

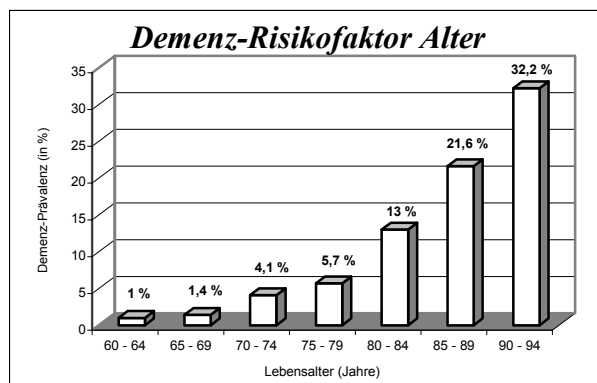
### Auch Demenzkranke haben ein Recht auf Therapie

*Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen  
Ärztliche Leiterin des Ev. Geriatriezentrums Berlin (EGZB)  
Leiterin des interdisziplinären Stoffwechsel-Centrums an der Charité  
Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin  
Tel.: 030/4594-1901, Fax: 030/4594-1939  
E-Mail: elisabeth.steinhagen-thiessen@charite.de*

*Tonbandprotokoll überarbeitet von Dr. G. Lämmler*

Ich freue mich sehr, dass Sie an diesem Samstagmorgen in so großer Zahl hier erschienen sind für ein Thema, das in unserer Gesellschaft immer noch ein Tabuthema ist, für Sie aber offenbar nicht. Deshalb noch einmal ganz persönlich ein herzliches Dankeschön, dass Sie gekommen sind.

Mein Thema: Auch Demenzkranke haben ein Recht auf Therapie! Sie alle wissen, dass die Demenzerkrankungen einhergehen mit dem hohen Alter. Die Abb. 1 zeigt Ihnen das ganz anschaulich.



Sie sehen, ab dem 80. Lebensjahr haben wir hier eine enorme Steigerung. Natürlich hat es die Demenz schon früher gegeben, nur erleben wir das heute viel, viel häufiger, weil die Menschheit wesentlich älter wird, vor allem in den wohlhabenden westlichen Industrieländern. Diesen Wohlstand haben die Generationen unserer Eltern nach dem Krieg aufgebaut, und da kann es einfach nicht angehen, dass diese Menschen im Alter kein Recht auf Diagnostik und Therapie haben. Ich erlebe das aber jeden Tag. Das ist schlimm, und deshalb ist eine Veranstaltung wie die heutige so wichtig. Helfen Sie mit, dieses Thema zu verbreiten, helfen Sie mit, die Menschen sensibel zu machen!

1,2 Mio. Demenzkranke haben wir derzeit in Deutschland. Davon sind 800.000 in einem mittleren oder schweren Stadium und somit zu einer selbstständigen Lebensführung nicht mehr in der Lage. Fast die Hälfte aller schwerstpflegedürftigen Älteren leiden an einer Demenz. Ich denke, ein Großteil von Ihnen hier ist öfter mal in einem Pflegeheim oder arbeitet dort sogar. Dann wissen Sie,

das Problem der Pflegeheime ist die Demenz. Und ein Problem sind nicht nur unzureichende Stellen-schlüssel. Die Menschen, die dort arbeiten, geben meist wirklich ihr Bestes, aber sie sind oft überhaupt nicht spezifisch für diese Tätigkeit und das Krankheitsbild Demenz ausgebildet. Im 4. Altenbericht, an dem ich ja mitgearbeitet habe, wird immer wieder darauf hingewiesen, dass wir in Deutschland nicht für dieses Thema vorbereitet sind. Wir sind es nicht, wir müssten es aber sein, denn für die nächsten Jahrzehnte wird ein deutlicher Anstieg der Erkrankungszahlen erwartet. Wir rechnen für das Jahr 2040 selbst bei sehr konservativen Schätzungen mit 1,7 Mio. Menschen mit Demenz in Deutschland. Das ist auch ganz klar, denn die Bevölkerungsgruppe, die zurzeit am meisten wächst, ist die der über 80-Jährigen.

Wenn wir über die Demenz sprechen, sprechen wir über eine medizinische Diagnose. Die medizinischen Diagnosen sind international in der ICD-10, dem Klassifikationssystem der WHO zusammengefasst.

