

Inhalt

1. Aktuelles aus dem Expertenforum
2. Begleittherapien bei Parkinson (Teil 1)
3. Johanniter-Hausnotruf
4. Parkinson mit der Kernspintomographie diagnostizieren?

1. Aus unserem Expertenforum

Autor	Nachricht
Nate	<p>Obstipation (Verstopfung)</p> <p>Hilfe bei OBSTIPATION Mein Mann nimmt morgens und abends Movicol, 1 x Midrow-Tee, Pflaumensaft, dazu 18 Tropfen Laxoberal bei Bedarf. Er quält sich 4 Tage ohne Stuhlgang herum Der Stuhl bleibt im Dünndarm (Darmverschlingung nicht vorhanden-röntgeologisch geklärt), wenn der Schmerz nicht mehr auszuhalten ist, hilft ein Klistier. Was kann er noch machen, er hat Angst, zweimal wöchentlich nur mit Klistier abführen zu können ... Er hat viel Luft im Dünndarm, Blähungen. Schilddrüse wurde abgeklärt und grenzwertig von L-Thyr. 100 auf 125 umgestellt. Der Bauch ist prallgefüllt, Schmerzen in der Nierengegend. Er nimmt Madopar LT 1 x morgens, Stalevo 100 5 x täglich, Clarium 50 4 x täglich, eine ASS 100, eine Tandin (Urologe). Wer weiß weiter oder sollte er zur Neueinstellung wieder in die Klinik nach Berlin-Weißensee (zu Prof. Müller). Alpträume hat er seit kurzem auch ...</p> <p>Als betroffene Ehefrau sage ich vorab Danke</p>
ligge	<p>Hallo Nate,</p> <p>wir hatten das gleiche Problem. Mein Rat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. trinken, trinken... 2. zum Süßen Edelweiß Milchzucker 3. Müsli mit geschrotetem Leinsamen morgens und zusätzlich eine Messerspitze Agar Agar. 4. statt Pflaumensaft 10 eingeweichte Pflaumen vor dem Frühstück <p>Viel Glück</p>
Mungo4	<p>Hallo Nate,</p> <p>das Problem mit dem Stuhlgang war, glaube ich, bei mir das erste Anzeichen von MP. Heute, nach mehr als 5 Jahren, hat es sich weiter verschlechtert. Ich brauche, um den Zug in Gang zu setzen, brauche ich 1 Zäpfchen (Lecicarbon E), dann lasse ich geschroteten Leinsamen in Wasser quellen, ziehe selbst Mungobohnen Keime, nehme die und den Leinsamen zum Müsli morgens, dann noch in zwei Gaben täglich 1 Beutel MOVICOL und zu jeder Tabletten-Einnahme 3-4 Trockenpflaumen. Mein Problem ist aber der Enddarm, ohne Befund (MP</p>

	<p>und entsprechende Tabletten, neurogene Darmlähmung).</p> <p>Wenn die Ballaststoffe wirken sollen, müssen sie mit viel (!) Wasser eingenommen werden. Ich trinke täglich mehr als 2 L.</p> <p>Viel Erfolg!</p> <p>Mungo!!!</p>
Nate	<p>Danke sage ich allen, die geantwortet haben. Das Trinken ist ein Problem; mein Mann hat Schluckprobleme und trinkt immer nur in kleinen Schlucken. Eine Wasseraufnahme muß ständig von mir angemahnt werden. Wir werden das jetzt mit den Backpflaumen und dem Leinsamen probieren. Ich würde ich über eine Stellungnahme des Dr. Fornadi freuen. Das gestrige Klistier hat wieder nichts gebracht, dafür ist der Oberbauch zum Platzen gespannt. Nate</p>
mason	<p>Die Dauerverstopfung kann zu lebensgefährlicher Darmlähmung führen. Ich glaube es wird Zeit das stationär abklären zu lassen!</p>
Experte Dr. Fornadi	<p>Die chronische Obstipation ist leider ein Symptom der Parkinson-Krankheit, weil auch die Darmwand in die dopaminerge Störung einbezogen ist. Dazu kommt die mangelnde Flüssigkeitsaufnahme. Auch das Movicol hilft nicht, wenn nicht genügend Flüssigkeit aufgenommen wird (mind. 2 Liter/Tag). Übrigens muss auch die Movicol-Dosis richtig eingestellt werden, bis zur vorgesehenen Höchstdosis. Movicol kann noch höher dosiert 1 bis 2 x in der Woche zusätzlich als Abführmittel genommen werden, immer mit viel Flüssigkeit, dies könnte das Klistier evtl. ersetzen. Auch die empfohlenen natürlichen Mittel sollten ausprobiert werden. Die Schluckstörungen und die Alpträume könnten eine erneute Einweisung in die Klinik notwendig machen. MfG Dr. Fornadi</p>

