

# Geronymus

Münsters Zeitung für seelische Gesundheit im Alter

## Die Parkinson-Krankheit im Alter

**Parkinson:** Die meisten Menschen verbinden mit dieser Erkrankung ein unkontrollierbares Zittern der Gliedmaßen, das im Volksmund auch als „Schüttellähmung“ bekannt ist. Dabei ist der Begriff unglücklich. Denn erstens ist die Erkrankung nicht mit einer Lähmung zu vergleichen und zweitens fehlt oft das vermeintlich typische Ruhezittern. Gerade deswegen aber wird die Diagnose in vielen Fällen erst verspätet gestellt.



Foto: Silke Schulze-Gattermann

### AUS DEM INHALT:

Gedächtnisstörungen bei der Parkinson-Erkrankung Seite 4

Wenn Mister James ins Leben tritt ... Seite 5

Tanzparkett statt Dopamin Seite 7

  
Stiftungen  
Stiftung Magdalenenhospital

  
Alexianer  
Clemens-Wallrath-Haus  
Gerontopsychiatrisches Zentrum

Frau B. ist 68 Jahre alt und leidet seit zwei Jahren unter zunehmender Verspannung der Nackenmuskulatur, außerdem unter allgemeiner Lustlosigkeit und Antriebsarmut. Der Hausarzt behandelte sie zunächst mit einem stimmungsaufhellenden Medikament und der Orthopäde verabreichte schmerzstillende Injektionen. Nachdem keine Besserung eintrat und seit drei Monaten außerdem das Gehen schlechter geworden ist, stellt sie sich erstmals beim Neurologen vor. Durch gezieltes Nachfragen diagnostizierte dieser ein offenbar bereits schon länger vorliegendes

reduziertes Riechvermögen und eine leichte Ungeschicklichkeit der rechten Hand. Nach einer körperlichen Untersuchung stellt der Arzt die Diagnose einer Parkinson-Krankheit.

So oder so ähnlich ist die Leidensgeschichte von vielen Betroffenen. Oft wird die Erkrankung erst nach zahlreichen Arztbesuchen aufgedeckt und zu Anfang mit einem Wirbelsäulenproblem oder einer Depression verwechselt. Unnötig, wenn Morbus Parkinson in seiner Vielfalt von Symptomen besser bekannt wäre.

## EDITORIAL

*Ein leichtes Zittern beim Einschenken eines Getränkes, ein gestörtes Gleichgewicht, ein schleppender Gang, aber auch Antriebsarmut oder Lustlosigkeit können die ersten Anzeichen einer beginnenden Parkinson-Erkrankung sein.*

*1817 wurde die Krankheit erstmalig von James Parkinson beschrieben. In den letzten Jahren hat die medizinische Behandlung von Parkinsonerkrankten maßgeblich zu einer Verbesserung der Symptomatik beigetragen. Aber auch die psychischen Faktoren, die im Zusammen-*

*hang mit der Erkrankung stehen, sowie unterschiedliche Ansätze, mit Belastungen umzugehen, finden immer mehr Beachtung. Bekannte Persönlichkeiten, wie z.B. Prinz Claus der Niederlande und Salvador Dali zogen sich im Laufe ihrer Parkinson-Erkrankung aus der Öffentlichkeit zurück. Papst Paul II gelang es, offen mit seinem Leiden umzugehen, er hat damit viele Menschen berührt. Unser Geronymus möchte dazu beitragen, die Erkrankung und mögliche Spätkomplikationen wie eine Parkinson-Demenz frühzeitig zu erkennen. Darüber hinaus zeigt er Behandlungsmöglichkeiten und Wege der Auseinandersetzung mit dieser Erkrankung auf.*

*Noch ein Wort in eigener Sache: Den Geronymus gibt es jetzt auch zum Downloaden im Internet. Die Adressen finden Sie im Impressum auf der letzten Seite.*

*Hilke Prahm - Rohlje*  
*Hilke Prahm-Rohlje*  
 Gerontopsychiatrische Beratung  
 im Clemens-Wallrath-Haus

lesen Sie weiter von Seite 1

Der Name geht auf den englischen Arzt James Parkinson zurück, der 1817 als Erster ausführlich die typischen Symptome beschrieb. Die Parkinson-Krankheit gehört mit etwa 300.000 bis 400.000 Betroffenen in Deutschland zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen überhaupt. Die Erkrankungshäufigkeit nimmt altersabhängig zu, sie liegt bei den über 60-jährigen bei 1%, bei den über 80-jährigen nähert sie sich 3%. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen und eine Vererbung ist äußerst selten.