#### ***Demenz-Definition der ICD-10***

- Gedächtnisstörung
- Abbau des Denkvermögens
- Veränderungen der Persönlichkeit
- In der Folge deutliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit im Alltag
- Dauer der Symptomatik > 6 Monate

Nun haben wir es bei der Demenz mit einer Diagnose zu tun, für die es kein biochemisches Korrelat gibt. Schauen Sie, wenn jemand zuckerkrank ist, dann nehme ich ihm einen Tropfen Blut ab und messe den Blutzucker, und dann weiß ich, ist er zuckerkrank oder nicht. Wenn jemand einen Hypertonus, d.h. einen zu hohen Blutdruck hat, dann messe ich den Blutdruck, und dann weiß ich, ob er einen Hypertonus hat oder nicht. So einfach ist das bei der Demenz nicht. Trotzdem hat man sich international auf eine Definition für diese Erkrankung geeinigt.

Leitsymptom ist die Gedächtnisstörung, aber es

## Auch Demenzkranke haben ein Recht auf Therapie

---

kommt auch zu einem Abbau des Denkvermögens. Meist verändert sich auch die Persönlichkeit, und das können wir oft nur herausbekommen, wenn wir uns mit den Angehörigen unterhalten. Die Folge all dessen ist eine Beeinträchtigung der Selbständigkeit des täglichen Lebens, in ganz, ganz alltäglichen Dingen. Weiterhin ist in dieser Definition festgelegt, dass all diese Symptome mindestens ein halbes Jahr vorhanden sein müssen, wenn man eine wirklich sichere Diagnose stellen will. Das ist deshalb sinnvoll, weil manchmal nur vorübergehend solche Symptome auftreten, z.B. nach einer Operation, durch falsch eingenommene Medikamente und vieles mehr. Demenz ist aber nur eine Syndrom-Diagnose, für die es verschiedene Ursachen gibt. Wenn wir von dem Thema Demenz sprechen, dann muss man wissen, dass es sich hier um verschiedene Ursachen der Erkrankung handelt. Bei den fortschreitenden Demenzen älterer Menschen geht man in der Literatur davon aus, dass in 60% der Fälle eine Alzheimer-Krankheit, in 20 % eine vaskuläre, d.h. atherosklerotisch bedingte Demenz, und in 15 % ein Mischtyp aus beiden vorliegt.

Wir alle vergessen mal etwas. Jeder vergisst etwas, auch meine Tochter lässt ihr Schulbrot mal zu Hause liegen oder vergisst, das Mathebuch einzustecken. Dass wir etwas vergessen, ist etwas ganz Normales. Und da werde ich ganz häufig gefragt: Was ist denn ein normales Altern, und was ist pathologisches, krankhaftes Alter? Für das Gedächtnis lässt sich das wie folgt charakterisieren: Beim normalen Alterungsprozess lässt das Gedächtnis zwar etwas nach, eine selbständige Lebensführung ist jedoch problemlos möglich. Bei einem pathologischen Alterungsprozess finden wir hingegen einen weit über das normale Maß hinausgehenden Abbau, der nicht nur das Gedächtnis, sondern auch das Denkvermögen betrifft und zunehmend zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit führt, weil nämlich die Alltagskompetenz eingeschränkt ist.

Immer wieder werde ich auch gefragt, ist eine Demenz denn erblich. Das ist eine große Sorge der Angehörigen, mit denen wir in unserer Klinik sprechen. Hier kann man beruhigen: Nur ganz wenige Formen der Demenz sind erblich. Nur 3 % aller Demenzerkrankungen vom Alzheimer-Typ sind rein erblich bedingt. Familienmitglieder erkranken hier über mehrere Generationen hinweg schon vor Erreichen des Rentenalters. Für die übrigen Fälle der Alzheimer-Krankheit wird eine Kombination von Erbfaktoren, entzündlichen Vorgängen und Umwelteinflüssen angenommen. Ich möchte das Wort „angenommen“ unterstreichen, weil wir heute noch vieles auf diesem Sektor nicht wissen. Es ist aber offenbar so, dass mehrere Faktoren zusammenkommen, die dann schließlich zu dieser Erkrankung führen.

Was sind die Risikofaktoren? Für die Alzheimer-Krankheit ist der Hauptrisikofaktor das Lebensalter, gefolgt von einer Konstellation, die wir Apo-E-Protein nennen. Da gibt es 6 verschiedene Iso-Formen, von denen einige das Risiko erhöhen. Es würde aber zu weit führen, das hier im Detail zu diskutieren.