2. Begleittherapien bei Parkinson

Dr. Ferenc Fornadi

(Gertrudis-Klinik Biskirchen)

Die heutige, sehr effektive Therapie des Parkinson-Syndroms ist auf 4 Pfeilern aufgebaut. Der erste und wichtigste Pfeiler ist die medikamentöse Kombinationsbehandlung, die in ihrer oralen Form mit den üblichen Antiparkinsonmitteln in den letzten 40 Jahren revolutionäre Erfolge erzielt hat und ständig weiterentwickelt wird. Wo diese Therapie an ihre Grenzen stößt, stehen die invasiven Formen der medikamentösen Therapie, die Pumpenbehandlungen (Apomorphin- und Duodopa-Pumpe) zur Verfügung.

Der zweite Pfeiler ist die neurochirurgische Behandlung, genauer gesagt die Tiefe Hirnstimulation (THS), die für die Patienten gedacht ist, die infolge der Krankheitsprogression mit den medikamentösen Möglichkeiten nicht oder nicht mehr zufriedenstellend therapierbar sind. Diese Therapieformen reichen aber nicht aus, um den gewünschten Therapieerfolg mit zufriedenstellender Lebensqualität der Patienten zu erzielen. Als dritter Pfeiler dient deswegen die so genannte Begleittherapie, die hauptsächlich das Ziel hat, dass die Patienten die verloren

gegangenen oder eingeschränkten Fähigkeiten und automatischen Bewegungen wieder erlernen. Durch diese Lernprozesse kommen sie im Alltagsleben deutlich besser aus, was die Lebensqualität der Parkinson-Patienten erheblich steigert. Andererseits verstärken sich viele Parkinsonsymptome, am meisten der Rigor und die Akinese, wenn diese überwiegend übenden Verfahren vernachlässigt werden. Die übenden Behandlungsverfahren machen sich vor allem einen Lernprozess des Gehirns zunutze, der Patient profitiert von dem Trainingseffekt und gewinnt mit zunehmenden Erfolgen an Selbstsicherheit, Selbstvertrauen und Motivation. Diese Begleittherapie wird auch physikalische Therapie oder Physiotherapie genannt. Als vierter Pfeiler wird die Parkinson-Therapie mit der psychologischen Betreuung der Patienten und deren Angehörigen ergänzt.

In den Parkinson-Spezialkliniken und -Abteilungen werden die Begleittherapien während des stationären Aufenthaltes intensiv durchgeführt. Die Weiterführung dieser Therapieformen ist aber auch zu Hause dringend angezeigt, um die Bewegungsfähigkeit und die Selbstständigkeit der Patienten zu erhalten.

Motorische Therapien

Symptombezogene Krankengymnastik

Krankengymnastischer Befund - Behandlungsplan - Erfolgskontrolle

Voraussetzung der erfolgreichen Physiotherapie der Parkinson-Krankheit ist die möglichst genaue Registrierung der Ausprägung der Symptomatik und der spezifischen Funktionen aus krankengymnastischer Sicht. Aufgrund der so aufgezeichneten Anfangssituation kann das therapeutische Ziel gesteckt und ein gezielter Therapie-Plan aufgestellt werden. Mit diesen Aufzeichnungen kann der therapeutische Erfolg geprüft und der Verlauf der Krankheit verfolgt werden.

Diese Erfassungsbogen sind ähnlich aufgebaut wie die Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS), die von den Ärzten verwendet wird. Sie ermöglichen auch die standardisierte Forschung im Bereich der physikalischen Therapie der Krankheit.

Beeinflussung der Hypokinese

Die Krankengymnastik zur Linderung der hypokinetischen Symptome versucht einerseits, die noch vorhandenen Bewegungsmuster optimal auszunutzen, andererseits die verloren gegangenen erlernten oder automatisierten Bewegungen durch Neuerlernte zu ersetzen. Weil die Lernmöglichkeiten infolge der Krankheit von Anfang an eingeschränkt sind, hat die Motivierung der Patienten für diese ergänzende Therapie sehr früh, schon bei der Diagnosestellung eine große Bedeutung. Auch die Notwendigkeit der Kontinuität dieser Übungsbehandlungen sollte dem Patienten klar sein. Leider schränken eine eventuell vorhandene Depression mit deutlichem Antriebsmangel oder eine dementielle Entwicklung die Möglichkeiten der gezielten Krankengymnastik oft ein.

