

Inhaltsverzeichnis:

Check zur Früherkennung...	Seite 3
Krankheitsentstehung ...	Seite 4
Hauptsymptome ...	Seite 7
Probleme mit der Motorik ...	Seite 11
Übersicht weiterer Störungen ...	Seite 14
Probleme des unwillkürlichen Nervensystems...	Seite 15
Neuropsychiatrische Probleme ...	Seite 21
Behandlung ...	Seite 27
Pflege ...	Seite 31
Sich bewegen....	Seite 43
Übungen zur Lockerung des Rigors...	Seite 47
Lohnt sich die physikalische Therapie? ...	Seite 58
Was tun bei einem Sturz? ...	Seite 60

**Es folgt eine Auswahl an ungeordneten
Beispielseiten.**

Was tun bei einem Sturz?

(Einrichtungsinterne Anweisungen beachten)

- Ruhe bewahren.
- Gefallenen nicht sofort aufheben.
- Ansprechbarkeit überprüfen, nach Schmerzen / Beschwerden fragen.
- Lage der Glieder beachten, bei einer Schenkelhalsfraktur ist das verletzte Bein nach außen gedreht und meist verkürzt, kann aktiv nicht bewegt werden, Bewegung durch die Pflegekraft ist schmerzhaft.
- Bei Verdacht auf Fraktur den Verletzten liegen lassen, mit Decke und Kissen Wärme erhaltend lagern, dann den Krankentransport rufen.

Arzt rufen bei:

- Schmerzen im Hüftbereich
- Schwierigkeiten Arme u. Beine zu bewegen
- Kopfschmerzen / Kopfverletzungen, Desorientierung / Lethargie, Schwindel, Bewusstseinsverlust, Krämpfe
- Schmerzen im Brustkorb o. Schwierigkeiten beim Atmen
- Zu schneller o. zu langsamer, unregelmäßiger Puls

Wenn der Gestürzte nicht verletzt ist:

- Den Bewohner auffordern allein aufzustehen oder nur soviel Hilfe geben, wie unbedingt nötig ist. So erkennt der Bewohner seine noch vorhandenen Kompetenzen und fühlt sich nicht noch zusätzlich hilflos.
- Nach dem Sturz muss ein Sturzprotokoll ausgefüllt werden.
- Der Gestürzte sollte von den nächsten 3-4 Schichten auf:
 - Gang – u. Bewegungsstörungen,
 - Bewusstseinsstörungen beobachtet werden,
 - außerdem PDL / Heimleitung, Arzt, evtl. Angehörige informieren.

Check zur Früherkennung

Wenn Sie mehr als 3 Fragen mit Ja beantworten, können dies erste Anzeichen von Parkinson sein.

- Kommt es vor, dass die Hand zittert, obwohl sie entspannt aufliegt?
- Ist ein Arm angewinkelt und schlenkert beim Gehen nicht mit?
- Zeigt sich eine vornüber gebeugte Körperhaltung?
- Ist der Gang schlurfend oder wird ein Bein nachgezogen?
- Ist der Gang kleinschrittig und kommt es häufig zum Stolpern oder Stürzen?
- Besteht ein Antriebs- und Initiativmangel?
- Häufig Rückenschmerzen im Nacken-Schultergürtel-Bereich?
- Werden Kontakte zu Freunden und Angehörigen eingeschränkt. Zu nichts Lust?
- Veränderungen in der Stimme bemerkt? Ist sie monotoner und leiser als früher oder hört sich heiser an?
- Eine Verkleinerung der Schrift bemerkt?

Neben den körperlichen Symptomen kann als erstes Anzeichen auch eine depressive Verstimmung auftreten die Monate, gelegentlich jahrelang den körperlichen Symptomen vorausgeht

Hauptsymptome

Bei Parkinsonerkrankungen kommt es nicht zu Lähmungen, sondern zu Störungen der Bewegungsabläufe.