Bei der vaskulären Demenz finden wir die klassischen, Ihnen auch bekannten Risikofaktoren: Hohen Blutdruck, Fettstoffwechselstörung, Zuckerkrankheit, Übergewicht und Rauchen. Und die sind besonders wichtig, denn dagegen können wir präventiv etwas tun! Und da sah ich doch tatsächlich am Eingang und in der Halle einige von Ihnen rauchen. Lassen Sie das doch. Ich habe es ja nicht nur mit Demenzkranken jeden Tag zu tun, sondern auch mit beinamputierten Patienten. Wenn die Patienten hochbetagt mit diesen Krankheitsbildern bei uns liegen, ist es zu spät. Jetzt ist es noch nicht zu spät.

Man unterscheidet verschiedene Stadien der Demenz: das frühe, mittlere und schwere Stadium. Bereits im frühen Stadium verliert der Erkrankte die Berufsfähigkeit. Nun sind die meisten Menschen bei Beginn der Erkrankung aber schon berentet, so dass andere Kriterien wichtiger sind, vor allem Schwierigkeiten bei komplexeren Aktivitäten, bei Bank- und Behördenangelegenheiten, beim Umgang mit neuen Haushaltsgeräten. Eine selbstständige Lebensführung ist aber noch möglich. Viele Menschen werden im frühen Stadium leider nicht entdeckt, obwohl wir hier die besten Eingriffsmöglichkeiten haben. Das liegt auch daran, dass die Demenz eine Tabu-Diagnose ist.

Im mittleren Stadium ist eine selbstständige Lebensführung nur noch bei einer regelmäßigen Unterstützung möglich: Die selbstständige Medikamenteneinnahme klappt nicht mehr, beim Waschen und Anziehen wird Anleitung benötigt. Ein älterer Mensch ist vielleicht mit einer Schenkelhalsfraktur in ein Krankenhaus eingeliefert worden. Er wird operiert und wieder nach Hause entlassen, braucht aber Hilfe bei vielen Alltagsangelegenheiten. Und was macht der normale Arzt? Er verordnet vielleicht zweimal Sozialstation ohne zu bemerken, dass für den Hilfebedarf vielleicht noch etwas anderes verantwortlich ist, nämlich eine Demenz im mittleren Stadium, die möglicherweise überhaupt erst zu dem Sturz geführt hat.

Im späten Stadium brauchen die Patienten maximale Hilfe in allen Aktivitäten des täglichen Lebens. Oft kommt es zur Inkontinenz, zur Immobilität, zu Schluckstörungen, zum Verlust der Sprache usw.

Wie schon gesagt, es gibt keinen biochemischen Marker, der eindeutig sagt: Hier handelt es sich um eine Demenz. Weil das so ist, muss der

Patient nach einem ganz bestimmten Schema untersucht werden.

### ***Diagnostik und Differentialdiagnostik***

- Eigen- und Fremdanamnese
- Neuropsychologischer Status
- Internistischer Status
- Labordiagnostik
- Bildgebende Verfahren

Dazu gehört erst einmal die Eigenanamnese, dass man den Patienten selbst fragt, was er feststellt. Das hilft natürlich nur in einem sehr frühen Stadium weiter, weshalb die Fremdanamnese, also Angaben der betreuenden Angehörigen, mit zunehmender Dauer der Erkrankung immer wichtiger wird.