Die genauen Ursachen der Erkrankung sind auch heute noch nicht ausreichend bekannt. Man weiß bislang lediglich, dass es aus unklaren Gründen zum Untergang eines Kerngebietes im Gehirn kommt, der so genannten Substantia nigra (Schwarze Substanz). Dadurch entsteht ein Mangel an einem Botenstoff im Gehirn, dem Dopamin, der verantwortlich ist für das reibungslose Zusammenspiel der Hirnzellen. Ist er nicht mehr in ausreichendem Maße vorhanden, entstehen Störungen in den Bewegungsabläufen des Betroffenen. Grundsätzlich handelt es sich bei Parkinson um

eine Erkrankung des unwillkürlichen Bewegungssystems, d.h. die Störungen betreffen vor allem unbewusste Bewegungen. Daher verstärken sich bei Aufregung die Symptome, bei Ruhe lassen sie nach und im Schlaf verschwinden sie.

Die typischen Beschwerden sind Bewegungsarmut (Akinese), eine Steifigkeit der Gliedmaßen (Rigor) und ein Ruhezittern (Tremor). Mögliche Folgen sind eine reduzierte Mimik, eine undeutliche und leiser werdende Stimme, Verspannungen im Bewegungsapparat, z.B. in Form eines Schulter-Arm-Syndroms, eine nach vorn gebeugte Körperhaltung, eine Ungeschicklichkeit der Hände z.B. beim Hemdknöpfen, eine kleiner und unleserlich werdende Schrift, ein Ruhezittern der Hände und eine Gangstörung. Der Betroffene geht kleinschrittig, vornübergebeugt, schwingt zugleich die Arme vermindert mit und hat Schwierigkeiten zu starten. Vereinzelt scheint der Betroffene für Sekunden regelrecht auf der Stelle „festzukleben“. Die Symptome variieren jedoch individuell, von Betroffenen zu Betroffenen zum Teil erheblich. So fehlt beispiels-

*Wilhelm von Humboldt*

*An Charlotte Diede 5. Mai 1832*

*... Ich wollte Ihnen doch eigenhändig schreiben. Bei der Langsamkeit, mit der ich schreibe, mache ich in einer Stunde nicht viel und fange daher keinen Brief an, wenn ich nicht einen vollen freien Nachmittag vor mir sehe. ...*

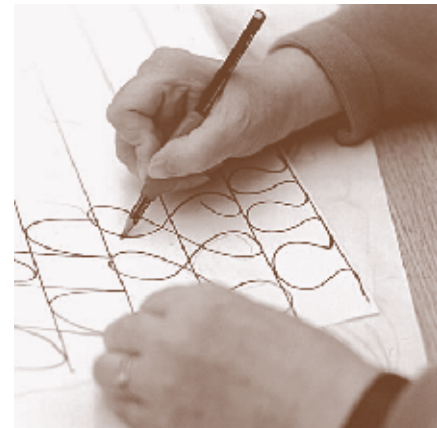
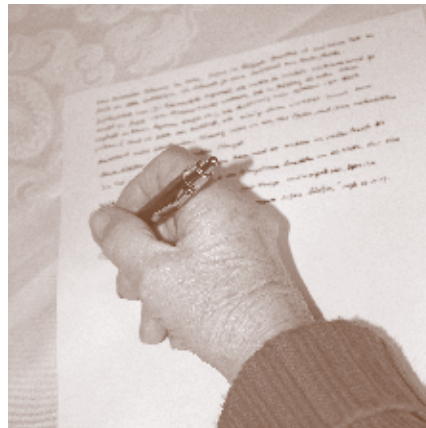


weise bei einem Drittel der Patienten das als so typisch empfundene Zittern.