Um die noch vorhandenen automatischen Bewegungen zu erhalten, ist die ständige Wiederholung der Bewegungen nötig. Die Bewegungen werden häufig mit Musik bzw. mit Rhythmus ausgeführt, einzeln mit dem Therapeuten oder in der Gruppe. Kommandos, Taktgeber, Marschmusik per Lautsprecher, MP3-Player oder Walkman sind sehr hilfreich. Auch die optische Gestaltung des Übungsraumes (Streifen oder Stäbe auf dem Fußboden, Schachbrettmuster usw.) fördert den Trainingseffekt. Es werden auch einfache Geräte wie Bälle, Stäbe, Tücher verwendet. Entsprechend des Schweregrades der Symptomatik werden die Übungen im Gehen, stehend oder sitzend durchgeführt, bei schwerkranken Patienten sogar im Bett. Wenn möglich, wird das Bewegungstraining in verschiedenen Körperhaltungen ausgeübt. Um die Gleichgewichtsreflexe zu unterstützen, werden auch bewegliche Untergründe (Schaukelbrett, Trampolin, Laufband, Pezziball) verwendet. In der letzten Zeit werden außerdem Trainingsgeräte eingesetzt. Es ist aber wichtig, dass die Übungen die Patienten nicht überfordern und dass die Ausprägung der Symptomatik und die Leistungsfähigkeit der Patienten immer berücksichtigt werden.

Gezielte Übungen und Ausarbeitung bzw. Erlernen von verschiedenen Techniken beim Hinsetzen, Aufstehen vom Stuhl, vom Bett, Umdrehen im Bett, Lagewechsel sind ebenfalls Aufgabe der Krankengymnastik.

Beeinflussung des Rigors

Die parkinsonbedingte Muskelsteifheit (Rigor) schränkt neben der Hypokinese die Beweglichkeit des Patienten zusätzlich ein. Mangels entsprechender Übung kann der Rigor auch zur Versteifung der Gelenke führen und so Kontrakturen verursachen.

Zur Bekämpfung des Rigors sollen die Bewegungen großräumig durchgeführt werden, auch mit Schwung. Wichtig sind außerdem so genannte Dehnungs- und Lockerungsübungen. Auch alternierende oder schnell wiederholte Bewegungen mit Rhythmus wirken in diese Richtung. Anhaltende Muskeldehnung (Schlingentisch) und Dehnlagerungen werden gegen den Rigor eingesetzt.

Beeinflussung des Tremors

Leider ist das Zittern durch die Krankengymnastik nicht zu beeinflussen. Der reine Ruhetremor des Patienten ist während willkürlicher Bewegungen und in bestimmten Situationen nachlassend. Auch die Patienten entwickeln verschiedene Techniken zur Unterdrückung des Tremors. Die Patienten können während der Krankengymnastik an solche Tricks herangeführt werden.

Beeinflussung der Haltungstörungen, Wirbelsäulengymnastik

Die vornübergebeugte Körperhaltung ist typisch für das fortgeschrittene Parkinson-Syndrom. Eine extreme Form dieser Haltungstörung ist die Kamptokormie, bei der der Oberkörper fast 90 Grad nach vorne gebeugt ist. Die auf eine Seite geneigte Körperhaltung wird nach dem schiefen Turm von Pisa als Pisa-Syndrom bezeichnet.

Die Verbesserung der Körperhaltung ist ein weiteres Aktionsfeld für die Krankengymnastik. Unter optischer Kontrolle (Ganzkörperspiegel) durchgeführte Übungen, z.B. auch an der Sprossenwand oder neben einer Wand sind geeignet, um die Körperhaltung zu verbessern. Bei extremen Körperhaltungsstörungen kommen die Stärkung der Muskulatur auf der einen und die Dehnung auf der anderen Seite in Frage. In den Übungen soll die Rückenstrecker-Muskulatur gestärkt und – wenn nötig – die Beuge-Muskulatur entspannt werden. Die Hochstellung der Rollator-Griffe oder eine Unterarmgehstütze eignen sich ebenfalls zur Korrektur dieser Haltungstörungen. Bei dem Pisa-Syndrom kommt auf einer Körperhälfte die Stärkung der Muskulatur und die Entspannung der Muskulatur auf der Gegenseite zur Anwendung.