Zur Diagnostik gehört auch ein neuropsychologischer Status mit Hilfe psychologischer Testverfahren. Ich komme später darauf zurück. Leider gibt es kaum Neurologen, die einen Neuropsychologen eingestellt haben oder diese Testverfahren machen. Diese Tests muss man beherrschen, und sie kosten Zeit. Und Sie wissen, Zeit kostet immer Geld. Aber die Testdiagnostik ist ein ganz wichtiger Baustein, auf den man nicht verzichten darf. Natürlich gehört zur Diagnostik auch der internistische Status, weil es durchaus sein kann, dass jemand bspw. eine Schilddrüsenerkrankung hat, die man ursächlich behandeln kann, die quasi nur eine Demenz vortäuscht. Gleichermaßen gehört dazu eine neurologische Untersuchung, in der man die Reflexe, Motorik und Hirnnerven prüft, und eine gründliche Labordiagnostik. Auf die bildgebenden Verfahren, gerade das Computertomogramm, darf keinesfalls verzichtet werden. Oft wird kritisch von den Hausärzten gesagt: Das hat doch keine Konsequenz. In vielen Fällen mag das zutreffen. In einigen Fällen findet man aber eine behandelbare Ursache, z.B. einen Hirntumor. Einem Patienten eine Demenzdiagnose zu geben, wenn sie nicht sicher ist, ist ethisch nicht vertretbar! Natürlich sind viele Hausärzte sehr bedrängt, weil sie ein knappes Budget haben. Und wenn ein älterer Patient zu ihnen kommt und vielleicht die Tochter sagt: „Können Sie mal schauen, vielleicht hat meine Mutter ja eine Demenz“ und wenn sie dann vielleicht noch verlangt, dass der Hausarzt eine Computertomografie des Kopfes macht, dann sagt er vielleicht: „Nein, das ist zu teuer, und überhaupt, Ihre Mutter ist schon so alt ...“ Ich denke, Sie kennen all diese Argumente. Aber sie sind nicht korrekt. Auch der ältere Mensch hat ein Recht auf eine adäquate und richtige Diagnostik.

Kurz noch zu den psychologischen Testverfahren. Diese Tests sind nach wissenschaftlichen Kriterien entwickelt und international anerkannt. Sie erlauben

eine objektive Messung, d.h., es gibt klare Regeln, wie ein Test durchgeführt und wie er ausgewertet wird, damit das Ergebnis nicht vom Untersucher abhängt. Natürlich muss man die Testleistungen immer im Zusammenhang mit anderen Daten sehen, etwa Informationen, die einem der Angehörige gibt, oder der Beobachtung, wie sich der Patient in der Testsituation verhält, ob er etwa motiviert ist oder nicht.

Ein Suchtest für diese Erkrankung ist der Mini-Mental-Status-Test (MMST). Da wird nach der Orientierung gefragt, nach dem Kurzzeitgedächtnis, nach dem Rechnen, nach sprachlichen Fähigkeiten, und schließlich nach visuell-räumlichen Fähigkeiten, indem etwas abgezeichnet werden muss. Bei diesem Test können maximal 30 Punkte erreicht werden; bei weniger als 25 Punkten ergibt sich der Verdacht auf eine Demenz. Aber der MMST ist ein Suchtest, der im Frühstadium der Demenz nicht immer sensitiv genug ist. Dann muss man sensiblere Testverfahren nachschalten, um die Diagnose zu sichern. Das alles ist nicht ganz unproblematisch. Erinnern Sie sich an meine Definition vom normalen und krankhaften Altern? Das überlappt sich zu Beginn. Wir sprechen von einer „leichten kognitiven Beeinträchtigung“, wenn wir testpsychologisch Gedächtniseinbußen feststellen, die noch keine merkliche Relevanz im Alltag haben. Diese Menschen bekommen noch nicht die Diagnose Demenz. Man schätzt, dass es gegenwärtig in Deutschland 3 Mio. Menschen mit so einer leichten kognitiven Beeinträchtigung gibt. Und diese 3 Mio. sind eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer Demenz, denn 50 % der Betroffenen entwickeln in den nächsten 3 bis 4 Jahren eine Demenz. Und deshalb müssen wir hier ganz sorgfältig arbeiten.

Ein großes Problem für die Differentialdiagnostik ist die Überlappung von Depression und Demenz. Zum einen gibt es Menschen im Frühstadium der Demenz, die spüren, dass irgend etwas nicht mehr ganz in Ordnung ist. Sie merken die Symptome tagtäglich bei allen Alltagsaktivitäten, beim Einkaufen, auf der Straße, in der Unterhaltung mit den Enkelkindern usw., und das macht sie oft depressiv. Andererseits haben ältere Menschen, die geistig rüstig sind, oft auch eine Depression, weil sie vereinsamt sind, weil das soziale Netz nicht mehr trägt. Ausgeprägte Depressionen stellen sich beim älteren Menschen oft anders dar als beim jüngeren: Ältere Depressive klagen oft über Gedächtnisstörungen, und in schweren Fällen kann die Depression tatsächlich zu ausgeprägten Hirnleistungsstörungen führen.