Darüber hinaus finden sich auch vegetative Begleiterscheinungen. Dazu gehören Riechstörungen, die oftmals den eigentlichen motorischen Beschwerden zum

Einstellung. Dabei versucht der Arzt, durch entsprechende Medikamente den Dopaminmangel zu beheben. In erster Linie wird Levodopa verwendet, eine Vorstufe von Dopamin, ergänzt durch Substanzen, die den Dopaminabbau hemmen (COMT-Hemmer, MAO-B Hemmer). Hinzu kom-

Untersuchung. Am Anfang sollte stets eine bildliche Darstellung vom Gehirn, also ein CT oder MRT durchgeführt werden um andere mögliche Ursachen wie etwa chronische Durchblutungsstörungen auszuschließen. Ist die Diagnose nicht eindeutig zu stellen, bietet sich die versuchs-



Fotos: Deutsche Parkinson Vereinigung e.V.

Teil Jahre vorausgehen, außerdem ein vermehrter Speichelfluß, Sehstörungen, ein lageabhängiger Schwindel mit Blutdruckabfällen, Verstopfung und eine Harninkontinenz.

Auch psychische Beeinträchtigungen können die Erkrankung begleiten, wie etwa Depressionen, eine Verlangsamung der Gedankengänge oder Demenz. Oft wird die Parkinson-Krankheit zu Beginn mit einer Depression verwechselt, besonders bei gleichzeitigem Vorliegen einer reduzierten Mimik und einer allgemeinen Verlangsamung der Bewegungsabläufe. Doch auch die Medikamente zur Behandlung der Parkinson-Krankheit können in einigen Fällen als Nebenwirkungen optische Halluzinationen oder Albträume auslösen. In solchen Fällen muss die Medikation schnellstmöglich vom Arzt verändert werden.

Die wichtigste therapeutische Maßnahme bei der Parkinson-Krankheit ist die medikamentöse

men Dopaminersatzstoffe und Medikamente, die als Folge des Dopaminabbaus nun im Übergewicht befindlichen Botenstoffe hemmen sollen (Anticholinergika, Glutathemmer). Dennoch kann bisher der fortschreitende Untergang der Substantia nigra nicht gestoppt werden. Im Laufe der Erkrankung müssen daher Dosis und Einnahmezeiten der Medikamente regelmäßig erhöht werden. Ergänzt wird die Parkinsontherapie durch Krankengymnastik, Massagen, Ergotherapie und Logopädie.

Dank der medizinischen Fortschritte im letzten Jahrzehnt stehen jedoch auch in fortgeschrittenen Krankheitsphasen wirksame Behandlungsmethoden zur Verfügung. Hierzu gehören die Tiefenhirnstimulation, die Apomorphinpumpe und die Duodopa-Pumpe.

Die Diagnosestellung erfolgt zunächst durch eine ausführliche Patientenbefragung und eine gründliche klinisch-neurologische

weise Verabreichung eines Levodopa-Präparates an. Bessern sich hierunter die Beschwerden, ist keine weitere Diagnostik erforderlich. Ansonsten stehen spezielle Untersuchungsverfahren wie ein sogenannter „Dat-Scan“ zur Verfügung. Eine Diagnosesicherung durch eine Blutentnahme ist bisher nicht möglich.

*Dr. Pablo Pérez-González  
Leitender Oberarzt der Klinik für Neurologie, Herz-Jesu-Krankenhaus, Münster-Hiltrup*

## Gedächtnisstörungen bei der Parkinson-Erkrankung

Charakteristisch für die Parkinson-Erkrankung sind vor allem die vielfältigen Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit. Da die Mimik reduziert sein kann, und der Sprachfluss möglicherweise gehemmt ist, entsteht schnell der fälschliche Eindruck, dass die Psyche und das Denken ebenfalls verlangsamt und beeinträchtigt sind. Bei der überwiegenden Zahl der Patienten ist dies nicht der Fall. Das Gesicht wirkt zwar möglicherweise maskenhaft, dies darf aber nicht mit einer inneren Teilnahmslosigkeit verwechselt werden.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung kann es aber zum Auftreten einer so genannten Parkinson-Demenz kommen. Wir gehen heute davon aus, dass dies bei ca. 20-40% der Betroffenen der Fall ist. Unter einer Demenz versteht man die fortlaufend voranschreitenden Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit. Das Risiko, eine Demenz zu entwickeln, ist für Parkinson-Patienten ca. sechs Mal so hoch wie für gesunde Personen des gleichen Alters. Während bei der Alzheimer-De-

menz vor allem das Gedächtnis betroffen ist, sind es bei der Parkinson-Demenz vor allem die Aufmerksamkeit, das räumliche Sehen sowie die Planung von Aufgaben und das Lösen von Problemen.

