und Überforderung kann ein Vermeidungsverhalten entstehen. Vor allem zu Beginn der Krankheit neigen viele Menschen dazu, weniger zu trinken, um Toiletengänge zu vermeiden. Dies ist keine gute Idee: Ein Flüssigkeitsmangel wirkt sich sowohl auf die kognitiven als auch die motorischen Fähigkeiten negativ aus. Demenzbedingte Symptome können so verstärkt werden. Hilfreich ist ein Trinkprotokoll, um die Flüssigkeitszufuhr im Blick zu behalten. Lebensmittel, wie bestimmte Obst- und Gemüsesorten mit hohem Wasseranteil, können ebenfalls dabei helfen, genug Flüssigkeit aufzunehmen. Entsprechend sollten regelmäßige Toilettengänge etabliert werden – auch, „wenn man noch gar nicht muss“. Dies kann Sicherheit geben. Zeit und Ruhe sorgen außerdem für eine gute Grundlage bei der Blasenentleerung.

Die breite Palette von Produkten für Blasenschwäche zeigt, dass eine Harninkontinenz ein verbreitetes Phänomen ist und nicht beschämend sein muss. Vorlagen oder Pants können ein etwaiges „Malheur“ begrenzen und auch ein Gefühl von Sicherheit geben, wenn Toiletten nicht direkt verfügbar sind. Sinnvoll ist auch hier eine fachärztliche Abklärung. So können mögliche andere Ursachen der Inkontinenz erkannt und behandelt werden. Wie bei vielen alltäglichen Herausforderungen so gilt es auch angesichts einer Harninkontinenz, eine größtmögliche Gelassenheit einzuüben.



3. Vier Schritte

Welche Schritte können hilfreich sein, wenn man sich mit den Symptomen einer Lewy-Körperchen-Demenz konfrontiert sieht? Wie bei allen Demenztypen ist eine gute hausärztliche und eine fachärztliche (psychiatrische) Begleitung wichtig. Sie ist die Grundlage, um mit der Krankheit umzugehen und eine gute Lebensqualität zu erhalten oder zu erreichen. Doch reicht der medizinische Blick allein nicht aus, um das Ziel einer möglichst hohen Lebensqualität zu ermöglichen. Das Erleben und die Bewältigung der Erkrankung durch die Betroffenen und das soziale Umfeld müssen im Vordergrund stehen.

Schritt 1: Sie sind nicht allein! Nutzen Sie Beratungs-, Informations- und Austauschmöglichkeiten für Angehörige und Menschen mit einer Demenz. Informieren Sie sich über die Besonderheiten der Erkrankung und haben Sie den Mut, gemeinsam Schritte der Unterstützung zu planen. Wenden Sie sich vertrauensvoll an das „Alzheimer-Telefon“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft unter 030 - 259 37 95 14.

Schritt 2: Schaffen Sie sich ein Unterstützungssystem. Binden Sie aktiv Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt ein und vereinbaren einen Behandlungsplan. Neben den Alzheimer-Gesellschaften vor Ort informieren auch lokale Beratungsstellen unter anderem zu Pflegeleistungen, Schwerbehindertenausweis, Teilhabe und rechtlicher Vorsorge. Die **Checkliste nach der Diagnose**  der Deutschen Alzheimer Gesellschaft bietet eine gute Übersicht der wichtigen Themen. Informieren Sie auch Ihr näheres Umfeld über die Besonderheiten der Erkrankung. Dies kann helfen, Ängste abzubauen und vor allem den

Folgen der Verunsicherung zum Beispiel durch Halluzinationen entgegenzuwirken.

Schritt 3: Passen Sie bei Bedarf die Wohnumgebung an. Reduzieren Sie Sturz- und Verletzungsgefahren. Entfernen Sie nach Möglichkeit gefährliche oder irritierende Gegenstände. Nutzen Sie hierzu die Beratung zur Wohnungsanpassung im Rahmen der Pflegeversicherung oder von Wohnberatungsstellen. Vielfältige Handreichungen und Tipps finden Sie ebenfalls auf den Internetseiten der **Deutschen Alzheimer Gesellschaft**  oder der **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung** .

Schritt 4: Sorgen Sie für Auszeiten. Nutzen Sie Ihr Unterstützungsnetz und die lokalen Entlastungsangebote, um ganz bewusst freie Zeit zu organisieren, in der Sie nicht pflegen und betreuen. Eine langfristige Pflege und Betreuung ist nur möglich, wenn Sie auf sich selbst achten. Neben der Verhinderungspflege und Angeboten für betreute Urlaube gemeinsam mit der erkrankten Partnerin oder dem erkrankten Partner, stehen Pflegenden – und das heißt auch betreuenden – Angehörigen verschiedene präventive Angebote der Krankenkassen zur Verfügung. Hierzu zählen zum Beispiel ambulante psychotherapeutische Hilfe oder die Möglichkeit einer "Vorsorgekur" oder einer Rehabilitationsmaßnahme für pflegende Angehörige, die über den Hausarzt beantragt werden kann. Auch hier steht das „Alzheimer-Telefon“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft unter der 030 - 259 37 95 14 mit ersten Informationen und Überlegungen zur Verfügung.