Es gibt einige Unterscheidungsmerkmale, die helfen können, die richtige Diagnose zu finden: Bei einer reinen Depression finden wir oft einen abrupten Beginn. Der Affekt ist gleichbleibend depressiv. Diese Menschen zeigen oft eine

## Auch Demenzkranke haben ein Recht auf Therapie

Selbstabwertung, Schuldgefühle und Versagensängste. Die Demenz dagegen entwickelt sich schleichend und anfangs gar nicht dramatisch. Deshalb fällt sie lange Zeit gar nicht auf, und Angehörige hören dann vielleicht auch: „Ach, nu haben Sie sich mal nicht so mit Ihrer Mutter, die ist ja schließlich schon 80. Was wollen Sie denn!“ Die Stimmung der Demenzkranken ist eher schwankend. Häufig besteht eine Affektlabilität, d.h. die Kranken weinen leicht, lassen sich aber auch schnell wieder ablenken. Häufig überschätzen sie ihr Leistungsvermögen. Meist haben sie keine Schuldgefühle, sondern beschuldigen eher andere. Die Depressiven klagen und suchen den Arzt oft aus eigenem Antrieb auf – im Gegensatz zu den Demenzkranken, die ihre Defizite nach Möglichkeit eher kaschieren und uns eine „Fassade“ vortäuschen. Wenn ich bei der Visite etwas frage, dann sagt eine ältere Dame mit Demenz: „Ach nee, das weiß ich eigentlich immer. Ich weiß das nur gerade jetzt nicht.“ Deshalb kommen diese Patienten meist nur auf Initiative des Partners oder der Kinder zu uns.

Manchmal reichen diese Kriterien schon aus, oft wird aber eine genauere Diagnostik notwendig sein. Wenn man mit psychologischen Testverfahren Leistungsprofile erhebt, kann man Depressive meist gut von Dementen unterscheiden. Im Einzelfall kann es aber selbst damit schwierig sein zu unterscheiden, was ist Henne und was ist Ei, was ist Depression und was ist Demenz, oder hat der Patient beides. Im Zweifelsfall versucht man, erst einmal die Depression zu behandeln mit einem Antidepressivum um dann im Verlauf zu schauen, ob sich nicht nur die Stimmung, sondern auch das Gedächtnis verbessert hat.

Ich habe Ihnen gezeigt, was zu einer fachgerechten Diagnostik gehört. Wenn wir dann aber bspw. eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert haben, was können wir dann tun? Ganz wichtig: Eine gute Behandlung der Demenz beruht immer auf zwei Säulen: nämlich der medikamentösen und der nichtmedikamentösen Therapie.

Man kann eine Reihe von Substanzen einsetzen, um dem geistigen Abbauprozess entgegenzuwirken, aber nicht bei allen ist der Nutzen belegt. Die wirksamsten Medikamente gegen die Alzheimer-Krankheit sind zurzeit die Acetylcholinesterase-Hemmer, die erst seit wenigen Jahren auf dem Markt sind. Da Ihnen als Laien die chemischen Bezeichnungen nicht unbedingt nützen, seien die Handelsnamen genannt: Aricept®, Exelon®, Reminyl®. Diese Medikamente greifen in den Acetylcholin-Stoffwechsel ein, das ist ein wichtiger Botenstoff für die Informationsverarbeitung im Gehirn. Alzheimer-Patienten haben einen Mangel an Acetylcholin. Die Acetylcholinesterase-Hemmer gleichen dieses Defizit teilweise aus, indem sie ein Enzym blockieren, das für die Inaktivierung des Botenstoffs sorgt.

Diese Substanzen stellen einen substanziellen Fortschritt dar, auch wenn wir die Krankheit damit nicht ursächlich behandeln können. Wir können den Krankheitsverlauf damit im Durchschnitt aber um ca. 9 Monate aufhalten und zunächst einmal die Hirnleistung und die Alltagskompetenz der Patienten oft verbessern. Das mag wenig erscheinen, kann aber doch ein entscheidender Zeitgewinn sein, wenn Sie bedenken, dass die meisten Menschen ihre Demenz erst im hohen Alter entwickeln und auch die Demenz nicht gleich zur Pflegebedürftigkeit führt. U.U. erspart diese medikamentöse Behandlung es dem Kranken, im hohen Alter noch in ein Pflegeheim übersiedeln zu müssen.