Neben diesen Unterscheidungen ist es für den Arzt wichtig zu wissen, zu welchem Zeitpunkt der Parkinson-Erkrankung es zum Auftreten dieser Symptome kommt. Treten diese so genannten kognitiven Defizite nahezu gleichzeitig oder sogar vor den Bewegungseinschränkungen auf, spricht man von einer Demenz vom Lewy-Körper-Typ. Treten die Defizite hingegen erst nach langjährig bestehender Parkinson-Erkrankung auf, handelt es sich um eine Parkinson-Demenz. Wichtig ist diese Unterscheidung insbesondere für die weitere Behandlung.

Die Angehörigen tragen durch ihre sorgfältige Beobachtung wesentlich zur Diagnosesicherung bei. Zu den Warnsignalen gehören Veränderungen im Alltag, Störungen des Denkens, der Merkfähigkeit sowie des Gedächtnisses, Verhaltensänderungen, aber auch Schlaflosigkeit, Halluzinationen und Aggressionen. Bisher gibt es noch keine Möglichkeiten, z.B. über Bluttests oder andere so genannte Biomarker, eine genaue Sicherung der Diagnose vorzunehmen.

Wie die anderen Demenzformen ist auch die Parkinson-Demenz nicht heilbar. Der gezielte Einsatz von bestimmten Medikamenten (sog. Cholinesterase-Hemmer) kann jedoch ein Fortschreiten der Symptomatik verzögern. Auch die Schlaflosigkeit, Halluzinationen und Aggressionen können

frühzeitig gezielt medikamentös beeinflusst werden. Leidet der Parkinson-Patient auch an einer Demenz, so verlangt dies von den Angehörigen oft ein zusätzliches Maß an Geduld, Einfühlungsvermögen und persönlichem Verzicht. Neben dem Einsatz von Medikamenten ist es wichtig, das Wesen einer Demenzerkrankung zu verstehen und ein darauf ausgerichtetes Alltagskonzept in der Familie zu entwickeln.

Regelmäßige Abläufe und Aktivitäten tragen dazu bei, Verunsicherungen und Ängsten bei den Erkrankten vorzubeugen und diese so gering wie möglich zu halten. Aufgrund der Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit kommt es immer wieder auch zu Konflikten. Angehörige können versuchen, langsam und ruhig, in kurzen und einfachen Sätzen zu sprechen und in der akuten Situation vom Thema abzulenken. Es ist wichtig, eine Überforderung der Patienten zu vermeiden, aber es ist auch wichtig, den Betroffenen und sich selbst nicht zu isolieren. Angemessene körperliche und geistige Aktivität tragen entscheidend zur Verbesserung der Lebensqualität bei. Und es gilt auch: nur wer es gelernt hat, auf sich selbst zu achten, ist auch in der Lage, diese Belastungen der Pflege eines kranken Menschen zu leisten.

*Stefanie Oberfeld  
Leitende Oberärztin im Gerontopsychiatrischen Zentrum der Alexianer-Krankenhaus GmbH (Clemens-Wallrath-Haus)  
Josefstr. 4, 48155 Münster*



Foto: Deutsche Parkinson Vereinigung e.V.

## ANGEHÖRIGE BERICHTEN

## Wenn Mister James ins Leben tritt ...

**Von Betroffenen wird „Parkinson“ oft personifiziert. Mittlerweile kann ich das sehr gut nachvollziehen. Damit lässt sich anschaulich beschreiben, was bei der Erkrankung geschieht: „Mr. James“<sup>1</sup> tritt ins Leben und entzieht dem Menschen in**

**wesentlichen Bereichen die Kontrolle über sich selbst und sein Leben. Das ist eine beängstigende Herausforderung. Hut ab vor all denen, die dieses Schicksal meistern, jeder auf seine Weise!**

Als mein Mann im Juni 1998 mit der Diagnose „Parkinson“ konfrontiert wurde, brach für ihn erst einmal eine Welt zusammen. Er war gerade 50 Jahre alt geworden und stand noch mitten in einem erfüllten Berufsleben. Wir alle (unsere drei Kinder waren zu der Zeit 24, 21 und 17 Jahre alt) waren tief betroffen über die Entwicklung in den Monaten danach. Für meinen Mann war zunächst ganz wichtig, dass niemand etwas von dieser Diagnose erfuhr. Das fiel mir und auch den Kindern sehr schwer. Man trägt einen Kummer mit sich herum und isoliert sich dadurch, dass man nicht darüber sprechen kann. Es ging uns allen besser, als mein Mann sich mit dieser Erkrankung annehmen und „outen“ konnte.