Hypo- oder Akinese

Hypokinese = Bewegungsarmut,

Akinese = Bewegungslosigkeit

Bradykinese = Bewegungsverlangsamung

- Verlangsamung der Bewegungen auch beim
- Gehen, Hinsetzen, Aufstehen usw.
- reduzierte Mimik (Maskengesicht)
- fehlender Armschwung beim Gehen
- kleinschrittiger Gang,
- Vielschrittigkeit beim Drehen
- Startschwierigkeiten beim Laufen (Füße kleben am Boden, kann den ersten Schritt nicht tun)
- Blockierung des Laufens auch bei nur visuellen Hindernissen
- beeinträchtigte Feinmotorik
- kleiner werdende Schrift (Mikrografie)
- leise monotone Stimme
- Beeinträchtigte Halte- und Stellreflexe (posturale Instabilität), sie sind dafür verantwortlich, dass wir auch in Bewegung unseren Körper automatisch ausbalancieren können.
- Eine Störung dieser Reflexe bedingt, dass wir uns bei einer plötzlichen unvorhergesehenen Bewegung nicht mehr so problemlos „fangen“ können.

Freezing-Phänomen

Bei manchen Parkinsonpatienten friert die Bewegung kurzzeitig ein. Dies nennt man Freezing-Phänomen.

Es liegt keine eigentliche Lähmung vor, die Bewegungen kommen nur nicht richtig „in Schwung“, als ob eine innerliche Mauer vorhanden wäre.

Freezing-Episoden dauern wenige Sekunden bis Minuten.

Das Freezing-Phänomen tritt meist auf beim Loslaufen, Umdrehen, Gehen durch Türen, bei Ablenkung oder auch wenn sich der Untergrund ändert. Es fehlt das innere "Gehkommando".

Viele Patienten nutzen ganz verschiedene Tricks, zum Beispiel:

- Durch Hören von rhythmischer Musik lässt sich das "Einfrieren" häufig vermeiden.
- Andere Patienten verlagern aktiv das Körpergewicht, gehen am Geländer, schaukeln rhythmisch vor und zurück, stampfen mit den Füßen, machen extra große und bruske Schritte oder führen gleichzeitige Handbewegungen durch.
- Sehreize sind ebenfalls sehr hilfreich. So können die Patienten paradoxerweise viel einfacher über Hindernisse gehen, z.B. über einen vorangestellten Schuh einer Begleitperson, über einen Stock, über quer verlaufende Muster.
- Sogar das gedankliche Sichvorstellen von Querstreifen auf dem Boden kann hilfreich sein. Es gibt spezielle Stöcke, bei denen Querstäbe ausklappen, über die man dann hinwegsteigen kann.

Probleme des unwillkürlichen Nervensystems

Blutdruckregulationsstörungen

Die bei Parkinsonpatienten typische orthostatische Dysregulation besagt, dass der Blutdruck im Liegen zu hoch und im Sitzen und Stehen zu niedrig ist und nicht oder nicht ausreichend erhöht werden kann.

Das häufigste Symptom ist Schwindel nur in aufrechter Körperhaltung.

Die Ursache liegt in der Erkrankung von Zellen des unwillkürlichen Nervensystems, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gehirns.

Zur Diagnosesicherung muss der Blutdruck im Sitzen und im Stehen gemessen werden.

Bei zu niedrigem Druck wird man in erster Linie Medikamente reduzieren oder absetzen, die zwar Parkinsonsymptome bessern, aber auch den Blutdruck senken können (Betablocker, L-DOPA, Dopaminagonisten u. a.).

Da im Liegen der Blutdruck zu hoch ist, führt der Körper verschiedene Maßnahmen zur weiteren Blutdrucksenkung durch, die dann in aufrechter Position die Situation verschlimmern.

Die Patienten sollten daher versuchen, mit um 30°- 40° hochgestelltem Bettoberteil zu schlafen und sich tagsüber keinesfalls hinzulegen.