Gehschule – Freezing-Übungen

Ziel der Gangschulung der Patienten ist die Erhaltung der selbstständigen Gehfähigkeit. Auch mit den Gehübungen sollte man früh - beim Auftreten der ersten Gehprobleme - anfangen. Die einfachste Gehübung ist der tägliche Spaziergang, den man jedem Parkinson-Patienten empfehlen sollte. Gehübungen in der Gruppe mit Musik in einem möglichst großen Gymnastikraum, Nordic-Walking sind für Patienten mit leichten Gehstörungen gut geeignet. Wichtig ist die ständige Korrektur durch die Therapeuten. Es sollte die Schrittlänge, die Gangspur, das Mitschwingen der Arme kontrolliert werden. Für das Training des Mitschwingens sind Paar-Übungen mit 2 Gymnastikstäben sehr zweckmäßig.

Hilfreich ist auch das Einrichten eines Gehgartens (Parcours) mit verschiedener Bodenbeschaffenheit und Hindernissen sowie mit optischen Reizen. Im Gehgarten können auch Alltagssituationen, z.B. das Öffnen eines Gartentors, eingebaut werden. Während freien Gehens können weitere Bewegungsübungen, z.B. mit einem Ball oder Keule durchgeführt werden.

Für die Verlängerung der Schrittlänge sind optische Reize am Boden, Kommandos, Gehen auf dem Laufband geeignet. Starten, Stoppen und Richtungswechsel auf Kommando sind weitere zweckmäßige Übungen.

Wichtig ist es auch, dass der Patient beim Gehen das richtige Abrollen des Fußes erneut erlernt. Viele Parkinson-Patienten treten mit der Fußspitze auf, was zu Trippelschritten und Fallneigung

nach vorne führt. Das Auftreten mit der Ferse und das Abrollen nach vorne sollten extra geübt werden.

Bei schweren Gangstörungen, insbesondere bei Sturzgefährdung sind Gehübungen mit geeigneten Hilfsmitteln, z.B. Gehstock, Rollator, Unterarmgehstütze bei gleichzeitiger Hilfsmittelschulung notwendig.

Ein besonderes Problem sind beim Gehen die Starthemmungen des Patienten, die im fortgeschrittenen Zustand medikamentös nicht beeinflussbar sind. Diese so genannten Freezing-Erscheinungen führen dazu, dass der Patient – wie am Boden angeklebt – den ersten Schritt nach vorne nicht machen kann. Diese Starthemmung tritt insbesondere in Engpass-Situationen, beim Umdrehen, vor Türschwellen, vor dem Ziel oder in offenen Räumen auf und führt häufig zu schweren Stürzen, weil der Patient versucht, sich mit dem Oberkörper nach vorne zu bewegen, wobei die Füße am Boden kleben bleiben.

In solchen Fällen wird dem Patienten erklärt, er möge sich vorstellen, dass vorne eine unsichtbare Wand steht. Er kann nicht durch die Wand nach vorne treten, aber er kann mit einem Seitenschritt diese umgehen. Wichtig ist, dass der Patient nach dem ersten Schritt nicht stehen bleibt, sonst tritt die Starthemmung sofort wieder auf. Man kann die Starthemmung auch mit Fremd- oder Eigenkommandos unterbrechen. Auch das Tragen eines MP3-Players oder Walkmans mit rhythmischer Musik oder eines Metronoms kann hilfreich sein, wenn die Geräte beim Auftreten der Starthemmung eingeschaltet werden. Optische Reize am Boden können für Übungszwecke geeignet sein. Weiterhin können das Auf-der-Stelle-Treten oder der Storchengang ausprobiert werden.

In den Sanitärhäusern sind Freezing-Stöcke erhältlich. In diesen Stöcken ist unten ein roter Querstab eingebaut, der auf Knopfdruck herausfährt. Der Patient soll über diesen Stab steigen und so die Starthemmung überwinden. Eine Weiterentwicklung des Freezing-Stockes sind der Laser-Stock und der Laser-Rollator. In diesen Geräten wird der Querstab durch einen Laserstrahl ersetzt. Auch ein umgedrehter Stock, ein Laserpointer oder ein auf den Boden geworfenes Papierstück, befestigt an einem Bindfaden, können die Starthemmung aufheben, wenn der Patient über diese optischen Reize steigt.

Auch die Angehörigen können lernen, wie die Starthemmung mit ihrer Hilfe gelöst werden kann. Ein quergestellter Fuß und die Aufforderung, der Patient möge darüber steigen ist eine häufig wirksame Lösung. Bei anderen Patienten hilft, dass der Helfer sich hinter den Patienten stellt und seine Schulter rhythmisch nach links und rechts bewegt.

Ungeduld und Zeitdruck verstärken die Starthemmung. Gleichzeitiges Gehen und Durchführung einer anderen motorischen Leistung führen auch zu Starthemmungen und erhöhen sogar die Sturzgefahr. Diese Situationen sollte der Patient vermeiden.

