

Bakkalaureats-Arbeit

Physiologie

**Morbus Parkinson- Welche Therapie- und
Pfleagemöglichkeiten gibt es?**

eingereicht an der

Medizinischen Universität Graz

Studienzweig Gesundheits- und Pflegewissenschaft

vorgelegt von

Stefanie Serenyi

Mat. Nr.: 0933087

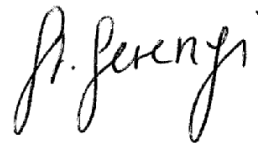
Betreuerin *Ao.Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries*

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Ich versichere, dass ich diese Bakkelaureatsarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einem Beurteiler oder einer Beurteilerin) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Graz, am 13. September 2012

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Ferenczi'. The signature is written in a cursive, flowing style with a prominent loop at the end.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
2. Geschichte der Krankheit.....	7
2.1. James Parkinson	7
2.2. Martin Chacot	8
3. Formen und Diagnostik	9
3.1. Idiopathisches Parkinson-Syndrom	9
3.2. Symptomatische Form	9
3.3. Medikamenteninduzierter Parkinson	9
3.4. Diagnostik	10
3.5. Nach der Diagnose	11
4. Krankheitsverlauf und Krankheitsstadien	12
5. Symptome der Parkinson-Krankheit	13
5.1. Primäre Symptome	13
5.1.1. Tremor.....	13
5.1.2. Bewegungsunruhe.....	14
5.1.3. Rigidität (Steifheit).....	14
5.1.4. Trägheit.....	14
5.1.5. Die Körperhaltung.....	15
5.1.6. Der Gang.....	16
5.2. Sekundäre Symptome.....	16
6. Therapieformen.....	17
6.1. Medikamentöse Therapie.....	17
6.1.1. Levodopa.....	17
6.1.2. MAO-B-Hemmer.....	19
6.1.3. Dopaminrezeptoragonisten.....	19
6.1.4. Nichtdopaminerge Therapie.....	19
6.2. Nicht-medikamentöse Therapie.....	21
6.2.1. Physio- und Hippotherapie.....	21
6.2.2. Physikalische Therapie.....	22
6.2.3. Elektrotherapie.....	23
6.2.4. Ergotherapie.....	23
6.2.5. Sprachtherapie-Logopädie.....	24
6.2.6. Alternative Behandlungsmethoden.....	24

6.3. Operative Behandlungsmethoden.....	25
6.3.1. Tiefe Hirnstimulation.....	25
6.3.2. Stammzellentherapie für Patienten.....	26
7. Die Pflege des Parkinson-Patienten.....	27
7.1. Die Pflegeziele.....	27
7.2. Die Kommunikation.....	28
7.3. Die Bewegung.....	28
7.4. Sich pflegen und kleiden.....	29
7.5. Essen und trinken.....	30
7.6. Ausscheiden.....	31
7.7. Für eine sichere Umgebung sorgen.....	31
7.8. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen.....	31
8. Rechte der Patienten	32
9. Wohnen und Leben.....	33
10. Internet-Patientenforen.....	33
11. Heil- und Hilfsmittel.....	34
12. Schlussfolgerung.....	35
13. Literaturverzeichnis.....	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gerschlager, 2009, S58	10
Abbildung 2: Gerschlager, 2009, S175	11
Abbildung 3: Gerschlager, 2009, S50	12
Abbildung 4: http://sambi1.wordpress.com/2011/10/07/	15
Abbildung 5: Müller, 2010, S48.....	18

1. Einleitung

Da ich in meinem Studium des Öfteren mit pflegebedürftigen Menschen in Kontakt gekommen bin, konnte ich mir einen Überblick über zahlreiche Krankheiten verschaffen. Durch Praktika im Krankenhaus und in Rehabilitationskliniken wurde ich aufmerksam auf die Krankheit Morbus Parkinson. Sofort fiel mir auf, dass vor allem Menschen, die an dieser Erkrankung leiden, besonders viel Pflege benötigen. Dadurch stieg mein Interesse, mich mit diesem Thema näher zu beschäftigen, weshalb ich mich schließlich dazu entschied, meine Abschlussarbeit über Morbus Parkinson zu verfassen.

Zu Beginn führte ich eine ausführliche Literaturrecherche durch, demzufolge ich reichlich Informationen sammeln und mich in die Thematik einlesen konnte. Danach erstellte ich anhand der gesammelten Literatur ein Inhaltsverzeichnis und begann somit, meine Arbeit zu schreiben.

Zunächst beschäftigte ich mich mit den Fragen: Welche Symptome treten bei Morbus Parkinson auf? Gibt es verschiedene Formen dieser Erkrankung? Wie ist der Krankheitsverlauf? Schließlich legte ich mein Hauptaugenmerk auf die Frage- Welche Therapiemöglichkeiten gibt es, und wie können Parkinson-Patienten bestmöglich unterstützt und gepflegt werden?

Anfangs beginnt diese Arbeit mit einem historischen Überblick und Informationen über den englischen Arzt James Parkinson und Martin Charcot, die Entdecker dieser Erkrankung.

Im Laufe meiner Arbeit gehe ich näher auf die Formen und Diagnostik, den Krankheitsverlauf und die Krankheitsstadien sowie auf die Symptomatik von Morbus Parkinson ein.

Die Therapieformen werden dann in medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien unterteilt und ausführlich beschrieben. Hier werden Medikamente wie zum Beispiel, Levodopa oder Anticholinergika sowie Therapieformen wie Physiotherapie oder Ergotherapie näher beleuchtet.

Schließlich beende ich meine Arbeit mit der Pflege der Parkinson-PatientInnen. Dieses Kapitel gibt Auskunft über den genauen Umgang mit erkrankten Menschen und deren körperliche und seelische Pflege.

Diese Arbeit soll Menschen, die sich über Morbus Parkinson näher informieren wollen, eine Unterstützung sowie Hilfe bieten.

2. Geschichte der Krankheit

Morbus Parkinson wurde nach dem Londoner Arzt James Parkinson benannt, da dieser sich als einer der Ersten, mit den Symptomen der Erkrankung umfangreich beschäftigte.

2.1. James Parkinson

James Parkinson, ein englischer Arzt, war der Erstbeschreiber der Erkrankung und wurde 1755 in Middlesex, England, als ältestes von drei Kindern geboren. Er absolvierte sein Medizinstudium am London Hospital Medical College und arbeitete schon in jungen Jahren gemeinsam mit seinem Vater, dessen Praxis er im Jahr 1784 übernahm. Im Jahr 1817 publizierte er die Arbeit „Essay on the Shaking Palsy“, also eine Abhandlung über die Schüttellähmung. Mit dieser Erstbeschreibung wurden bereits alle wichtigen klinischen Aspekte der Erkrankung ausgeführt und beschrieben. Mittels dieser Beschreibung wollte James Parkinson, die Aufmerksamkeit der Wissenschaftler auf diese Erkrankung richten, damit folglich eine wirkungsvolle Behandlung gefunden werden konnte.

Neben seinen Erkenntnissen in der Neurologie forschte er über weitere medizinische Phänomene, wie z.B. die Gicht oder die Blinddarmentzündung.

Trotz der detaillierten Beschreibung und Erforschung der Erkrankung, konnte James Parkinson zu Beginn des 19. Jahrhunderts keine Therapiemöglichkeiten erstellen. Er empfahl Aderlass und Therapien mit Blasenpflastern im Nackenbereich, die Eiter bzw. schädliche Körperflüssigkeiten ableiten sollten.

Neben seiner medizinischen Tätigkeit war James Parkinson als Geologe bzw. Paläontologe tätig und anerkannt und baute unter anderem eine umfangreiche Mineralien- sowie Fossiliensammlung auf. Außerdem veröffentlichte er ein dreibändiges Werk mit dem Titel „Organic Remains of a Former World“, das ihn über die Grenzen des Vereinigten Königreichs hinaus bekannt machte. Des Weiteren war er eines der 13 Gründungsmitglieder der anerkannten British Geological Society (1807), die auch heute noch existiert.

Am 21. Dezember 1824 verstarb James Parkinson und wurde am Friedhof der St. Leonard's – Kirche in Shoreditch, einem Stadtteil Londons, beerdigt. ¹

¹ Vgl., Gerschlager, 2009, S18

2.2. Jean- Martin Charcot

Jean- Martin Charcot wurde am 9. November 1825 in Paris als Sohn eines Wagenbauers geboren. Sein Medizinstudium absolvierte er an der berühmten Sorbonne Universität in Paris. In seiner Promotion beschäftigte er sich mit dem Gelenksrheumatismus, weshalb später auch das Charcot-Gelenk nach ihm benannt wurde.²

Aufgrund der ausführlichen und klaren Beschreibung der Symptome wurde die Erkrankung nach James Parkinson benannt. Jedoch war es Jean- Martin Charcot, der das Nervensystem untersuchte um der Ursache der Krankheit auf den Grund zu gehen. 1868 begann mit seinem berühmten Vortrag über die Parkinsonsche Erkrankung eine neue Ära, die für die gesamte Erforschung der Krankheitsursachen eine große Bedeutung hatte. Somit wurde die Krankheit allgemein bekannt und von Multipler Sklerose unterschieden. Des Weiteren beschrieb Charcot folgende Symptome:

- Der Unterschied zwischen dem Tremor der Parkinsonschen Erkrankung und dem der Multiplen Sklerose besteht darin, dass das rhythmische Zittern der Gliedmaßen bei Morbus Parkinson beinahe ständig vorhanden ist, während es bei Multipler Sklerose nur bei willkürlichen Bewegungen auftritt.
- Durch die Rigidität verlangsamten sich die Bewegungen
- Die mimische Muskulatur versteift sich im Laufe der Erkrankung, wodurch ein sogenanntes Maskengesicht entsteht.
- Das Gleichgewichtsgefühl wird beeinträchtigt, da Parkinsonpatienten unwillkürliche Vorwärts- und Rückwärtsbewegungen machen.