Ich selber trat schon früh der Selbsthilfeorganisation „Deutsche Parkinson Vereinigung e.V.“ bei, weil ich das Bedürfnis nach Kontakt mit anderen Betroffenen hatte. Für meinen Mann kam solche Hilfe nicht in Frage, was ich auch sehr gut verstehen konnte. Für ihn war wichtig, so „normal“ wie möglich weiterleben zu können, deshalb schätzte er Selbsthilfegruppen nicht. Inzwischen sieht er es allerdings auch anders. Seit einiger Zeit nehmen wir zusammen an den Veranstaltungen der oben genannten Selbsthilfegruppe in Münster teil. Es tut uns gut, gelegentlich mit anderen Betroffenen zusammenzusein. Wie

heißt es so schön: „Zusammen ist man weniger allein“.

Familienangehörige und Freunde sollten vor allem Verständnis aufbringen, dass ein Mensch mit so einer überraschenden Diagnose die unterschiedlichsten Versuche macht, damit umzugehen. Man sollte dem anderen Zeit lassen, seinen eigenen Weg zur Bewältigung zu finden und ihm Zeichen geben, dass man ihm verbunden bleibt. Zu dieser Verbundenheit gehört auch, dass man Rückzugssignale der Betroffenen nicht persönlich nimmt und stillschweigend hinterfragt. Oft steckt Unsicherheit dahinter, wie man nun gesehen wird von den anderen. Eigentlich möchte man weiterhin einen ganz „normalen“ Umgang wie vorher.

Unsere Kinder und ich erfuhren, wie tückisch eine Diagnose sein kann, wenn sie nicht gleichzeitig verantwortungsbewusst relativiert wird. Die Ärzte können gar nicht genug betonen, dass auch diese Krankheit ganz individuelle Verläufe hat. Für meinen Mann, der nie ernsthaft krank war, war es schwer, mit dieser Diagnose noch zuversichtlich zu sein. Wir konnten beobachten, dass die Beschäftigung mit dem möglichen Verlauf der Krankheit ihn negativ beeinträchtigte, sodass seine seelische Stabilität litt.

Heute bedauere ich, dass wir sehr früh eine Spezialklinik für Parkinsonerkrankte aufsuchten. Das lag zum einen daran, dass mein Mann



Foto: Herz-Jesu-Krankenhaus, Hiltrup

das Bedürfnis hatte, die Krankheit noch geheim zu halten, weshalb er keine Behandlung vor Ort anstrebte, zum anderen suchte er möglichst schnelle Hilfe. Heute hätte ich die Erfahrung und Kraft, dagegenzuhalten, damals konnte ich es nicht. Mein Mann hatte zu der Zeit eigentlich nur ein relativ unauffälliges Symptom, das ihn aber beruflich sehr einschränkte: seine rechte Hand (Schreibhand) zitterte. Überhaupt blieb der Tremor (später auch des rechten Beines) die stärkste Beeinträchtigung. In der Parkinsonklinik war für uns beide die Begegnung mit vielen schwer Erkrankten zu diesem frühen Zeitpunkt nicht zuträglich. Auf die medikamentöse Behandlung reagierte mein Mann mit heftigen psychischen Beschwerden. Von da an spielten psychische Beeinträchtigungen, vor allem Depressionen, eine große Rolle.

Dass mein Mann es trotzdem immer wieder schaffte (und schafft), seinen Alltag zu meistern, liegt *(Bitte lesen Sie weiter auf Seite 6)*

<sup>1</sup> Der Entdecker der Parkinson-Erkrankung hieß James Parkinson.