Gleichgewichtstraining, Sturzprophylaxe

Die Gleichgewichtstörungen und die damit verbundenen Stürze mit hoher Verletzungsgefahr bedeuten bei der fortgeschrittenen Parkinson-Krankheit große Probleme. Neben der Krankheitsprogression besteht auch ein Zusammenhang mit der verminderten Muskelkraft. Die Sturzgefahr wird weiter erhöht, wenn auch Freezing-Erscheinungen auftreten. Auch gleichzeitige Ausführung von zwei motorischen Tätigkeiten, plötzlich ausgeführte Bewegungen (Telefon klingelt, Patient will zum Telefon eilen) führen häufig zu Stürzen. Infolge der Stürze entwickeln die Patienten erhebliche Ängste, die dann zu einer Verstärkung der Gleichgewichtsprobleme führen. Die Stürze erfolgen überwiegend nach vorne oder auf der Seite. Besonders gefährlich sind Stürze nach hinten ohne Kompensationsmechanismen, die bei den atypischen Parkinson-Symptomen noch häufiger sind. Bei zunehmender Mobilität infolge der erfolgreichen Medikation kann die Sturzgefahr leider noch größer werden.

Die Übungen zur Erhaltung des Gleichgewichts und zur Vermeidung von Stürzen sind umso wichtiger, weil die Medikation in fortgeschrittenen Stadien der Krankheit diese Symptome nicht zufriedenstellend beeinflussen kann.

Ein wichtiger Teil dieser Übungen ist das Erlernen von kompensatorischen Ausfallschritten. Bei dieser Übung wird der hinter dem Patienten stehende Therapeut den Patienten ruckartig nach

hinten ziehen und auffangen, wie bei der Untersuchung der so genannten Retropulsion. Der Patient soll lernen, diese plötzliche Veränderung der Körperlage und die dadurch entstandene Fallneigung durch einen Ausfallschritt nach hinten zu kompensieren.

Auch die früher beschriebenen Übungen gegen die Starthemmungen beim Gehen sind Teil des Trainingsprogramms zur Verminderung der Sturzgefahr.

Es ist häufig notwendig, die Übungen mit direkter Hilfeleistung des Therapeuten als einzelgymnastisches Training durchzuführen. Auch die Benutzung von Abstützmöglichkeiten wie z.B. ein Gehbarren ist empfehlenswert. Geeignete Übungen sind z.B. der Seiltänzerengang, Übungen auf weicher Unterlage (Matratze), Trampolin oder auf dem Schaukelbrett, das Laufband kann ebenfalls für das Trainieren des Gleichgewichts eingesetzt werden.

Die Sturzprophylaxe beinhaltet aber auch die Aufklärung der Patienten und der Angehörigen. Der Patient soll lernen, solche Situationen zu meiden, die die Gefahr des Hinfallens in sich bergen. Zeitdruck, hektische Bewegungen, Anziehen ohne Abstützmöglichkeit, durch äußere Reize durchgeführte schnelle Bewegungen, Rückwärtsgang, schnelles Umdrehen, gleichzeitig Gehen und etwas in der Hand halten, Starthemmung, Trippelschritte, Ablenkung durch intensives Gespräch beim Gehen sind häufige Auslöser von schweren Stürzen.

Die Wohnraumgestaltung spielt in der Sturzprophylaxe eine wichtige Rolle. Türschwellen, lose Teppiche, scharfe Möbelkanten, überflüssige Türen sollten beseitigt werden. Ausreichende, auch nächtliche Beleuchtung, kurze Wege zur Toilette, Haltegriffe, Stühle mit Armlehnen können die Sturzgefahr deutlich verringern.

Für die Prophylaxe der Sturzfolgen sind Helme, Knie- und Hüftpolster geeignete Hilfsmittel.

Hilfsmittel, Hilfsmitteltraining

In den Fällen, in denen der Patient wegen ausgeprägter Gangstörung und Fallneigung auf entsprechende Hilfsmittel angewiesen ist, ist es Aufgabe der Therapeuten, das für ihn geeignete Hilfsmittel auszusuchen und körpergerecht einzustellen sowie die Benutzung der Hilfe mit dem Patienten einzuüben. Diese Hilfsmittel erhöhen die Bewegungsfähigkeit der Patienten, verlängern die mögliche Gehstrecke und verringern die Sturzgefahr. Dementsprechend geben sie dem Patienten mehr Lebensqualität.

Folgende Hilfsmittel können bei Gang- und Gleichgewichtsproblemen eingesetzt werden.