Charcot unterschied zwei bestimmte Varianten die zu Beginn der Erkrankung auftreten:

- Der plötzliche Beginn der Erkrankung, z.B.: aufgrund eines Psychotraumas, bei dem der Tremor sofort in einem oder mehreren Körpergliedern auftritt.
- Der langsame Beginn der Erkrankung, bei dem sich erste Symptome in Armen und Beinen bemerkbar machen, die sich dann rasch auf den ganzen Körper ausbreiten.³

² Vgl., http://www.neurologienetz.de/front_content.php?idart=156

³ Vgl., Piet van Seggelen, 2001, S. 21-22

3. Formen und Diagnostik

Bei der parkinsonschen Erkrankung werden verschiedene Formen unterschieden:

3.1. Idiopathisches Parkinson-Syndrom

Das idiopathische Syndrom ist zweifellos die häufigste und wichtigste Erkrankung unter den neurodegenerativen Störungen mit Parkinson Syndrom. Neuropathologisch ist diese Erkrankung durch den progredienten Zelltod einzelner Nervenzellpopulationen charakterisiert, wobei die Degeneration der neuromelaninhaltigen dopaminergen Neuronen der Substantia nigra pars compacta deutlich im Vordergrund steht. Bei 5-15% ist die Erbllichkeit nachweisbar und diese Form tritt in der Regel zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr auf.⁴

3.2. Symptomatische Form

Die symptomatische Form von Morbus Parkinson entwickelt sich meist durch Ursachen wie z.B.: Traumata, Tumoren, Encephalitiden, toxische und metabolische Läsionen. Diese Form kommt bei einem Drittel aller PatientInnen vor.

3.3. Medikamenteninduzierter Parkinson

Der Anteil der medikamenteninduzierten Parkinson-Syndrome an allen Parkinson-Syndromen wird auf 7% geschätzt. Bei geriatrischen Heimbewohnern macht dieses Syndrom 50% aller neu aufgetretenen Parkinson-Syndrome aus. Damit ist der medikamenteninduzierte Parkinsonismus eine der wichtigsten Kategorien sekundärer Parkinson-Syndrome. Einige Medikamente induzieren sehr häufig ein Parkinson-Syndrom, wie z.B. die Dopaminrezeptor-Blocker.

Bei einem Vorliegen eines Parkinson-Syndroms sollte an die aufgeführten Substanzen gedacht werden und eine sorgfältige Medikamentenanamnese ist deshalb von großer Bedeutung.⁵

⁴ Vgl., Th. Brandt et al., 2007, S27

⁵ Vgl., Th. Brandt et al., 2007, S 131-135

3.4. Diagnostik

In erster Linie erfolgt die Diagnose des Morbus Parkinson durch die klinische Untersuchung und durch Neurologen. Zu Beginn informiert der Neurologe den Betroffenen bzw. die Angehörigen durch ein aufklärendes Gespräch über den Verlauf der Erkrankung. In einer detaillierten klinischen Untersuchung, dem sogenannten Neurostatus, werden verschiedene Funktionen standardisiert überprüft, um einzelne Symptome, wie zum Beispiel, das Zittern oder die Verlangsamung, genau erfassen zu können.

Des Weiteren gibt es noch einige Zusatzuntersuchungen wie eine Bildgebung des Gehirns mittels Computer- Tomografien oder Magnetresonanz- Tomografien, welche dem Ausschluss anderer Ursachen dienen, die ebenfalls ein ähnliches Krankheitsbild verursachen können.

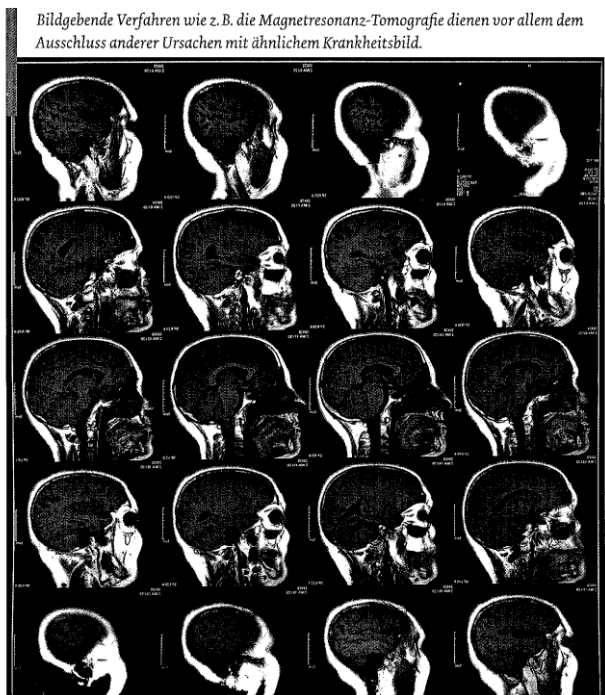


Abb.1

Wichtig zu beachten ist, dass eine Reihe von Erkrankungen parkinsonartige Symptome aufweisen können. Dies führt oftmals zu Verwechslungen. So kann ein Parkinson- Syndrom, wie zum Beispiel Zittern, Bradykinesie, Rigor oder Gangstörung auch durch Schlaganfälle bzw. Durchblutungsstörungen des Gehirns ausgelöst werden. ⁶

⁶ Vgl., Gerschlager, 2009, S. 56

3.5. Nach der Diagnose

Für viele PatientInnen ist die Diagnose Morbus Parkinson ein schwerer Schlag. Einige von ihnen sind so schockiert, dass sie zunächst gar keine weiteren Fragen stellen können. Im Zeitraum nach der Diagnose durchleben die Betroffenen dann meist verschiedene Stadien. Zunächst reagieren viele mit Verleugnung, das heißt, die Diagnose wird angezweifelt oder aber verdrängt und zur Seite geschoben- ein Schutzmechanismus der häufig entsteht.

Die Betroffenen benötigen in dieser schwierigen Phase eine besondere Unterstützung. Von Seiten des behandelnden Arztes sollte nicht nur die Diagnose übermittelt werden, sondern auch versucht werden, die Krankheit zu erklären, den Verlauf zu beschreiben und Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung zu entwerfen. Außerdem ist es besonders wichtig, darauf hinzuweisen, dass Morbus Parkinson zwar nicht heilbar ist, aber sehr gute therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung stehen und dass die Patienten auch selbst zur Behandlung beitragen und die Symptome, den Verlauf und die eigene Lebensqualität verbessern können.⁷

Einige **TIPPS**, wie Sie mit der Krankheit umgehen können

- ▶ Versuchen Sie die Krankheit anzunehmen. Selbstmitleid hilft auf Dauer nicht weiter, und Sie verschwenden wertvolle Energien.
- ▶ Gesundheitsplan: Es ist von großer Bedeutung, dass jeder Parkinson-Betroffene einen Arzt bzw. Neurologen findet, der auf die speziellen Fragen des Patienten eingehen kann und die Vorteile und Nachteile der einzelnen therapeutischen Optionen kennt und auch erklären kann. Es ist sehr wichtig, dass Sie einen Arzt finden, dem Sie vertrauen.
- ▶ Informieren Sie sich über die Erkrankung. Informieren Sie sich über den Krankheitsverlauf und über die Therapieangebote.
- ▶ Wenden Sie sich an Selbsthilfe-Organisationen. Diese bieten nicht nur medizinische Information, Unterstützung bei sozialen Fragen und ein Netzwerk an Ärzten an, sondern leisten gerade in der schwierigen Phase nach der Diagnose Unterstützung. Der Austausch mit anderen Betroffenen kann enorm helfen, die Krankheit zu akzeptieren und Wege zu finden, damit gut weiterleben zu können.
- ▶ Sprechen Sie mit Ihren Angehörigen und Freunden über die Krankheit.
- ▶ Ziehen Sie sich nicht zurück. Pflegen Sie Ihren Freundeskreis, Ihre Interessen und Ihre Hobbys, damit Sie nicht in Isolation geraten. Rufen Sie regelmäßig ihre Freunde und Verwandten an.
- ▶ Vertrauen Sie auf Ihre Kraft und Stärke, mit der Situation umgehen zu können. Aber versuchen Sie auch, Hilfe anzunehmen.
- ▶ Sie sind der Krankheit nicht ausgeliefert. Es gibt zahlreiche Bereiche, die Sie aktiv beeinflussen können. Regelmäßiges körperliches Training, Heilgymnastik, richtige Ernährung, um nur einige Beispiele zu nennen, haben einen positiven Effekt auf die Symptome und die Lebensqualität.