Nützliche Links

Informationen auf der Seite des Deutschen Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen:
www.dzne.de/aktuelles/hintergrund/lewy-koerper-demenz 

Informationen zu medizinischen Aspekten der LBD, Infoblatt 14:
www.deutsche-alzheimer.de/publikationen/informationsblaetter 

Internetauftritt der amerikanischen Vereinigung zur Unterstützung von Menschen mit LBD: www.lbda.org 



Tipps zum Weiterlesen

Helen Buell-Whitworth: Das Lewy-Body-Demenz-Buch. Wissen und Tipps zum Verstehen und Begleiten für Pflegende und Angehörige, Hogrefe (2019)

Literatur

Chin KS et al. (2019): Dementia with Lewy bodies. Challenges in the diagnosis and management, in: Australian & New Zealand Journal of Psychiatry Vol. 53 (4) April 2019, 291-303

Dodel R et al (2024): Demenz mit Lewy-Körpern: alte und neue Erkenntnisse – Teil 2: Behandlung, in: Der Nervenarzt 95, 362–367 (2024)

Dorsey ER et al. (2007): Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations 2005 through 2030, Neurology 2007;68(5):384-386

Elder GJ (2022): Sleep disturbances in Lewy body dementia. A systematic review, in: IntJGeriatrPsychiatry

Garcia Gonzalez-Moral S et al. (2018): The Imagine Series: What´s next for research in dementia with Lewy Bodies. The carer perspective, Cochrane Colloquium; zugänglich <https://colloquium2018.cochrane.org/abstracts/imagine-series-what%E2%80%99s-next-research-dementia-lewy-bodies-carer-perspective> [zuletzt abgerufen 21.08.2024]

Killen A et al. (2022): The feasibility and acceptability of a psychosocial intervention to support people with Dementia with Lewy Bodies and family care partners, in: Dementia 2022, Vol 21(1), 77-93

Koren T et al. (2023): Prevalence of sleep disturbances in people with dementia living in the community: A systematic review and meta-analysis , in: Ageing Research Reviews 83 (2023) 101782

Mayer G et al. (2021): Insomnie bei Demenzen Nervenheilkunde 2021; 40: 511–514

Mollenhauer B et al. (2010): Demenz mit Lewy-Körpern und Parkinson-Krankheit mit Demenz. Zwei häufige Demenzformen, die oft nicht erkannt werden, in: Dtsch Ärzteblatt Int 2010; 107 (39), 684-691

Perrar KM (2009): Wahn und Halluzinationen. Faszinierend, irritierend, bizarr, in: Pflegen: Demenz 11 (2009), 8-12

Taylor J-P et al (2020): New evidence on the management of Lewy body dementia, in: The Lancet Neurology Volume 19, Issue 2p157-169 February 2020

Zaccai J et al. (2005): A systematic review of prevalence and incidence studies of dementia with Lewy bodies, in: Age & Ageing 2005;34:561-566

*Verantwortlich für dieses Informationsblatt ist die Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz.
Juli 2025*



Impressum

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz
Keithstraße 41
10787 Berlin
Tel: 030 - 259 37 95 0
Fax: 030 - 259 37 95 29
www.deutsche-alzheimer.de
info@deutsche-alzheimer.de

Alzheimer-Telefon:

Tel: 030 - 259 37 95 14
Mo – Do 9 – 18 Uhr, Fr 9 – 15 Uhr

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE95 3702 0500 0003 3778 05
BIC: BFSWDE33

Informationsblätter der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

[› Link zur Downloadseite](#)

- | | |
|---|--|
| 1 Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen | 15 Allein leben mit Demenz |
| 2 Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit | 16 Demenz bei Menschen mit Lernschwierigkeiten |
| 3 Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen | 17 Urlaubsreisen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen |
| 4 Die Genetik der Alzheimer-Krankheit | 18 Schmerz erkennen und behandeln |
| 5 Die medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen | 19 Autofahren und Demenz |
| 6 Die nicht-medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen | 20 Wahlrecht und Demenz |
| 7 Die Entlastung pflegender Angehöriger | 21 Gehörlose und schwerhörige Menschen mit Demenz |
| 8 Die Pflegeversicherung | 22 Haftung und Haftpflichtversicherung bei Demenzerkrankungen |
| 9 Das Betreuungsrecht | 23 Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz |
| 10 Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Ehegattennotvertretungsrecht, Patientenverfügung | 24 Palliative Versorgung von Menschen mit Demenz in der letzten Lebensphase |
| 11 Die Frontotemporale Demenz | 25 Chronische Traumatische Enzephalopathie (CTE) |
| 12 Klinische Forschung | 26 Berufstätigkeit und vorzeitiger Ausstieg aus dem Beruf bei Demenz |
| 13 Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz | 27 Das Ehegattennotvertretungsrecht |
| 14 Die Lewy-Körperchen-Demenz | 28 Mundgesundheit und Demenz |
| 14 a Lewy-Körperchen-Demenz: Herausforderungen im Alltag und wie man ihnen begegnen kann | 29 Sexualität und Demenz |