## Deutsche Parkinson-Vereinigung e.V. Regionalgruppe Münster

Parkinson gilt als unheilbar. Die langsam aber sicher fortschreitende Krankheit ist zwar mit Medikamenten gut zu kontrollieren, bisher ist es allerdings noch nicht



Foto: privat

gelungen, einen Stillstand zu erreichen. Diese Diagnose ist frustrierend und führt häufig zu Depressionen. Der Betroffene zieht sich oft von der Außenwelt zurück und resigniert. „Geteiltes Leid ist halbes Leid“ heißt es im Volksmund.“

So entstand 1981 die Idee, eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Die Gründungsversammlung der Regionalgruppe Münster fand am 7.12.1984 in der Gaststätte „Zum

Himmelreich“ statt. Seitdem treffen sich dort Betroffene und Angehörige jeden 3. Dienstag im Monat um 17.00 Uhr (ausgenommen sind die Monate Juni und Juli).

Mit dem Austausch von Erfahrungen, Tipps und Ratschlägen hilft man sich gegenseitig. Man lernt, mit unterschiedlichen Behinderungen und Handikaps den ganz normalen Alltag mit Parkinson zu meistern. Vorträge von Ärzten und Pharma-Vertretern, Anleitungen und Übungen von Physiotherapeuten und Logopäden sorgen dafür, dass die Gruppe ständig neue Informationen und Erkenntnisse zum Thema Parkinson erhält.

Seit Oktober 2008 haben wir, Inge Burkhardt und Egbert Schröder

(siehe Foto), die Leitung dieser Gruppe übernommen.

Wir möchten auf diesem Wege alle Betroffenen und deren Angehörige recht herzlich zu unseren monatlichen Treffen einladen. Haben Sie den Mut, ganz unverbindlich und ohne Anmeldung an einem Dienstag im „Himmelreich“, Annetteallee (am Aasee) herein zu schauen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen auch gerne telefonisch zur Verfügung. Unsere Telefonnummern lauten: 0251 - 9 87 88 26 und 025 96 - 97 23 95.

*Inge Burkhardt und  
Egbert Schröder*

### Wenn Mister James ins Leben tritt ...

[lesen Sie weiter von Seite 5](#)

sicher besonders an seiner Willenskraft, aber ich weiß, dass er auch meine „moralische“ Unterstützung braucht und schätzt. Oft war ich in den Anfangsjahren der Krankheit unsicher, was besser wäre, Ermutigungen, beruflich weiterzumachen oder Zuspruch, sich aus dem Berufsleben zurückzuziehen und das Leben im Ruhestand zu genießen. Für meinen Mann war Ersteres immer wichtiger, und er wollte genau diese Ermutigung von mir. Das war nicht immer einfach für mich. Zur Unterstützung in Krisenzeiten nahmen wir beide auch psychologische Begleitung in Anspruch. Für uns war das hilfreich.

2004 entschloss sich mein Mann zur tiefen Hirnstimulation, da

ihn die Nebenwirkungen der Medikamente (vor allem Überbeweglichkeit) inzwischen zu sehr belasteten. Für ihn schien dies der richtige Weg zu sein. Ihm war und ist körperliche Beweglichkeit und Unauffälligkeit sehr wichtig. Diesbezüglich hat ihm die Operation auch gut geholfen. Heute sieht er diesen Schritt trotzdem kritisch, weil die Operation ihn dauerhaft psychisch belastet und verändert hat. Zwei Jahre konnte er noch – mit Unterbrechungen – seinen Beruf ausüben, dann musste er aufgeben.

Vor ein paar Tagen las ich über ein Buch (Richard Rohr, Nur wer absteigt, kommt auch an): „ . . . Abstieg führt zu wahren Menschsein. Eine kraftvolle Ermutigung, die Verluste im Leben anzuneh-

men.“ Solche Worte bestärken mich, den Sinn im Ganzen darin zu sehen, gemeinsam mit meinem Mann weiterhin die Verluste, die mit der Krankheit einhergehen, anzunehmen und im besten Falle daran zu wachsen. Mein Mann sagt, ihn habe seine Erkrankung vor allem Geduld gelehrt. Ein treffendes altertümliches Wort für diese Tugend ist „Langmut“. Langmut gepaart mit Humor habe ich schon bei vielen Parkinsonerkrankten erlebt und bewundert. Wahrscheinlich sind dies hervorragende Eigenschaften, um mit den Herausforderungen von „Mr. James“ einigermaßen im Frieden zu leben. Auch als Angehöriger!