Das Problem ist allerdings, dass diese Medikamente, von uns in der Klinik oder in der Gedächtnis-Ambulanz verordnet, von den Hausärzten aus Kostengründen meist abgesetzt werden. Sie wollen es nicht verschreiben, weil ihr Budget begrenzt ist. Das ist sicher auch eine schlimme Situation für die Hausärzte. Aber die Notsituation der Hausärzte kann nicht auf dem Rücken der älteren Generation ausgetragen werden. Das dürfen wir nicht zulassen! Und ich sagte es Ihnen schon eingangs: Es kann ja wohl nicht angehen, dass die Menschen, die heute 70 und 80 Jahre alt sind und unseren Wohlstand aufgebaut haben, jetzt kein Recht auf Behandlung haben. Das ist eine Schande. Und jeder, der so etwas erlebt, muss dagegen kämpfen.

Was kann man über Medikamente hinaus noch tun? In der nächsten Abbildung sehen Sie eine Reihe sinnvoller und auch weniger sinnvoller Maßnahmen.

### *Psychologisch orientierte Therapieansätze*

- Gedächtnistraining / Gehirnjogging
- Realitäts-Orientierungs-Therapie
- Validation
- Erinnerungstherapie
- Selbsterhaltungstherapie

Gedächtnistraining bei Demenz – man könnte denken, das sei ganz besonders wichtig, schließlich ist die Gedächtnisstörung das Leitsymptom der Demenz. Leider gibt es da keine oder nur minimale Trainingseffekte. Das Gedächtnis eines Demenzkranken lässt sich nicht verbessern. Ein mechanisches Auswendiglernen ist eher kontraindiziert. Ein Transfer auf Alltagssituation ist in keinem Fall nachgewiesen, d.h. es ist nicht nachgewiesen, dass der Kranke in seinen Alltagsfähigkeiten dadurch besser wird. Man muss also sehr vorsichtig sein, denn die Gefahr der Frustration ist groß. Der Patient merkt selbst, dass seine Defizite bleiben, und diese Erfahrung ist sehr belastend

## Auch Demenzkranke haben ein Recht auf Therapie

---

und kann u.U. eine Depression auslösen.

Ähnlich ist es mit dem Gehirnjogging. Dahinter steht die Vorstellung, dass man sein Gedächtnis trainieren kann wie einen Muskel. Wenn Sie sich mal einen Arm gebrochen haben und der Gips abgenommen wird, dann haben Sie einen ganz dünnen Arm. Wenn Sie diesen Arm und die Muskulatur wieder benutzen, können Sie den Muskel schnell wieder aufbauen. Gegen Gehirnjogging bei rüstigen Älteren, die geistig in Schwung bleiben wollen, ist natürlich nichts zu sagen. Bei Demenzkranken schadet es aber eher: Zum einen lässt sich das Gedächtnis nicht wie ein Muskel trainieren. Gehirnjogging erzeugt damit Erwartungen, die nicht zu halten sind. Zum anderen wird gleiches Material für Patienten mit unterschiedlichen Störungen genommen. Einiges unterfordert dann, anderes überfordert. Für gebildete Patienten ist es oft nicht ansprechend und wird als „Kinderkram“ abgelehnt. Und das zeigt auch, dass man sehr individuell auf den Patienten eingehen muss.

Auch wenn sich die Gedächtnisstörung durch Training nicht beheben lässt, kann man in einem frühen Stadium mit Kompensation doch einiges erreichen. Demenzkranke, die gut mit ihrem Gedächtnisdefizit umgehen, können im Alltag noch längere Zeit selbstständig bleiben, wenn sie Gedächtnisstützen einsetzen, z.B. eine Pinnwand oder ein Notizbuch. Auch eine gleich bleibende Tagesstruktur erleichtert die Orientierung.

Eine spezielle Form des Gedächtnistrainings ist das Realitäts-Orientierungs-Training, das ROT. In täglichen Gruppensitzungen werden basale Orientierungsformen immer wieder geübt: Welches Datum haben wir, wo befinde ich mich usw. Das lässt sich in Einrichtungen auch als 24-Stunden-Therapieprogramm einsetzen: Dann erfolgen Realitätsinformationen permanent durch das Personal. Man kann auch Hilfsmittel einsetzen, akustische Reize oder optische Reize, z.B. ein Klingelsignal, eine Warnlampe oder eine Fotowand, auf der alle Mitarbeiter zu sehen sind. In den 80er Jahren hat man noch viele Hoffnungen in ROT gesetzt; mittlerweile hat sich doch eine Ernüchterung eingestellt. Natürlich sind Orientierungshilfen wie Fotos sinnvoll, und manche Demenzkranke sind auch dankbar, wenn man ihnen Realitätsinformationen gibt. Für viele stellt ROT aber eine Überforderung dar, weil sie immer wieder auf ihre Defizite gestoßen werden.