Abb.2.: Tipps für Erkrankte

⁷ Vgl., Gerschlagel, 2009, S174

4. Krankheitsverlauf und Krankheitsstadien

Morbus Parkinson ist zwar nicht heilbar, dennoch ist die Krankheit in allen Krankheitsstadien behandelbar und die Symptome können durchaus verbessert werden. Durch Therapien ist die Lebenserwartung eines Betroffenen in etwa gleich der durchschnittlichen Lebenserwartung der gesunden Bevölkerung.

Der Verlauf der Erkrankung wird nach den amerikanischen Neurologen und Erstbeschreibern Hoehn und Yahr in fünf Stadien eingeteilt, die sogenannten H&Y Stadien.⁸

Die Hoehn- & Yahr-Stadien

H&Y I: einseitige Krankheit. Die Symptome wie Zittern, Muskelsteifigkeit (Rigor) und Verlangsamung (Bradykinesie) sind strikt auf eine Körperseite, z. B. den rechten Arm und das rechte Bein, beschränkt.

H&Y II: Beidseitige Symptome; die Parkinson-Symptome sind nun auf beiden Seiten des Körpers, also rechts und links, vorhanden.

H&Y III: Beidseitige Symptome der Krankheit plus Störung der Stabilität. Es kommt zu einer »Haltungsinstabilität«; wenn man gestoßen wird oder stolpert, ist die Reaktion des Körpers darauf verzögert und es kann dadurch leichter zu Stürzen kommen.

H&Y IV: Stärkere Behinderung, aber Gehen und Stehen ist alleine möglich. Gehen wird schwieriger. Man braucht mehr Zeit für alle täglichen Aktivitäten und oft auch Hilfe, z. B. für Einkaufen und Haushalt.

H&Y V: Ohne fremde Hilfe wären die Betroffenen in diesem Stadium auf einen Rollstuhl angewiesen oder bettlägerig.

Abb.3 Die Hoehn-&Yahr-Stadien

Die Stadien berücksichtigen jedoch nur die motorischen Symptome und das Gangbild. Andere wichtige Kriterien wie Alter, Gedächtnis, Schmerzen, vegetative Symptome, Ansprechen auf die Therapie im Sinne von Wirkungsschwankungen usw., werden nicht berücksichtigt.

Der Verlauf der Erkrankung ist von PatientIn zu PatientIn sehr unterschiedlich, insbesondere unterschiedlich schnell und bei jedem Betroffenen anders. Manche Betroffene haben nach vielen Jahren kaum Beschwerden. Durch die Fortschritte der Neurologie in den letzten Jahren

⁸ Vgl., Gerschlagner, 2009, S 50

kann in jedem Krankheitsstadium eine Verbesserung der Beschwerden erreicht werden. Die weit verbreitete Vorstellung, dass Morbus Parkinson zur völligen Bewegungslosigkeit und in den Rollstuhl führt, ist somit nicht der Realität entsprechend.

Grundsätzlich verläuft die Krankheit in den ersten Jahren nach der Diagnose schneller. Jedoch verschlechtern sich die Symptome und Beschwerden im Laufe der Zeit langsamer, und die Defizite nehmen über die Zeit weniger rasch zu. Generell gilt, dass bei einem Krankheitsbeginn in jüngeren Jahren die Prognose meist günstiger ist, das heißt die Symptome verschlechtern sich insgesamt langsamer.

Meist beginnt Morbus Parkinson auf einer Seite des Körpers, etwa mit einem Zittern, Muskelversteifungen oder Bewegungsverlangsamungen. Im Laufe der Zeit treten die Beschwerden dann auch auf der anderen Körperseite auf. Nach einem jahrelangen Verlauf kann es dann zu einer Störung des Gangbildes und des Gleichgewichtssinns kommen.⁹

5. Symptome der Parkinson- Krankheit

Die Hauptsymptome sind ein Zittern (sogenannter Tremor), eine Verlangsamung von Bewegungen (Bradykinesie) und eine Muskelsteifigkeit (Rigor).

5.1. Primäre Symptome

5.1.1. Tremor (Ruhezittern)

Auffallend ist das Zittern in Ruhe, manchmal sogar im Schlaf, jedoch nicht immer bei bewussten Bewegungen. Betroffene zittern ungefähr vier bis sieben Mal in der Sekunde, je nach ihrem psychischen Zustand. Der Tremor geht von der Körpermitte aus und setzt sich bis zu den Händen und/oder Füßen fort. Oftmals sind die linke und rechte Seite nicht gleich stark betroffen. In manchen Fällen erfasst der Tremor auch den Kopf, die Zunge und den Unterkiefer.¹⁰

⁹ Vgl., Gerschlager, 2009, S 51

¹⁰ Vgl., Van Seggelen, 2001, S 25

5.1.2. *Bewegungsunruhe*

Meist äußert sich die Bewegungsunruhe als nervöser Drang, sich zu bewegen, der für Außenstehende bisweilen schwer zu erkennen ist. Die Unruhe ist möglicherweise die Folge der Muskelsteifheit. Ein Betroffener bezeichnete diesen Zustand „als hätte er einen Ventilator im Bauch“. Sobald die Unruhe auftrat, fühlte er sich wieder als Parkinsonkranker.¹¹

5.1.3. *Rigidität (Steifheit)*

Bewegt man das Handgelenk, den Ellbogen, den Fuß, das Knie oder den Unterkiefer des Patienten, nimmt man ruckartige Bewegungen wahr, als sei die Gelenksfläche ein Zahnrad, das sogenannte „Zahnradphänomen“. Jedoch tritt dieses Phänomen nicht auf, wenn man den Patienten bittet, einen plötzlich geworfenen Ball zu fangen. Wahrscheinlich entsteht das Phänomen erst, wenn sich der Betroffene bemüht, gut mitzuarbeiten, sich aber nicht bewusst entspannen kann.

Außerdem kann die Rigidität zu einer schweren Gelenkssteife oder zu einer Kontraktur führen. Dadurch wird die Beweglichkeit des Gelenks so eingeschränkt, dass die Versorgung des Kranken gefährdet ist. Alle Muskelgruppen sind von der Steifheit betroffen, sowohl der Beuger als auch der Strecker.¹²

5.1.4. *Trägheit*

Die Trägheit oder auch Bradykinesie oder Hypokinesie genannt, äußert sich als typische hölzerne Bewegungen des Erkrankten. Betroffene bewegen sich wie in Zeitlupe, ohne jede Eleganz. Parkinsonpatienten wissen, wie sie sich bewegen wollen, jedoch gelingt es ihnen nicht. Man könnte meinen, jemand hindere sie dabei.

Daraus kann sich völlige Unbeweglichkeit entwickeln, die sogenannte Akinese, aber sie kann auch in ruckartige Überbeweglichkeit (Hyperkinesie) umschlagen. Oftmals bleibt zwischen den Phasen nur wenig Zeit. Betroffene fühlen sich an manchen Tagen besser, wissen gleichzeitig aber, dass diese Besserung nur von kurzer Dauer ist.

¹¹ Vgl., Van Seggelen, 2001, S 25

¹² Vgl., Van Seggelen, 2001, S 26

Bei manchen PatientInnen wechseln die Phasen derart schnell, dass man in solchen Situationen den Ausdruck „Yo-Yo- Phänomen“ benutzt.

Des Weiteren kann sich die Hyperkinese auch als heftiges Schütteln äußern. Betroffene machen fahrigere Wurfbewegungen mit den Armen und /oder ziehen die Beine hoch. Dabei verdrehen sie ihren Kopf und heben die Schultern an.¹³

5.1.5. Die Körperhaltung

Morbus Parkinson wirkt sich auch auf die Körperhaltung aus. Betroffene gehen gebückt (Kyphose), als ob die Schwerkraft sie niederdrücke. Der Kopf steht steif und ist vorgeschoben (Protraktion). Das Gesicht ist ausdruckslos (Maskengesicht), die Brauen sind hochgezogen, die Augen sind weit geöffnet, und der Patient blinzelt langsam. Manchmal kneifen Betroffene die Augenlider unwillkürlich zusammen oder die Augen fallen ihnen zu, wodurch die Verletzungsgefahr steigt.