Regeln bei Schluckstörungen

- Aufrecht sitzen, nicht zurücklehnen.
- Den Kopf nicht in den Nacken legen.
- Dünnflüssige, heiße Nahrung (Suppen, Tee, Kaffee) vorsichtig schlucken.
- Dickflüssige und feste, aber nicht zu harte Nahrung bevorzugen.
- Essen nicht mit Flüssigkeit hinunter spülen.
- Dickere Soßen und Dips zu fester Nahrung hinzugeben.
- Dadurch lässt sich die Nahrung leichter im Mund an die richtige Position bringen.
- Zweimal nach jedem Bissen schlucken und noch einmal, wenn schon alles heruntergeschluckt ist

Schmerzen und Missempfindungen

Unspezifische Schmerzen treten bei fast der Hälfte aller Parkinsonpatienten auf, Viele dieser Schmerzen scheinen mit der erhöhten Muskelspannung zusammenzuhängen, insbesondere auch während Muskelverkrampfungen.

Viele Missempfindungen treten besonders im OFF-Stadium auf, Missempfindungen umfassen Kribbeln, Brennen, Kältegefühl oder Taubheitsgefühl und tiefen Schmerz.

Die Beine sind häufiger betroffen als die Arme, Gesicht und Nacken eher selten.

Diese Symptome verringern sich gleichzeitig mit einer Besserung der Parkinsonsymptomatik.

End-of-dose-Akinese (Wearing-off-Phänomen)

Nach mehrjähriger Behandlung mit L-Dopa wird dessen Wirkdauer immer kürzer, und mit Abklingen der Wirkung wird die Akinese dann stärker.

Hier wird dann die L-Dopa-Dosis auf viele kleine Gaben (alle zwei Stunden) verteilt und zur Nacht ein Retard-Präparat gegeben.

Peak-Dose-Hyperkinesen

Dies sind Hyperkinesien (übermäßige Bewegungsaktivität) bei hohen L-Dopa-Spiegeln, die ebenfalls oft durch eine Veränderung der Medikation gebessert werden können. Sie sind zwar sehr auffällig, belasten den Patienten in aller Regel aber weniger als Akinesen.

Dopa-Psychosen

Wenn irgend möglich, werden die dopaminergen Arzneimittel reduziert, falls nicht möglich wird z.B. Thioridazin (z.B. Melleril®) dazugegeben. Die dadurch erreichte Besserung der Psychose bedingt aber eine Verschlechterung der Parkinson-Symptomatik.

Die medikamentöse Therapie des Morbus Parkinson kann die Erkrankung zwar nicht heilen, kann aber die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessern.

Meist werden bei jüngeren Patienten zuerst Dopaminagonisten eingesetzt, während bei älteren L-Dopa bevorzugt wird.

Oft ist die medikamentöse Therapie eine Gratwanderung zwischen Wirkung und Nebenwirkung, und auch aufgrund der im weiteren Verlauf auftretenden speziellen Probleme (siehe oben) muss die Medikation regelmäßig überwacht und ggf. geändert werden. Die Medikamentengabe ist deshalb häufig sehr fein abgestimmt.

Das Pflegepersonal hat hier eine wichtige Aufgabe, sie müssen die Tabletteneinnahme genau überwachen, d.h. die Zeiten genau einhalten, aber auch sehr genau auf Wirkung und Nebenwirkung achten und den Arzt informieren.

Soziale Verstärkung (Loben)

Die Pflegenden setzen sich realistische (evtl. niedrige) Ziele, um den Patienten nicht durch ständige Misserfolge zu frustrieren und zu demotivieren.

Bei Erfolg verstärken und loben sie den Patienten, ohne dabei zu übertreiben.

Wird der Patient während der ATL müde, wird eine Ruhepause eingelegt, bevor weitergemacht wird.

Bei einer Ablenkung unterbricht die PP die Übung und setzt sie erst fort, wenn die Konzentrationsfähigkeit des Patienten wiederhergestellt ist.