*Der Name der Autorin ist der  
Redaktion bekannt.*

## Tanzparkett statt Dopamin

**In Bremerhaven haben Parkinsonpatienten den Tanz entdeckt. Jetzt wollen Ärzte erforschen, warum die Spaßtherapie wirkt.**

Weltmeister – das war er früher mal. Heute tanzt Lutz Jauch aus Bremerhaven, mehrfacher Welt- und Europameister im Latein-Formationstanz und seit Jahren Tanzlehrer, gegen seine Parkinsonerkrankung an. Die Erfolge dieser „Tanz-Therapie“ sind so außergewöhnlich, dass der Neurologe Professor Dr. Per Odin vom Klinikum Bremerhaven Reinkenheide zusammen mit seinem Kollegen Dr. Michael Jöbges aus dem Brandenburgischen Bernau eine Studie über die Wirkung von Musik und Tanz auf Parkinsonpatienten plant.

Schleppender Gang, zitternde Hände, verlangsamte Sprache und Depressionen – Parkinsonsymptome. Die Vermutung von Odin und Jöbges: Der Tanz könnte den inneren Taktgeber, der den Patienten fehlt, zum Teil ersetzen. „Wir bemerken schon jetzt, dass sie durch den Tanz besser gestimmt sind“, erklärt Odin. „Nun wollen wir herausfinden, ob Tanz auch ihre Beweglichkeit verbessert.“

### Mit guter Laune gegen die Krankheit

Für Lutz Jauch, der vor acht Jahren erkrankte, ist das keine Frage. „Sing the colours of life, sing the colours for dreams!“ DJ Bobos Musik dröhnt aus den Lautsprechern. Im Tanzsaal kreisen die „Dancing Parkies“, wie Jauch seine Schützlinge nennt, mit den Armen, üben Side-Steps und wiegende Wechselschritte. Für die

Studie wird Jauch die Patienten aus seiner „Thera-Tanz“-Gruppe aussuchen. Vielleicht auch Margret Leja. „Ich habe seit zehn Jahren nicht mehr getanzt – und dann hier den English Walz“, erzählt die 70-Jährige. „Da war ich über den Wolken!“ Die ganze Gruppe zählt etwa 100 Mitglieder, rund 20 Männer und Frauen kommen regelmäßig. „The day is over. It`s partytime!“ – mit dem gängigen Bild von Parkinsonpatienten haben die Thera-Tänzer wenig zu tun.

Offenbar hat die Idee auch andere überzeugt. Im Frühjahr 2008 beauftragte der Deutsche Tanzlehrerverband Jauch damit, Kontakte zwischen den 350 Tanzschulen in ganz Deutschland und den 430 Parkinson-Selbsthilfegruppen zu stiften. „Das Projekt ist bereits ins Laufen gekommen“, sagt Jauch. Gern würde er ein Zertifikat zum „Thera-Tanzlehrer“ entwerfen und nach Lehrveranstaltungen an seine Kollegen verleihen. „Derzeit sind wir auf Sponsorsuche, um das Projekt zu finanzieren.“

Bei Parkinson gerät der hirneigene Nachrichtenfluss durch einen Mangel des Botenstoffs Dopamin ins Stocken und damit auch Sprache und Bewegung der Patienten. Hier könnten Musik und Tanz „externe Trigger“ sein, die statt des Botenstoffs die Bewegungsmuster im Gehirn abrufen.



Foto: Focke Strangmann

Lutz Jauch, Tanzlehrer in Langen bei Bremerhaven und Parkinsonpatient, nimmt teil an einer Studie über die gesundheitliche Wirkung von Tanz auf Parkinson-Erkrankte. Rechts die Thera-Tänzerin Magarete Wierbowski, die bei Kursen mittanzt.

Für Lutz Jauch jedenfalls ist der Thera-Tanz das Mittel der Wahl. „Mir hilft der Tanz“, erklärt Jauch, „ich brauche viel weniger Medikamente.“ Tatsächlich wirkt er agil und beweglich. Für Patienten ist es stets eine Überwindung, sich zu zeigen und die Tanzschritte mitzumachen. Aber wenn die Schwelle überschritten ist, macht sich Heiterkeit und Entspannung breit: „Let the party begin, let`s dance tonight.“

*Pressedienst Bremen*

TIPPS

## Tipps zur seelischen Krankheitsbewältigung

(do) Eine Parkinson-Erkrankung fordert von den Betroffenen große Anpassungsleistungen.