Schließlich gibt es mit der Validation, der Erinnerungstherapie und der Selbst-Erhaltungstherapie Ansätze, die nicht mehr darauf abzielen, Defizite zu beheben. Ziel ist vielmehr, Lebensqualität trotz fortschreitender Demenz zu bewahren. Exemplarisch möchte ich einmal auf die Selbst-Erhaltungstherapie, die SET, eingehen. SET ist bekannt geworden durch Frau Romero, die in Bad Aibling ein Alzheimer-Therapiezentrum leitet. Das

kann ich Ihnen nur sehr empfehlen, schauen Sie sich das an, das ist vorbildlich. Ausgangspunkt der SET ist das Selbst. Vereinfacht gesagt, beinhaltet das Selbst die lebenslangen Ziele, Wünsche und Bedürfnisse eines Menschen; das Selbst kann man auch mit „Persönlichkeit“ übersetzen. Die fortschreitende Demenz stellt natürlich eine große Bedrohung für das Selbst dar, denn irgendwann gehen auch zunehmend Erinnerungen aus der eigenen Biografie verloren. Werden diese Erinnerungen jedoch gepflegt, kann ein Demenzkranker seine Identität noch lange bewahren. Wir können damit zwar nicht die Demenz aufhalten, aber wir können verhindern, dass so genannte Begleitsymptome wie Depression oder Angst entstehen. Entscheidend ist die Orientierung an der Biografie: Hat der Kranke ein Hobby gehabt, Gartenarbeit, Reiten oder was auch immer? Derartige Informationen müssen wir speichern. Wenn die Demenz dann fortschreitet, kann man darauf zurückgreifen: Mit gezielten Hinweisen kann man dann Erinnerungen auslösen und das Vergessen hinauszögern. Ganz wichtig ist auch zu überlegen, was ein Demenzkranker noch kann und was ihm Spaß macht. Dann kann er sich im Alltag sinnvoll beschäftigen und hat Erfolgserlebnisse. Wir dürfen nicht immer wieder sagen, was nicht geht, sondern müssen ihn das machen lassen, was geht, und ihm dafür auch bestätigende Rückmeldungen geben.

Prinzipien der SET lassen sich gut in der Pflege einsetzen. Stellen Sie sich eine Bewohnerin in einem Heim vor, die sich alleine nicht mehr richtig anziehen kann. Das hat man ja ganz oft, dass sich die Patienten nicht in der richtigen Reihenfolge anziehen oder zur Jahreszeit unpassend, z.B. ein Sommerkleid im Winter. Wenn man nun aber weiß, dass diese Frau immer schöne Wäsche und Kleidung geliebt hat und auch jetzt noch in der Lage ist, den passenden Schmuck zum Kleid auszuwählen, kann man da ansetzen: Vielleicht muss man nur die Kleidung in der richtigen Reihenfolge hinlegen, und die Bewohnerin zieht sie dann richtig an. Vielleicht kann man ihr das Schmuckkästchen zeigen und sie dann selbst eine Kette aussuchen lassen. Vielleicht kann man ihr den Spiegel vorhalten und ihr ein gutes Aussehen bestätigen. Damit erhält man ihre Selbstständigkeit, weil man sie das machen lässt, was sie noch selbst kann. Gleichzeitig greift man ihr lebenslanges Bedürfnis nach einem gepflegten Äußeren auf und fördert ihr Selbstwertgefühl.

Ich möchte enden mit einem Zitat aus einem Buch, das viele von Ihnen vielleicht kennen, nämlich „Als ich ein kleiner Junge war“ von Erich Kästner. „Die Monate haben es eilig, die Jahre haben es noch eiliger, und die Jahrzehnte haben es am eiligsten, nur die Erinnerungen haben Geduld mit uns, besonders dann, wenn wir mit ihnen Geduld haben.“ Vielen Dank für Ihr Zuhören!