Man darf nicht erwarten, dass der Pat., das was er gestern

oder vorhin noch konnte, auch heute oder in diesem Augenblick wieder können muss.

Dem Patienten kein Nichtwollen unterstellen!

Ruhe und Geduld ausstrahlen

Fast alle Parkinsonkranken sind verlangsamt und übertragen Zeitdruck und Hetze schlecht.

Sie blockieren mitunter auf hektische Situationen und hektische Personen !!

Nimmt man darauf Rücksicht, geht die gesamte Pflege meistens deutlich schneller.

Langsamkeit akzeptieren

Häufig spüren die Parkinson-Patienten, dass man sie wegen ihrer Langsamkeit und ihrer krankheitsbedingten Verarmung in Mimik und Gestik für geistig eingeschränkt, dement hält.

Dies verunsichert sie noch stärker. Die Intelligenz der oft teilnahmslos aussehenden Patienten ist meist erhalten. Deshalb nicht bevormunden und nicht mit ihm „wie mit einem Kind“ reden.

Häufige und "normale" Gespräche bessern auch die depressive Verstimmung.

Angehörige sollten in die Pflege mit einbezogen u. evtl. angeleitet werden.

Krankheitsentstehung

(Vereinfachte Darstellung)

Parkinson ist eine langsam fortschreitende (progredient) und die häufigste neurologische Erkrankung (des Gehirns), im höheren Lebensalter.

Der Beginn liegt meist nach dem 50 Lebensjahr.
Es sind überwiegend Männer betroffen

In 80-90 % aller Erkrankungen handelt es sich um Morbus Parkinson, dessen Ursache ungeklärt ist (primäres Parkinson - Syndrom).

Es kommt hier ohne sichtliche Vorerkrankung zu einer Degeneration der Dopamin produzierenden Zellen in der Substantia nigra (auch schwarze Substanz genannt) des Mittelhirns.

Für die Übertragung von Informationen von einer Nervenzelle zur anderen sind aber diese sogenannten Transmitterstoffe erforderlich.

Beim Parkinsonsyndrom besteht ein Mangel des Transmitterstoffes Dopamin und ein zu viel der Transmitterstoffe Glutamat, Acetylcholin.

Das Gleichgewicht der Botenstoffe ist aber die Voraussetzung für eine gute, koordinierte Bewegungsmöglichkeit des Menschen.

Das fehlende Dopamin muss durch Medikamente ersetzt werden.

Nach heutigem Wissensstand wird die Erkrankung zu einem kleinen Teil vererbt, für die anderen vermutet man das Zusammenspiel von genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen, evtl. eine verstärkte Belastung durch Pestizide und Schwermetalle, z. B. Mangan.

Übungen zur Mund- und Gesichtsmotorik

Zur Verbesserung des Sprechens, des Essens u.der Mimik.

Pflegeperson hilft evtl. bei den Bewegungen mit o. erleichtert diese.

- Stirnrunzeln
- Augenbrauen hochziehen
- Mund nach rechts/links ziehen
- Lächeln
- Mund spitzen, breit machen, „O“ bilden
- Oberlippe überUnterlippe schieben u. umgekehrt
- Zunge herausstrecken
- Lippen ablecken
- Zähne zeigen
- Zunge in rechte / linke Wange strecken
- Augen zukneifen
- Mundwinkel nach unten ziehen
- Kiefer bewegen
- Wangen nach innen einsaugen / aufblasen
- Zunge fährt über die Zahnreihen
- Zunge herausziehen u. bewegen lassen, usw. usw.

- kann nicht mehr aufrecht gehen (vornübergebeugt)
- Überschießende Bewegung nach vorne (Propulsion), nach hinten (Retropulsion), zur Seite (Lateralpulsion) mit erhöhtem Sturzrisiko.

Rigor

Ist keine Lähmungserscheinung der Muskeln, die Kraft bleibt erhalten.