Unter der Adresse [www.parkinson-ratgeber.de](http://www.parkinson-ratgeber.de) von Dr. Dr. Herbert Mück findet sich im Internet ein hilfreicher Ratgeber zum Umgang mit dieser Erkrankung. Unter den Rubriken „Seele“, „Körper“, „Medizin“, „Alltag“, „Soziales“ etc. sind zahlreiche Anregungen zusammengestellt. Hier einige Tipps, die helfen können, die seelischen Belastungen zu reduzieren. Unter dem angegebenen Link werden diese noch näher erläutert.

- Mut fassen und vertrauen
- Sich informieren und Ratgeber lesen

- Über die Erkrankung sprechen
- Sich nicht selbst unter Stress setzen
- „Zeitmanagement“ betreiben
- Umdenken lernen
- Lösungen entwickeln, statt fliehen
- Sich nicht selbst entmündigen
- An den eigenen Intellekt glauben
- Maßstäbe korrigieren bzw. der Lebenssituation anpassen
- Sich mit der Erkrankung arrangieren
- Vom individuellen Krankheitsverlauf ausgehen
- Erbliche Einflüsse nicht überbewerten
- Depression und Angst verringern



Foto: H. Prahm-Rohlje

### Impressum

Herausgeber: Stiftung Magdalenenhospital der Stadt Münster und Gerontopsychiatrische Beratung des Alexianer-Krankenhauses

Redaktion und Texte: Paul Claahsen, Wilma Dirksen, Cornelia Domdey, Hilke Prahm-Rohlje, Dr. Klaus Telger

Telefon: (02 51) 52 02 -71 / -72 / oder -73

Gestaltung: [www.umbach-design.de](http://www.umbach-design.de)

Druck: Klingenfuß, Münster

April 2009, 2700

### Hinweis:

**Die Zeitung ist kostenlos erhältlich u.a. bei der Bürgerberatung, in der Stadtbücherei, im Gesundheitshaus und im Clemens-Wallrath-Haus (Gerontopsychiatrisches Zentrum).**

**Neu: der Geronymus als Pdf-Datei zum Download unter: [www.alexianer.de/muenster](http://www.alexianer.de/muenster) (unter der Rubrik: Gerontopsychiatrisches Zentrum) sowie unter [www.stiftungen-muenster.de](http://www.stiftungen-muenster.de)**

## Hier finden Sie Rat und Hilfe

### Gerontopsychiatrische Beratung im Clemens-Wallrath-Haus

Gerontopsychiatrisches Zentrum des Alexianer-Krankenhauses  
Josefstraße 4, 48151 Münster  
Tel. (02 51) 52 02 -71 / -72 / -73

Beratung für Betroffene, Angehörige und Profis

Ansprechpartnerinnen:  
Wilma Dirksen, Cornelia Domdey, Hilke Prahm-Rohlje, Suzanne Reidick

Telefonisch erreichbar:  
Mo - Fr: 9 - 12 Uhr  
Sprechstunden:  
Di: 10 - 13 Uhr, Do: 15 - 18 Uhr  
und nach Vereinbarung

### Gerontopsychiatrische Beratung der LWL-Klinik Münster

Haus 25  
Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30  
48157 Münster  
Tel. (02 51) 5 91 52 69

Beratung für Betroffene und Angehörige

Ansprechpartner:  
Sekretariat Gerontopsychiatrie

Beratungsstunden:  
jeden zweiten und vierten  
Mittwoch im Monat  
von 17 bis 18 Uhr  
(Anmeldung erwünscht)

### Informationsbüro Pflege

im Gesundheitshaus  
Gasselstiege 13, 48159 Münster  
Tel. (02 51) 4 92 50 50

Beratung zu Pflegefragen für Betroffene und Angehörige

Ansprechpartnerinnen:  
Bettina Birkefeld,  
Ursula Sandmann,  
Gertrud Schulz-Gülker

Öffnungszeiten:  
Mo - Fr: 10 - 13 Uhr  
Mo: 14 - 16 Uhr  
Do: 15 - 18 Uhr