Die gesamte Haltung der PatientInnen ist schief (Skoliose) und meistens neigen sie sich zu der Seite, an der die Symptome zuerst erscheinen. Das Bein, das dabei am stärksten belastet wird, wird schweres Bein genannt.¹⁴

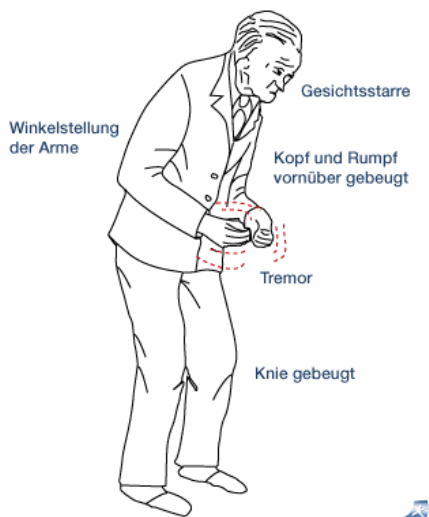


Abb.4.: Körperhaltung eines Parkinsonpatienten

¹³ Vgl., Van Seggelen, 2001, S 26

¹⁴ Vgl., Van Seggelen, 2001, S 27

5.1.6. *Der Gang*

Betroffene gehen mit schnellen, kurzen Schritten auf einer schmalen Spur. Es scheint so, als bewegten sie sich nur aus den Knien heraus und als gingen sie hauptsächlich auf ihren Vorderfüßen. Auch die Arme schwingen nicht mehr spontan im Rhythmus mit. Die Bewegungsunruhe führt zu einer sogenannten Propulsion (hastiges Vorwärtsgehen). Auch Retropulsion (Rückwärtsgehen) oder Lateropulsion (Seitwärtsgehen) können auftreten.

Die Patienten gelangen schnell aus dem Gleichgewicht, obwohl die Gleichgewichtsorgane nicht geschädigt sind. Dieses Problem entsteht, da die Muskulatur träge reagiert und die Patienten nicht zu assoziierten Bewegungen fähig sind (das automatische Mitbewegen eines oder mehrerer Körperteile, mit dem wir beim Bewegen eines anderen Körperteils das Gleichgewicht bewahren, nennt man assoziierte Bewegungen).¹⁵

5.2. Sekundäre Symptome

Da ein/e Parkinson- PatientIn nicht mehr tief einatmen kann, treten manchmal Lungen- und Herzbeschwerden auf. Des Weiteren können Sprechstörungen vorkommen, besonders im fortgeschrittenen Stadium. Die Handschrift der PatientInnen entwickelt sich zu einer zittrigen, schwer zu lesenden Mikroschrift. Durch die entstehenden Schluckbeschwerden kann das Essen Probleme bereiten. Da auf Grund des Bewegungsmangels auch der Darm weniger bewegt wird, sind manchmal Verdauungsstörungen die Folge. Die Haut ist teilweise fettig und schuppig und manche Patienten schwitzen stark, da die Temperaturregulation gestört ist.

Die Summe dieser Symptome führt zu sozialen Problemen, denn die träge Bewegung, die undeutliche Sprache und der schwierige Blickkontakt laden nicht gerade zu spontanen Kontakten ein. Durch die Beschwerden haben PatientInnen oftmals den Eindruck, dass sie anderen zur Last fallen und ziehen sich deshalb immer mehr zurück.

Weiters fällt es den Betroffenen schwer, sich auf ihre Umwelt einzustellen. Was um sie herum vorgeht, berührt sie zunehmend weniger. Es kann sein, dass sie einschlafen, wenn man nichts Besonderes von ihnen erwartet. Deshalb wird Parkinson bisweilen auch Schlafkrankheit genannt.

¹⁵ Vgl., Van Seggelen, 2001, S 30

Abgesehen von den körperlichen Einschränkungen die ein/e Parkinson- PatientIn im Laufe der Zeit bekommt, bleiben alle intellektuellen Fähigkeiten vollständig erhalten. Auf Grund der fehlenden Körpersprache ist die Umgebung sich dessen jedoch oft nicht bewusst.

Die kognitiven Fähigkeiten können allerdings nachlassen, und die Folge können Minderwertigkeitsgefühle und Angst vor Demenz sein, obwohl kein unmittelbarer Zusammenhang mit Demenz besteht.

ParkinsonpatientInnen leiden auch unter einigen anderen spezifischen Symptomen:

- Sie halluzinieren, d.h., sie nehmen Wahnbilder oder Geräusche wahr. Das ist oftmals eine Folge der Medikamente und der Patient kann Halluzinationen durchaus von der Wirklichkeit unterscheiden.
- Charcot vermutete bereits, dass emotionale Spannungen zu organischen Defekten im Gehirn beitragen können. Obwohl dies bis in die heutige Zeit ein umstrittenes Thema ist, besteht zweifellos ein deutlicher Zusammenhang zwischen verhinderten Gefühlsäußerungen und Parkinsonsymptomen.
- Manche Betroffene suchen vergeblich einen Sinn in ihrem Leben, vor allem in späteren Stadien.¹⁶

6. Therapieformen

6.1. Medikamentöse Therapie

6.1.1. Levodopa

Levodopa ist das bestverträgliche und wirksamste Medikament zur Behandlung von motorischen Symptomen bei Parkinson- Patienten. Es ist der natürliche Vorläufer des Neurotransmitters Dopamin. In der Körperperipherie wird mehr zu Dopamin als zu 3-O-Methyldopa umgewandelt. Ein Nachteil von Levodopa ist die kurze Halbwertszeit im Blut. Durch die Verbindung mit einem Dopadecarboxylasehemmer, z.B. Carbidopa, wird der unerwünschte periphere Metabolismus von Levodopa zu Dopamin vermindert. Jedoch wird durch die Kombination von Levodopa mit Carbidopa in der Peripherie mehr Levodopa über

¹⁶ Vgl., Van Seggelen, 2001, S 32

die Catechol-O-Methyltransferase abgebaut. Durch die Catechol-O-Methyltransferase-Hemmung wird die Bioverfügbarkeit von Levodopa im Blut erhöht. Somit gelangt mehr Levodopa in Gehirn.¹⁷

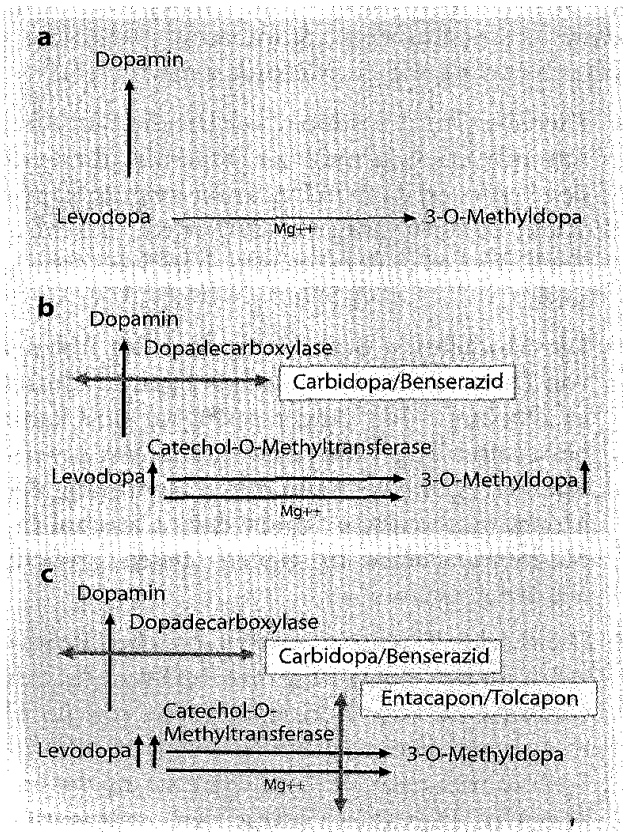


Abb.5.: Abbau von Levodopa in der Peripherie

Die ersten Langzeitstudien mit Levodopa zeigten, dass die Gabe dieses Medikaments zu einer Verlängerung der Lebenserwartung um ca. 5-7 Jahre bei Parkinson- PatientInnen führt. Besonders die motorische Leistungsfähigkeit wurde durch die Levodopatherapie verbessert und dies förderte dadurch die soziale und berufliche Integration. Außerdem wurden frühzeitige Kontrakturen der Gelenke vermieden und durch aktive motorische Betätigung das Herz-Kreislaufsystem anhaltend trainiert. Jedoch konnte die Progredienz des Krankheitsprozesses nicht verzögert werden, sodass nach 3-5 Jahren einer Levodopatherapie die Mehrzahl der PatientInnen wieder den ursprünglichen Grad der motorischen Behinderung erreicht.¹⁸

¹⁷ Vgl., Müller, 2010, S48

¹⁸ Vgl., Müller, 2010, S49

6.1.2. MAO-B-Hemmer

Im Gehirn wird Levodopa zum Teil durch die extra- und intraneuronal vorkommende Monooxidase (MAO) metabolisiert. Es wird zwischen den Formen MAO-A und MAO-B unterschieden. Die symptomatische Wirkung der MAO-B-Hemmer beruht auf einer verlängerten Verfügbarkeit von Dopamin. Bei diesen Substanzen wird eine den Verlauf modifizierende Wirkungskomponente diskutiert bzw. zu letzt auch nachgewiesen, weil der Abbau von Dopamin über die Monoaminoxidase zu einer vermehrten Synthese von freien Radikalen und damit zu oxidativem Stress führt. Hierbei werden auch immer der sogenannte Cheese-Effekt und das serotonerge Syndrom diskutiert.¹⁹

6.1.3. Dopaminrezeptoragonisten

Dopaminrezeptoren werden heute im Wesentlichen nach biochemischen und pharmakologischen Eigenschaften in D1-, D2 und D3- Rezeptoren eingeteilt.