- Gehstock (richtige Länge wichtig!)
- Unterarmgehstütze
- Gehwagen (Rollator) mit Bremse und Sitz
- Freezing-Stock (mechanisch oder Laser)
- Freezing-Rollator

Der Umgang mit weiteren Hilfsmitteln wird im Rahmen der Ergotherapie behandelt.

Feinmotoriktraining

Die Behandlung der feinmotorischen Tätigkeiten ist größtenteils Aufgabe der Ergotherapie, trotzdem wird sie ständiger Bestandteil der krankengymnastischen Übungen. Die Grundsymptome der Krankheit (Hypokinese, Rigor und Tremor) schränken die feinmotorischen Fähigkeiten in hohem Maße ein. Die Bekämpfung dieser Symptome ermöglicht die weitere, gezielte Therapie der Feinmotorik. Die schon erwähnten Dehn- und Lockerungsübungen werden auch mit den Händen ausgeführt, ergänzt mit Geschicklichkeitsübungen und mit dem Trainieren von schnell wiederholten Finger- und Handbewegungen. Bei diesen Übungen werden auch verschiedene Hilfsmittel verwendet, z.B. Aufnehmen und Ausschütteln eines Tuches, schnelle Drehbewegungen mit einem Igelball, Übungen mit einem Seil usw.

Schnelle, wiederkehrende Drehbewegungen der Hände können mit einem Metronom gesteuert werden. Auch der so genannte Tapping-Test (schnelles Schlagen mit dem Finger auf die Tischplatte), der als Untersuchung bekannt ist, kann für Übungszwecke verwendet werden.

Als Geschicklichkeitsübungen werden das Rollen eines Igelballes auf dem Tisch, Übungen mit einem Tuch oder Seidenpapier, Stecken von Stiften in das Steckbrett verwendet.

Mimisches Training

Eines der auffallenden Symptome der Hypokinese ist die mimische Verarmung des Patienten, genannt Hypomimie. Die eingeschränkte oder fehlende Mimik führt dazu, dass die Umwelt den Patienten als teilnahmslos, emotional kalt empfindet. Dieses „Poker-Gesicht“ verursacht viele Missverständnisse, weil der Patient anscheinend keine emotionale Regung zeigt. Einige stufen den Patienten deshalb auch als geistig eingeschränkt ein, was der Patient selbstverständlich beleidigend empfindet.

Zur Behandlung der Hypomimie werden Übungen vor dem Spiegel empfohlen, einzeln oder in der Gruppe. Es werden die einzelnen Muskeln bzw. verschiedene Ausdrucksformen trainiert. Die Übungen können durch taktile Reizung (Pinsel, Berührung) der einzelnen Muskeln unterstützt werden. Die Bewegungen der Augenbrauen, der Nase, der Augenlider, der Mundwinkel und der Lippen werden einzeln, in verschiedene Richtungen ausgeführt. Wichtig ist auch das Üben verschiedener emotionaler Reaktionen (Lachen, Weinen, Entzücken usw.).

Diese Übungen und auch die nachstehenden Atemübungen werden im Rahmen der Sprechtherapie verwendet.

Atemübungen

Die Hypokinese der Atemmuskulatur, der Rigor des Brustkorbes und die Haltungsstörungen führen dazu, dass die Atmung der Parkinson-Patienten sehr oberflächlich ist. Die Patienten holen beim Sprechen nicht genügend Luft, was die Sprechstörungen noch deutlich verstärkt. Die mangelnde Durchlüftung der Lungen und die fehlende Kraft beim Ausatmen und Abhusten erhöhen die Gefahr von Atemwegsinfekten bzw. Lungenentzündungen.

Zur Beeinflussung der parkinson-bedingten Atemstörungen werden atmungsvertiefende Übungen verwendet, in Verbindung mit verbesserter Körper- bzw. Atemwahrnehmung. Der Patient kontrolliert durch Auflegen seiner Hände die Amplitude seiner Atembewegungen und wird angehalten, diese zu vergrößern. Die forcierte Ein- und Ausatmung kann durch Bewegungen der Arme unterstützt werden. Verschiedene mechanische Atemhilfen (z.B. Giebelrohr) können außerdem verwendet werden.

Krafttraining

Aufgrund neuerer Erkenntnisse bezüglich einer primären Kraftminderung von Parkinson-Patienten, die über die Inaktivitätsatrophie hinausgeht und sogar auch die Sturzneigung zu beeinflussen scheint, wird das Krafttraining bei Parkinson-Patienten vermehrt eingesetzt. Durch regelmäßiges Üben gegen einen Widerstand nimmt die Muskelkraft infolge der Muskelhypertrophie zu. Durch Krafttraining scheint die Körperfehlhaltung, die Stabilität, die allgemeine Beweglichkeit aber auch die Feinmotorik beeinflussbar zu sein.