Rigor bedeutet Starre, damit wird eine andauernde Muskelverspannung beschrieben, die zu einer Steifigkeit im ganzen Körper führt. Die Muskulatur kann nicht mehr völlig entspannt werden.

Aus diesem Grund sind die Gelenke überlastet. Als Folge davon treten häufig Schmerzen in der Schulter, dem Rücken und in der Hüfte auf.

- Die Beweglichkeit von Schultern und Rücken ist eingeschränkt.
- Nach vorne gebeugte Haltung.
- Beugung der Arme, Hüften, Knie.
- Steife Nackenmuskulatur, der Kopf bleibt z.B. beim Hinlegen in der Luft hängen.
- Eine Entspannung der Muskeln ist nicht möglich.

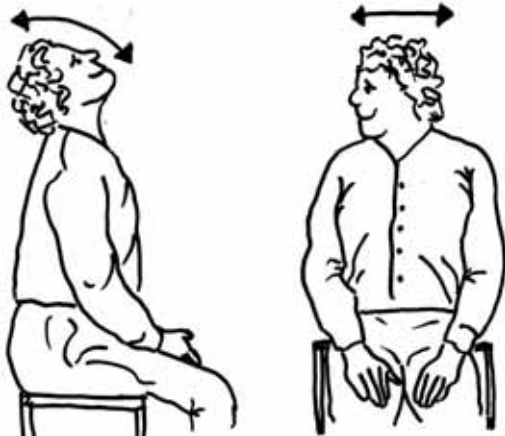
Die Bewegung der Gelenke ist nicht mehr so flexibel. Der Arzt stellt dies dadurch fest, dass er den Arm im Ellenbogengelenk beugt und streckt.

Bei einem „Rigor“ zeigt sich ein vermehrter Widerstand (Zahnradphänomen) die Muskeln geben ruckartig nach (relativ früh am Handgelenk nachweisbar).

Übungen für die Halsmuskulatur

Diese einfachen Übungen lockern die ständig angespannte Hals- und Schultermuskulatur:

- Nur den Kopf langsam nach rechts, dann nach links drehen, nach oben u. unten beugen. Machen Sie die Übung im Sitzen drei bis zehn Mal.
- Machen Sie Pausen, wenn Ihnen schwindelig wird.
- Dann können Sie Kopf und Schultern gemeinsam langsam nach rechts, dann nach links drehen, nach oben u. unten beugen.



Notfall:

Akinetische Krise

Stunden bis Tage anhaltende vollständige Bewegungsblockade. Die Betroffenen können kaum atmen und trocknen sehr schnell aus.

Es besteht eine starke Zunahme der Muskelspannung (Rigor) die Muskulatur wird "bretthart", sodass der Pat. sich nicht mehr bewegen kann (Akinese) oder wegen der Schluckstörungen seine Medikamente nicht mehr oral einnehmen kann.

Patienten mit akinetischer Krise müssen sofort in stationäre Behandlung, da eine intravenöse Amantadingabe erforderlich ist und eine vital bedrohliche Exsikkose und Hyperkaliämie vermieden werden muss.

- Diese Hauptsymptome treten zeitlich nacheinander in folgenden fünf Stadien auf:
- Einseitiger Ruhetremor (Zittern) und Neigung auf die gesunde Seite.
- Beidseitiger Ruhetremor mit Rigor und Akinese, Rumpf- und Beinbeugung mit zunehmender Verlangsamung der Bewegungen (Bradykinese), Erlöschen von Mimik und Gestik.
- Zunehmende Hilf- und Kraftlosigkeit mit leichter Haltingsinstabilität.
- Schwere Gleichgewichts- und Gangstörungen mit Sturzneigung, anfangs nach hinten (Retropulsion) später auch nach vorne (Propulsion), der Pat. kann aber noch ohne Hilfe stehen und gehen.
- An Rollstuhl oder Bett gebunden und auf die Hilfe Dritter angewiesen. Zunahme der Inkontinenz, Demenz und Infektionsgefährdung (Pneumonie).