Dopaminagonisten stimulieren direkt die postsynaptischen Rezeptoren. Meistens haben sie eine längere Halbwertszeit im Blut. Auch die Affinität zum postsynaptischen Rezeptor ist unterschiedlich ausgeprägt. Diese beiden Eigenschaften bestimmen ihre Wirksamkeit.

Des Weiteren reduzieren Dopaminagonisten den präsynaptischen Dopaminmetabolismus. Zumindest theoretisch können sie als spezifische Liganden der verschiedenen Dopaminrezeptorsubtypen synthetisiert werden. Sie werden nicht oxidativ abgebaut.

Als unerwünschte Wirkungen treten unter anderem Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Blutdruckabfall, Müdigkeit, Verhaltensänderungen, Halluzinationen und Verwirrung auf.²⁰

6.1.4. Nichtdopaminerge Therapie

Nichtdopaminerge Neurotransmittersysteme wie z.B. das cholinerge, noradrenerge, serotonerge und glutamaterge System spielen bei Progredienz und Symptombildung des idiopathischen Morbus Parkinson eine wesentliche Rolle. Durch den Einsatz von Anticholinergika und Glutamatagonisten kann die dopaminerge Transmission verbessert werden.

¹⁹ Vgl., Müller, 2010, S71

²⁰ Vgl., Müller, 2010, S82

- Anticholinergika

Die Anticholinergika, die als Antiparkinsonmittel verwendet werden, sind Biperide, Trihexyphenidyl, Metixen, Benztropin, Bornaprin und Procyclidin.

Grundsätzlich unterscheiden sich die nikotineren und muskarineren Rezeptoren dadurch, dass die nikotineren Rezeptoren sehr schnell eine Potentialänderung, die muskarineren Rezeptoren langsamer eine Potentialänderung bedingen.

Im Folgenden wird auf Grund ihrer Bedeutung für Morbus Parkinson hauptsächlich auf die muskarineren Rezeptoren eingegangen:

Muskarinerge Rezeptoren sind in ihrer Funktion dem adrenergen Rezeptor verwandt. Bei der Stimulation des muskarineren Rezeptors ist eine Signalübertragung durch Interaktion mit dem G-Protein erforderlich. Dies führt dazu, dass der Rezeptor deutlich langsamer aktiviert wird. Bei Muskarinrezeptoren handelt es sich um ein in die Zellmembran integriertes Protein. Dieser Rezeptor ist aus dem Extrazellulärraum für muskarinerge Liganden zugänglich.²¹

- Amantadin

Amantadinsalze werden sowohl zur virostatistischen Therapie als auch zur Behandlung der Parkinsonerkrankung eingesetzt. Diese wirken bei im Vordergrund stehender antiakinetischer Wirkung auch auf Rigor und Tremor. Gelegentlich beobachtet man Wirkverluste unter oraler Langzeittherapie.

- Budipin

Budipin stellt einen weiter gefassten Therapieansatz in der Pharmakotherapie des Morbus Parkinson im Rahmen der nichtdopaminergen Therapie dar. Die vielfältigen Wirkmechanismen von Budipin tragen dazu bei, dass sich die veränderte Neurotransmission im Bereich der nichtdopaminergen Systeme ausgleichen und stabilisieren. Budipin beeinflusst neben dem dopaminergen auch das noradrenerge, serotonerge, glutamaterge und cholinerge System.²²

²¹ Vgl., Müller, 2010, S82

²² Vgl., Müller, 2010, S106

6.2. Nicht-medikamentöse Therapie

6.2.1. Physio- und Hippotherapie

- Bobath-Methode

Das Hauptziel des Bobath-Konzeptes, das vor allem bei spastischen Hemiparesen zum Einsatz kommt, ist die Optimierung der Funktionen durch Verbesserung der Haltungskontrolle und der selektiven Bewegung mittels optischer, taktiler und verbaler Fazilitation (=dreidimensionale physiotherapeutische Behandlungsmethode, welche bei Patienten aller medizinischen Fachbereiche Anwendung findet, bei denen das Bewegungsverhalten durch eine Erkrankung, Verletzung, Operation oder Degeneration gestört ist). Von Bedeutung ist ferner die Behandlung eines pathologisch erhöhten Muskeltonus durch Dehnung betroffener Muskelgruppen. Im Bereich der oberen Extremitäten liegen die Flexoren, im Bereich der unteren Extremitäten die funktionellen Extensoren im Mittelpunkt des Interesses. Diese Tonusabnahme erklärt sich pathophysiologisch durch Dehnung über die Aktivität hemmender Ib- Interneurone, die eine Abnahme der Alpha-Motoneuronaktivität zur Folge hat.

- Funktionelle Bewegungslehre nach Klein-Vogelbach

Im Vordergrund der funktionellen Bewegungslehre nach Klein-Vogelbach steht die Schulung von funktionellen Bewegungsabläufen in Kombination mit einem Koordinationstraining. Hierbei bietet eine hubfreie Mobilisation die Möglichkeit, eingeschränkte Gelenkbeweglichkeiten und reduziertes Atemvolumen zu verbessern. In Abhängigkeit von Konstitution, Kondition und Mentalität der Parkinsonpatienten werden auf der Basis einer genauen Bewegungsbeobachtung individuelle Überschemata entworfen.²³

- Manuelle Therapie

Das Hauptaugenmerk der manuellen Therapie liegt auf der Behandlung von muskulären und gelenkspezifischen Bewegungsstörungen. Sie mobilisiert Gelenke, die in ihrem Bewegungsausmaß nicht mehr voll genutzt werden und daher kontrakt zu werden drohen. An jede Mobilisation schließt sich unter leichtem Zug oder leichter Kompression in den Endstellungen der Gelenke eine Dehnung an, um strukturspezifische Entspannungen zu

²³ Vgl., Przuntek, 1999, S53

erzielen. Weitere wichtige Maßnahmen zur Therapie der rigiden Muskulatur sind Dehnungen und funktionelle Weichteiltechniken an Rumpf und Extremitäten.

- Hippotherapie

Eine physiotherapeutische Methode besonderer Art, die insbesondere in jüngster Zeit bei ParkinsonpatientInnen großes Interesse findet, ist die Krankengymnastik mit und auf dem Pferd, die Hippotherapie.

Ziel der Hippotherapie ist das Wiedererkennen und das Wiedererfahren des Gehens durch die Bewegungsübertragung vom Pferd auf den PatientInnen in der Gangart „Schritt“. Das Vorwärtsbewegen des Pferdes erfolgt hierbei nicht durch den Reiter selbst, sondern durch einen Pferdeführer. Die Sicherung des Patienten und die Korrektur von Sitz und Haltung übernimmt der mitlaufende Therapeut mittels verbaler oder taktiler Reize.²⁴

6.2.2. *Physikalische Therapie*

Intermittierende Applikation von Massagen und Fangopackungen zur Linderung muskulärer Verspannungen ist sehr hilfreich, wie zusätzlich auch das therapeutische Schwimmen zur Verbesserung der Koordination.

Bei der Balneotherapie wird durch thermische und mechanische Reize eine örtliche Reaktion der Haut bewirkt, dies führt zu einer Stimulation der Vasomotorik und bewirkt als konsensuelle Begleitreaktion eine Feinwirkung auf tiefliegende Organe und Systeme, wie zum Beispiel dem Herzen, der Blutdruckregulierung und der Thermoregulation.

Sinnvoll sind:

- Bewegungsbad
- Mildes Vollbad
- Luftsprudelbad
- Sauerstoffbad
- Kneippsche Güsse

²⁴ Vgl., Przuntek, 1999, S55

- Heiße Rolle
- Muskuläre Entspannung
- Förderung der Koordination
- Entlastung großer Gelenke
- Mikromassage der Haut

Die Thalassotherapie nützt die natürlichen Heilfaktoren des Meeres und seiner Umgebung aus. Besonders das Reizklima, die gleichmäßige Luftfeuchte und der kräftige Wind führen zu Stabilisation des Kreislaufs, der Atmung und der Haut.²⁵

6.2.3. Elektrotherapie

- Niederfrequente Muskelstimulation

Die Anwendung einer niederfrequenten Elektrostimulation der Muskulatur ist bereits bei anderen Krankheitsbildern erfolgreich eingesetzt worden.

Hierbei werden den PatientInnen beidseits paravertebral 6-8 Elektroden auf dem Rücken befestigt. Die Stimulation ist längsverlaufend, parallel zur Wirbelsäule. Die Intensität wird je nach Sensibilitätsangabe der PatientInnen oberhalb der Merkschwelle eingestellt.²⁶

6.2.4. Ergotherapie

Ergotherapie kann bei manchen Parkinson- Erkrankten sehr hilfreich sein. Bei dieser Art von Therapie wird vor allem die Geschicklichkeit für Alltagshandlungen, wie Körperpflege, selbstständiges Ankleiden, Zubereitung von Speisen etc., gezielt trainiert. Das Hauptziel der Ergotherapie ist das Verbessern der Alltagsfertigkeiten, um die Selbstständigkeit zu erhalten. Zusätzlich kann für manche PatientInnen ein kognitives Training (Übungen zur Verbesserung der Hirnleistungskapazität) nützlich sein.²⁷

²⁵ Vgl., Müller, 2010, S141

²⁶ Vgl., Przuntek, 1999, S63

²⁷ Vgl., Gerschlager, 2009, S166

6.2.5. *Sprachtherapie- Logopädie*

Im Verlauf der Erkrankung entstehen bei Betroffenen typische Veränderungen der Stimme und der Sprache. Die Stimme wird leiser und monoton, längeres Sprechen wird anstrengend erlebt und ermüdet. Außerdem kann die Stimme dabei oftmals heiser werden. In fortgeschrittenen Krankheitsfällen kann die Stimme sehr schwer verständlich werden.