Zum Training werden die üblichen Muskel-Trainingsgeräte und Fahrradergometer verwendet. Die Leistungsfähigkeit des Patienten ist aber immer zu berücksichtigen. Eine Überlastung oder Überforderung sollen vermieden werden.

Tanztherapie

Diese Therapieform hat neben der bewegungstherapeutischen Wirkung auch eine psychotherapeutische. Die positiv stimulierende Wirkung der Musik beeinflusst die Stimmungslage und auch den Antrieb. Auch Patienten, die beim Gehen ausgeprägte Störungen haben, können mit Musik und Rhythmus immer noch verhältnismäßig gut tanzen.

Bewegungsbad, therapeutisches Schwimmen

Die Auftriebskraft, der Widerstand und die hohe Temperatur des Wassers tragen zum Erfolg der Wassergymnastik im Bewegungsbad bei. Auch das therapeutische Schwimmen nutzt diese Eigenschaften des Wassers. Die Temperatur des möglichst geräumigen aber nicht zu tiefen Bewegungsbades für Parkinson-Patienten liegt im Allgemeinen bei 30-34 Grad.

Im warmen Wasser entspannt sich die steife Muskulatur, löst sich der Rigor, die Bewegungen sind einfacher, der Körper verliert den größten Teil seines Gewichts. Sogar die Atmung kann verbessert werden. Im Wasser können auch die das Gleichgewicht erhaltenden Reflexe und die Koordination der Bewegungen trainiert werden.

Bei starker Behinderung oder ausgeprägten Fluktuationen (on-off) ist das Schwimmen nur unter Aufsicht erlaubt. Eventuelle internistische und andere Erkrankungen, die als Kontraindikation dienen, müssen berücksichtigt werden (Schwimmerlaubnis).

Gruppentherapie

Eine häufig verwendete Form der Physiotherapie der Parkinson-Krankheit ist die Gruppengymnastik. Sie ist eine gute Ergänzung der Einzeltherapie, wenn der Patient körperlich und psychisch in der Lage ist, bei den Gruppenübungen mitzumachen. Sie nutzt beim Trainieren der motorischen Leistungen auch die positive emotionale Wirkung und die Interaktionen der Gruppe und der Gymnastik-Partner aus.

Gut geeignet für die Gruppengymnastik ist ein möglichst großer, aber max. für 10 Patienten gedachter Raum. Bei dieser Gruppengröße ist es noch möglich, dass ein Therapeut die Gruppenmitglieder kontrollieren und bei Bedarf korrigieren kann. Der Boden des Raumes soll rutschfest aber nicht zu hart sein (Sturzgefahr!). Die Raumtemperatur soll nicht zu hoch sein, gute Belichtung ist Voraussetzung.

Die Patienten werden nach Schweregrad eingeteilt, im Allgemeinen in 3 Gruppen. Die dritte Gruppe kann nur sitzende Übungen ausführen, die erste alle Übungen ohne Begrenzung. Die gleichmäßige Belastbarkeit der Gruppe ist sehr wichtig, weil ein Patient, der die Übungen nicht richtig mitmachen kann, die ganze Gymnastikstunde stören kann.

Die Dauer der Gymnastikübungen darf nicht zu lang gewählt werden, soll der Belastbarkeit der Gruppe entsprechen (im Allgemeinen 45 Min.). Die Übungen werden häufig mit Musik (Marschmusik, rhythmische Musik) durchgeführt. Einfache Hilfsmittel werden verwendet: Reifen, verschiedene Bälle, Stäbe, Tennisringe, Doppelklöppel, Tücher, Säckchen. Es werden Ballspiele gespielt und es wird gemeinsam gesungen. Ein wichtiger Teil der Gruppengymnastik ist die Gehübung, zusammen mit einem Partner, in den Händen 2 Stäbe haltend und entsprechend der Mitbewegungen der Arme schwingend.

Bei der Einleitung und beim Abschluss werden häufig Atemübungen gemacht. Die Übungen werden stehend, sitzend, kniend, aus der Bauchlage, aus der Rückenlage oder aus der Seitenlage ausgeführt. Die meisten Übungen sind Partnerübungen.