Beschwerden beim Sprechen und Veränderungen der Stimme werden von vielen Betroffenen als quälend erlebt und können dazu führen, dass sich die PatientInnen immer mehr zurückziehen oder Probleme bei der Berufsausübung bekommen.

Jedoch kann ein Training der Stimme und der Sprache, wie es bei der Logopädie praktiziert wird, sehr hilfreich sein und zu deutlichen Verbesserungen führen. Wichtig ist, dass die Übungen regelmäßig durchgeführt werden, denn nur so können langfristige Verbesserungen entstehen.²⁸

6.2.6. *Alternative Behandlungsmethoden*

Einige wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass ein beträchtlicher Teil der Parkinson- Patienten zusätzlich zu den etablierten Behandlungsmöglichkeiten alternative medizinische Angebote wahrnimmt.

Oftmals herrscht Misstrauen gegenüber den Fortschritten und Behandlungserfolgen der modernen Medizin. Häufig wird ein künstlicher Gegensatz zwischen der Schulmedizin und der alternativen Medizin hergestellt. Die Schulmedizin orientiert sich an Verfahren, die nachweislich wirksam sind. Hierbei ist die Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit von großer Bedeutung. Jede Behandlungstechnik muss sich deshalb einer wissenschaftlichen Überprüfung unterziehen und die möglichen Nebenwirkungen müssen bekannt sein.

Zu den alternativen Behandlungsmethoden zählen unter anderem die Homöopathie, die Akupunktur und diverse Energietechniken.

Des Weiteren gibt es mehrere wissenschaftliche Untersuchungen zu den Effekten der Akupunktur bei Morbus Parkinson. Jedoch ließ die Qualität der Studien keine klaren Aussagen darüber zu. Es werden deshalb größere und qualitativ bessere wissenschaftliche

²⁸ Vgl., Gerschlager, 2009, S167

Untersuchungen bei Parkinson-Patienten notwendig sein, um mögliche Effekte seriös beurteilen zu können.²⁹

6.3. Operative Behandlungen

6.3.1. Tiefe Hirnstimulation

Mittlerweile zählt die Tiefe Hirnstimulation zu den etablierten Verfahren zur Behandlung der fortgeschrittenen Parkinsonkrankheit, zu der umfangreiche Studienergebnisse vorliegen und die ebenso ein Teil des Leistungskatalogs aller gesetzlichen und privaten Krankenkassen geworden ist.

Die Tiefe Hirnstimulation wird in erster Linie an PatientInnen in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium angewandt, bei denen medikamentös nicht beherrschbare motorische Komplikationen auftreten. Als wesentliche Indikationskriterien gelten derzeit:

- Schwere Off-Phasen mit einer ausgeprägten Akinesie, ausgeprägte medikamenteninduzierte Dyskinesien mit einer funktionellen Beeinträchtigung, schwerer hochamplitudiger Parkinsontremor, der die Alltagsverrichtungen behindert.

Zu den wichtigsten Ausschlusskriterien für diesen operativen Eingriff zählen schwere Gleichgewichts- oder Gangstörungen trotz optimaler Medikamentenwirkung, eine Demenz, eine deutliche Hirnatrophie in der Kernspintomographie des Schädels, eine Blutungs- oder Infektneigung und ein reduzierter Allgemeinzustand.

- Verlauf der Operation

Stereotaktische Operationen sind Eingriffe am Gehirn, bei denen über ein kleines Bohrloch im Schädel mittels eines Zielgerätes Sonden an genau vorausberechneten Stellen im Gehirn platziert werden können. Das Anlegen dieses stereotaktischen Zielgerätes wird in der Regel in Kurznarkose durchgeführt. Danach werden Schichtbilder (Computer- oder Kernspintomographie) mit dem am Kopf befestigten Rahmensystem durchgeführt, die der Berechnung des Zielpunktes und des Sondenverlaufes dienen. Zum Einführen von Elektroden ist auf jeder Seite zusätzlich ein kleines Bohrloch im Schädel notwendig. Zunächst erfolgt

²⁹ Vgl., Gerschlager, 2009, S170

meist eine Ableitung der Nervenzellaktivität in Zielpunktnähe mittels Mikroelektroden, um das Zielgebiet exakt zu definieren. Danach werden Testreizungen durchgeführt, die die Mitarbeit des Patienten erfordern. Deshalb erfolgt dieser Teil der Operation nur noch in örtlicher Betäubung, um die Wirkung der Stimulation auf die Parkinsonsyndrome beurteilen zu können und mögliche Nebenwirkungen wie Kribbeln, Sprechstörungen, Augenbewegungsstörungen, Muskelverkrampfungen etc. festzustellen.³⁰

6.3.2. Stammzellentherapie für Parkinson

Die Stammzellentherapie durch Zellersatz und endogene Regeneration ist eine junge Behandlungsmethode, welche noch reifen und weiterentwickelt werden muss.

Morbus Parkinson charakterisiert die fortlaufende Degeneration von dopaminergen Neuronen in der Substantia nigra. Dadurch entsteht ein Mangel des Botenstoffs Dopamin in dem Gehirnteil Striatum, was zu Bewegungseinschränkungen führt. So entstand der Gedanke, die erkrankten dopaminergen Neuronen durch funktionstüchtige Neuronen zu ersetzen. Dies ist möglich durch eine intrastriatale Transplantation von primärem, embryonalem, human, mesenzephaalem Gewebe, welches reich an dopaminergen Neuronen ist.

Da diese Behandlung noch weiterentwickelt werden muss, gibt es noch keine bestehende Hoffnung, in nächster Zeit Parkinson-Erkrankten zu einem beschwerdefreien Leben zu verhelfen.

Wissenschaftler meinen jedoch, dass die kontrollierte Produktion von dopaminergen Neuronen technisch möglich sei. Das erwachsene Gehirn des Menschen hat eine begrenzte regenerative Möglichkeit. Es sollen hierbei nicht nur Neuronen ersetzt, sondern auch zur „Eigen-Produktion“ angeregt werden. Jedoch stützt sich die bisherige Forschung vor allem auf Tier-Experimente. Daher entsteht die Frage: Inwieweit ist dies auf den Menschen übertragbar und ist es ethisch vertretbar?³¹

³⁰ http://www.parkinson-web.de/content/behandlung/neurochirurgische_therapie/tiefe_hirnstimulation/index_ger.html

³¹ http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/270/pdf/faust1_parkinson.pdf

7. Die Pflege des Parkinson Patienten

7.1. Die Pflegeziele

Das Hauptziel aller pflegerischen Maßnahmen ist es, die ängstliche Haltung der PatientInnen durch bestimmte Tätigkeiten zu überwinden und zu mehr Selbstsicherheit bzw. Aktivitätssteigerung zu gelangen.

Bedeutsame Ziele sind:

- Selbständigkeit und Mobilität längstmöglich zu erhalten
- Eigenständige Durchführung der Körperpflege
- Selbstständige Zubereitung und Aufnahme der Nahrung
- Kommunikation und Selbstwertgefühl aufrechterhalten
- Komplikationen verhindern

Folgende Pflegeprobleme können beim Krankheitsbild auftreten:

- Rückgang des Selbstwertgefühls und depressive Verstimmungen
- Unselbstständigkeit und Immobilität durch Bewegungsarmut
- Einschränkungen bei der Körperpflege
- Eigenständige Zubereitung des Essens und die Nahrungsaufnahme sind erschwert
- Eingeschränkte Kommunikation
- Sekundärerkrankungen, ausgelöst durch die Bettlägerigkeit: Dekubitus, Aspirations- oder hypostatische Pneumonie, Thrombose, Parotitis, Soor, Obstipation, Kontrakturen
- Nebenwirkungen der Antiparkinson-Medikamente

Alle pflegerischen Maßnahmen werden genau festgelegt, damit das Pflegeziel erreicht werden kann. Somit sind sie von Bezugspflegepersonen genau überprüfbar. Das ganze Team sollte sich an der Pflegeplanung beteiligen um sich auf eine gemeinsame Vorgehensweise einigen zu können. Wenn es die Situation zulässt, sollte der Parkinsonkranke aktiv in die Pflegeplanung mit einbezogen werden. Der Pflegebericht muss Auskunft darüber geben,

welche Auswirkungen sich durch die gesetzten Maßnahmen ergeben. Durch die Dokumentation ist der Erfolg einer therapeutischen Pflege zu beurteilen und zu überprüfen.³²

7.2. Die Kommunikation

Einige Studien mit Gesunden belegen, dass unzureichende körperliche und seelische Zuwendung schwere Störungen auslösen kann. Deshalb ist es wichtig die sozialen Kontakte Parkinson-Erkrankter aufrecht zu erhalten, auch wenn ihre Maskengesichter, ihre leisen und oftmals monotonen Stimmen und trägen Bewegungen nicht zu einer lebhaften Kommunikation ermutigen.

Die Mimik kann der/die PatientIn üben, indem er morgens vor dem Spiegel Grimassen macht und dabei verschiedene Gefühle auf übertriebene Art und Weise auszudrücken versucht. Diese Übungen kann er mit Gesten und rhythmischen Geräuschen unterstützen, z.B. mit Reimen, Versen oder Liedern.³³

Die Kommunikation zu den Kranken kann sich mühsam gestalten, da sie mit einer monotonen, leisen Stimme kaum zu verstehen sind. Durch Musiktherapien kann die Aussprache der Erkrankten klarer werden. Sie können beim Reden rhythmisch auf eine Trommel schlagen, welches ihnen hilft die Zungenmuskulatur besser zu koordinieren und damit die Sprechgeschwindigkeit zu regulieren.³⁴

7.3. Die Bewegung

Parkinsonkranke neigen durch Bewegungseinschränkung und –verlangsamung zur Unselbstständigkeit und bleiben daher oft einfach sitzen oder liegen. Durch die Symptome erscheinen sie hilfloser als sie eigentlich sind. Um den Start, besonders am Morgen zu erleichtern, sollte die morgendliche Medikamentendosis auf dem Nachttisch bereitliegen. Eine halbe Stunde nach der Einnahme kann der Kranke sich im Bett mit Hilfe einer Strickleiter hochziehen. Altenpfleger achten darauf, dass die Kranken möglichst wenig im Bett liegen und sich, soweit es möglich ist, alleine waschen, an und ausziehen. Auf Grund der Bewegungsverlangsamung lagert sich der Erkrankte in der Nacht nicht mehr so häufig um.

³² Vgl., Höwler, 2010, S287

³³ Vgl., Van Seggelen, 2001, S102

³⁴ Vgl., Höwler, 2010, S288

Deshalb müssen Parkinsonkranke im fortgeschrittenen Stadium nächtlich zwei bis dreimal umgelagert werden, um einem Dekubitus der Haut vorzubeugen.

Außerdem haben Erkrankte Schwierigkeiten, vom Stuhl aufzustehen oder aus dem Auto auszusteigen. Höhere Sitze und Betten wirken sich günstig aus. Haltegriffe sind in den Toiletten anzubringen. Tägliche Übungen zur Anregung der Bewegungsabläufe sind Pflicht. Dabei ist auf große Schritte und gute Mitbewegungen der Arme zu achten. Die Motivation zur Bewegung wird angeregt durch tägliche Laufziele, zum Beispiel, die Zeitung holen oder den Hund ausführen. Veranstaltungen wie die Teilnahme am Seniorentanz oder an der Seniorengymnastik können den Erkrankten zu mehr Freude an Bewegung verhelfen. Aktive und passive Bewegungsübungen der Extremitäten, das Erlernen, den Rollstuhl richtig zu benutzen sowie Spaziergänge, eventuell mit Gehhilfen können wesentlich zur Bequemlichkeit und zum allgemeinen Wohlbefinden in einem späteren Krankheitsstadium beitragen.

Bei Patienten mit beträchtlicher Akinese schwellen die Füße oft an. Das Ödem verschwindet wieder mit der gezielten Behandlung des Parkinsonismus und sobald der Patient gelenkiger wird und die Beine häufiger bewegt. Als zusätzliche Maßnahme verordnet der Arzt ein Diuretikum.³⁵

7.4. *Sich pflegen und kleiden*

Bei übermäßiger Produktion des öligen Sekretes der Talgdrüsen (Seborrhoe) der Haut können dermatologische Detergenzien und lindernde Lotionen angewendet werden. Der/die PatientIn wird häufiger damit geduscht und anschließend gut abfrottiert. Die übermäßige Schweißabsonderung kann durch Waschungen/Bäder mit Salbeitee oder Eichenrinde-Abkochung beeinflusst werden. Durch das Ausbleiben des physiologischen Säuberungsmechanismus des Lidschlags, kommt es bei den Patienten leicht zur Konjunktivitis und verklebten Augenlidern. Die kann durch Spülungen der Augen mit künstlicher Tränenflüssigkeit gelindert werden. Außerdem ist nach den Mahlzeiten auf eine gründliche Mundpflege zur Vermeidung einer Soorinfektion zu achten.

Der Vorgang des Umkleidens wird erleichtert, wenn die Kleidungsstücke mit Reißverschlüssen, Klettverschlüssen und Schlaufen statt Knöpfen versehen sind. Anstelle von geknöpften Hemden kann der Kranke Polohemden oder T-Shirts tragen. Die Schnürsenkel

³⁵ Vgl., Höwler, 2010, S288

können durch elastische Bänder ersetzt werden, die weder geschnürt noch gebunden werden müssen.³⁶

7.5. Essen und Trinken

Da die Schluckfrequenz der Parkinson-PatientInnen vermindert ist, kann sich der Essvorgang verlangsamen und dadurch mühsam wirken. Sie müssen warten, bis der letzte Bissen hinuntergeglitten ist, bevor sie versuchen, den nächsten Bissen zu schlucken. Flüssige und feste Speisen sind gleich schwer zu schlucken. Hilfreich ist es, dem/der PatientIn weiche Kost anzubieten. Der Versuch, sich beim Essen anzureichen zu beeilen, verstärkt die Schluckprobleme. Um den PatientInnen eine angenehme Essenseinnahme bieten zu können, müssen Pflegepersonen mit Geduld und Zeit anwesend sein. Damit die Speise nicht kalt und unappetitlich wird, ist ein Warmhalteteller zu benutzen. Da der normale, unwillkürliche Akt des Speichelschluckens verlangsamt wird, sammelt sich Speichel vermehrt in Mund- und Rachenraum und fließt zwischen den Lippen heraus. Abhilfe können die regelmäßig eingenommenen Antiparkinsonmedikamente schaffen oder der/die PatientIn wird aufgefordert öfter zu schlucken. Durch die Symptome des Tremors wird der Gebrauch des Trinkgefäßes erschwert, und sollte deshalb durch Strohhalm als Trinkhilfe bei der Flüssigkeitszufuhr ergänzt werden. Essbesteck und Küchengeräte weisen große Griffe aus rutschfestem Material auf (Schaumgummi, Moosgummi, Stoff), glatte Keramikplatten auf Kochflächen, auf denen Pfannen und Töpfe nicht angehoben werden müssen, erleichtern den Tremor-Patienten die Küchenarbeit. Unter dem Essgeschirr werden rutschfeste Unterlagen angebracht, Saugnäpfe unter Bretter und Geschirr, Greifzangen zum Herunterholen von Gegenständen. Außerdem sollten Teller einen hohen Rand haben, damit die Speisen bei ungeschickten Bewegungen leichter auf Gabel oder Löffel kommen und nicht über den Tellerrand kippen.³⁷

³⁶ Vgl., Höwler, 2010, S288

³⁷ Vgl., Höwler, 2010, S289

7.6. Ausscheiden

Wenn Parkinson-PatientInnen mit geeigneten Inkontinenzhilfsmitteln (Vorlagen, Toilettenstuhl am Bett) versorgt werden, kann das nächtliche Einnässen aufgrund von Bewegungseinschränkungen behoben werden. Da die Bewegungen des Darmes durch den Parkinsonismus verlangsamt werden, können Obstipationen entstehen. Daher sollte der Patient eine ballaststoffreiche Nahrung zu sich nehmen und viel Flüssigkeit trinken. Die Ausscheidung sollte regelmäßig überprüft werden, sodass insgesamt eine ausreichende Flüssigkeitsbilanz besteht. Trink – und Ausfuhrkontrollen erleichtern die Überprüfung. Flüssigkeitsmangel kann zu einer Verschlechterung der Parkinson-Symptome führen.³⁸

7.7. Für eine sichere Umgebung sorgen

Lässt sich ein Krankenhausaufenthalt aufgrund der medikamentösen Einstellung nicht vermeiden, ist es hilfreich, dem Kranken möglichst viele vertraute Gegenstände mitzugeben, wie zum Beispiel Fotos von Angehörigen, eigene Handtücher bis hin zur bekannten Bettwäsche.

7.8. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Körperliche und seelische Aktivitäten tragen dazu bei, eine depressive Grundstimmung zu überwinden und die Eigenständigkeit sowie das Selbstwertgefühl zu steigern. Die Menge an Schmerzen und Missempfindungen, die im Laufe der Krankheit auftreten, können für die PatientInnen sehr bedrückend werden. Ein ausgeprägter Muskelrigor kann von ständigen nagenden Muskelschmerzen begleitet sein. Das Pflegepersonal sollte sich bemühen, die Schmerzempfindung des Kranken ernst zu nehmen. Außerdem sollte jede/r PatientIn von ärztlicher Seite eine geeignete Schmerztherapie verordnet bekommen.³⁹

³⁸ Vgl., Höwler, 2010, S289

³⁹ Vgl., Höwler, 2010, S289

8. Rechte der Parkinson- Patienten

Als Betroffener hat man das Recht

- auf einen Arzt, der eine spezielle Ausbildung im Bereich Neurologie bzw. Morbus Parkinson aufweist
- eine angemessene Abklärung und Diagnostik zu bekommen
- eine adäquate medizinische Behandlung zu erhalten
- Zugang zu verschiedenen Serviceeinrichtungen zu haben
- über die Erkrankung Bescheid zu wissen

Parkinson und Arbeitsplatz

Berufstätige Betroffene trifft die Diagnose besonders hart. Bei ihnen taucht die Frage auf: Wie lange werde ich noch arbeiten können?