3. Der Johanniter-Hausnotruf

- Hilfe kommt wie gerufen -

Der Johanniter-Hausnotruf bietet die Sicherheit, allein in den eigenen vier Wänden wohnen zu können, ohne allein gelassen zu sein. Ein Knopfdruck genügt und von jeder Stelle der Wohnung wird der Kontakt zu einer der Johanniter-Hausnotrufzentralen hergestellt. Sieben Tage die Woche und rund um die Uhr nehmen die Zentralen den Notruf entgegen und leiten sofort alle notwendigen Maßnahmen ein. Das kann Hilfe in Notfällen sein (Rettungsdienst, Notarzt oder Hausarzt), eine pflegerische Betreuung, eine Vertrauensperson nach Wahl, oder aber eine der

vielen Serviceleistungen, die das Leben zu Hause sicherer und leichter machen. Ist ein Haustürschlüssel bei den Johannitern hinterlegt, wird der Einsatz- und Schlüsseldienst informiert. Geschulte Mitarbeiter leisten dann im Ernstfall Hilfe direkt vor Ort.

Alleinstehenden Menschen bietet vor allem die Tagesmeldung zusätzliche Sicherheit. Bleibt diese aus, überprüfen die Johanniter das Wohlbefinden des Teilnehmers, wenn nötig durch den eigenen Einsatzdienst.

Diesen Dienst der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. nutzen bereits viele ältere Mitbürger. Aber auch immer mehr Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Asthma, Diabetes, Epilepsie oder auch Parkinson entscheiden sich für ein Hausnotrufsystem. Viele mieten das Gerät nur zeitweise und verkürzen damit einen Krankenhausaufenthalt. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit kann der Hausnotruf auch vom Kostenträger übernommen werden.

Gerne prüfen die Johanniter gemeinsam mit dem Interessenten, welche Leistungen für ihn in Frage kommen.

Das Hausnotrufsystem besteht aus einer Basisstation, die einfach an ein bereits vorhandenes Telefon angeschlossen wird. Bei Auslösen eines Notrufes stellt sie den Kontakt zu der Hausnotrufzentrale her. Ohne wählen oder sprechen zu müssen, erreicht der Teilnehmer so zu jeder Tageszeit Hilfe. Und über das hoch empfindliche Mikrofon im Gerät kann bis zum Eintreffen der Helfer mit einem Mitarbeiter in der Zentrale gesprochen werden, ohne dass der Telefonhörer in die Hand genommen werden muss.

Der zur Basisstation gehörende Handsender kann unauffällig als Armband, als Halskette oder Clip getragen werden. Über diesen kleinen Sender kann das Notsignal von überall in der Wohnung ausgelöst werden.

Für mehr Informationen stehen die Johanniter unter der Telefonnummer

01805 10 11 99 (14 Cent / Minute) zur Verfügung.

Rufen Sie uns an, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Mehr Informationen unter:

www.johanniter-hausnotruf.de

4. Rückenmarkstimulation bei M. Parkinson

Die Tiefe Hirnstimulation (THS) kann bestimmten Parkinsonpatienten helfen und ihre motorischen Fluktuationen, Überbewegungen und das Zittern lindern. Von diesen „Hirnschrittmachern“ profitieren schon viele Parkinsonkranke.

Jetzt haben amerikanische Wissenschaftler im Fachmagazin "Science" eine schonendere Variante vorgestellt. Die bisher in Tierversuchen getestete Therapie stimuliert das Gehirn nicht direkt, sondern indirekt an Nervenfasern im Rückenmark. Das mache die Therapie einfacher und weniger invasiv, sagen die Forscher um Romulo Fuentes von der Duke-Universität in Durham (North Carolina). Sie hatten die Methode an Mäusen und Ratten getestet, die unter einem Mangel des Botenstoffs Dopamin litten, womit Parkinson simuliert wird.

Die Wirkung sei schon alleine positiv gewesen, doch in Kombination mit L-Dopa seien die Symptome, vor allem die langsamen und steifen Bewegungen binnen drei bis vier Sekunden nach Stimulationsbeginn verschwunden.

Bemerkung: z. Zeit nur interessante Forschung!

Für Sie gelesen: Dr. Fornadi

in Welt Online 20.03.2009

Impressum

Herausgeber: GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Vertreten durch die GlaxoSmithKline Verwaltungs GmbH, Luxemburg

Geschäftsführer: Dr. Cameron Marshall (Vors.), Jean Vanpol, Pamela Somerset, Georges Dassonville

Anschrift: Theresienhöhe 11
D-80339 München
Germany
Tel. +49 (0) 89 360 44-0
Fax +49 (0) 89 360 44-8000

Internet: www.glaxosmithkline.de

Diesen Newsletter können Sie kostenlos per E-Mail abonnieren. Melden Sie sich an unter www.parkinson-web.de. Der Newsletter wird Ihnen regelmäßig einmal im Monat zugesandt und informiert Sie über aktuelle Nachrichten und Neuigkeiten von www.parkinson-web.de.