Die Prognose kann nur durch den behandelnden Neurologen gestellt werden. Oft können Patienten durch medikamentöse Therapie viele Jahre weiter berufstätig sein, und auch berufliche Höchstleistungen sind immer noch möglich.

Jeder Betroffene sollte sich über die Rechte als Berufstätiger informieren. Möglichkeiten dazu bieten die Selbsthilfegruppen, aber auch Gewerkschaften und Betriebsräte.

Bevor Betroffene mit ihren Arbeitgebern sprechen- was sie natürlich tun sollten-, müssen sie sich über ihre Optionen Gedanken machen. Ob sie weiterhin an ihrem Arbeitsplatz tätig sein können oder durch die möglichen Symptome der Krankheit Probleme entstehen, die Arbeit verrichten zu können.

Im Gespräch mit dem Arbeitgeber empfiehlt sich ein offener Umgang. Weil die meisten Menschen nicht über die Krankheit Bescheid wissen, sollten die Erkrankten die Symptome und Beschwerden, die auftreten können, kurz erklären: Allgemeine Verlangsamung, Zittern usw.⁴⁰

⁴⁰ Vgl., Gerschlager, 2009, S177

9. Wohnen und Leben

Der Wohn- und Lebensraum erkrankter Menschen sollte so eingerichtet sein, dass sie bei einer Zunahme der Symptome möglichst ohne fremde Hilfe zurechtkommen können. Bei Treppen können Handläufe zum Anhalten angebracht werden. Türschwellen bilden bei fortgeschrittenem Krankheitsverlauf manchmal Probleme und sollten rechtzeitig begradigt werden. Teppiche sollten so gelegt werden, dass Betroffene nicht stolpern oder stürzen. Wichtig ist auch, dass das Badezimmer möglichst selbstständig benützt werden kann.

Günstig sind hohe Stühle mit Armlehne, von denen Betroffene selbstständig aufstehen können und das Bett sollte ebenso hoch sein, eventuell mit zusätzlich installierten Haltegriffen, damit man leichter aufstehen kann.

Seniorenresidenzen, betreute Wohnheime oder andere Institutionen sind für einige Betroffene eine akzeptable Alternative zum Wohnen in den eigenen vier Wänden. Hierbei liegen die Vorteile in der angebotenen Hilfestellung, und manche Betroffene haben so nicht das Gefühl und die Befürchtung, zu Hause zu vereinsamen.⁴¹

10. Internet-Patientenforen

Das Internet bietet zusätzlich unzählige Möglichkeiten. Betroffene können mit diesem modernen Medium rasch an Informationen über die Krankheit und moderne Therapieoptionen kommen. Doch hier ist oft auch Vorsicht geboten. Im Internet werden auch nicht überprüfte Therapien angeboten, und manche Betreiber versuchen, die schwierige Situation von Betroffenen auszunutzen, um Geschäfte zu machen.

Über Internetforen können Betroffene mit Gleichgesinnten und Angehörigen über ihre Probleme sprechen, und man bekommt auch wichtige Informationen über neue Therapien oder man erfährt, wie andere die Krankheit meistern. Zusätzlich bietet ein Forum oft die Möglichkeit, Fragen direkt an einen Neurologen und Parkinson-Experten zu richten.

Parkinson-Forum in Österreich: www.parkinsonberatung.at/forum⁴²

⁴¹ Vgl., Gerschlager, 2009, S178

⁴² Vgl., Gerschlager, 2009, S180

11. Heil- und Hilfsmittel

- Therapiekitt

Die spezielle Masse wird für Finger- und Handübungen verwendet und es gibt Sorten verschiedener Festigkeit. Der Vorteil ist, dass der Kitt nie härtet und unbegrenzt haltbar ist, nicht auf die Hände abfärbt und in drei Festigkeitsgraden erhältlich ist: weich, mittel, hart.⁴³

- Anziehhilfen

Mittels eines Strumpfanziehers, welcher aus hochflexiblem Polyäthylen mit Baumwollbändern besteht, können Strümpfe über die gebogene Rinne geführt und von den Seitenkerben in der richtigen Position gehalten werden. Der Fuß wird dann in die Öffnung des Strumpfes gesetzt, welcher mit Hilfe der Bänder nach oben gezogen werden kann.

- Esshilfen

Um das Essen für Erkrankte zu erleichtern, wurden spezielle Teller mit erhöhten Rändern entwickelt, sodass die Speisen nicht über den Tellerrand gleiten.

Das Essbesteck mit angefertigten Griffen wird den Konturen der Hand entsprechend angepasst, damit Parkinson-Patienten das Besteck sicher halten können.⁴⁴

- Gehhilfen

Das Deltarad, der Rollator und das Gehgestell geben den Erkrankten Sicherheit bei der Fortbewegung. Außerdem gibt es einen „Antifreezing Stock“, ein Leichtmetall- Stützstock mit anatomischem Griff für die rechte oder linke Hand, mit ausklappbarer Querleiste, welcher bei Starthemmungen eingesetzt wird.⁴⁵

⁴³ Vgl., Henneberg, 2000, S118

⁴⁴ Vgl., Henneberg, 2000, S120

⁴⁵ Vgl., Henneberg, 2000, S120

12. Schlussfolgerung

Morbus Parkinson ist eine langsam fortschreitende neurologische Erkrankung. Sie zählt zu den degenerativen Erkrankungen des extrapyramidal-motorischen Systems. Die Parkinson-Krankheit ist gekennzeichnet durch das vornehmliche Absterben der Dopamin-produzierenden Nervenzellen in der Substantia nigra. Man spricht von einer chronischen Erkrankung, die in jedem Lebensalter auftreten kann und beschreibt die häufigsten primären Symptome wie Rigor, Tremor, Brady- oder Hypokinese und Bewegungsunruhe.

Jedoch gibt es zahlreiche Therapiemöglichkeiten, die das Leben der Parkinson-Erkrankten erleichtern und dazu beitragen, ihnen eine bestmögliche Lebensqualität verschaffen zu können. Hierbei unterscheidet man zwischen der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie. Durch Medikamente und Therapien wie Physio- oder Ergotherapie wird versucht, den PatientInnen einen Teil ihrer verlorenen gegangenen Lebensfreude wieder zu geben. Des Weiteren entstehen durch Fortschritte in der Medizin und der Wissenschaften neue Behandlungsmethoden, um Morbus Parkinson gezielt zu bekämpfen.

Auch der pflegerische Bereich bietet viele Möglichkeiten, den Alltag der Parkinson-Patientinnen so angenehm wie möglich zu gestalten. Hierbei wird nicht nur darauf Wert gelegt, dem Erkrankten bei der Körperpflege zu helfen, sondern auch das Umfeld so zu verändern, dass PatientInnen in einen sicheren und angenehmen Lebensrhythmus finden können. Des Weiteren ist die Pflege auch darauf ausgerichtet, die Alltagstätigkeiten wie Essen und Trinken durch Zusatzutensilien zu unterstützen.

Durch meine Themenwahl Morbus Parkinson wurde mir klar, wie hoch der Schwierigkeitsgrad ist, Menschen mit chronischer Erkrankung bestmöglich zu versorgen und ihnen eine optimale Therapie zu ermöglichen. Oftmals ist es wichtig, auf Kleinigkeiten, wie minimale Veränderungen im Gesichtsausdruck oder der Körperhaltung zu achten, um danach handeln zu können. Die intensive Beschäftigung mit Morbus Parkinson verhalf mir zu einem neuen Blickwinkel über zahlreiche pflegerische Tätigkeiten.

Meine Arbeit möchte ich mit einem Zitat von Friedrich Nietzsche beenden:

„Die Hoffnung ist der Regenbogen über dem herabstürzenden Bach des Lebens.“

13. Literaturverzeichnis

- Bücher

Gerschlager, W. (2009): Parkinson: Ursachen, Diagnose, Verlauf und Therapieoptionen. Wien: Wilhelm Maudrich Verlag

Henneberg, A. (2000): Parkinson- zu neuem Gleichgewicht finden: Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Freiburg: Verlag Herder

Höwler, E. (2010): Gerontopsychiatrische Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.

Müller, T. (2010): Medikamentöse Therapie des Morbus Parkinson. Bremen: UNI-MED Verlag AG.

Pruznek, H. / Müller, T. (1999): Nichtmedikamentöse, adjuvante Therapie bei der Behandlung des Morbus Parkinson. Stuttgart- New York: Georg Thieme Verlag.

Schwarz, J. / Storch, A. (2007): Parkinson-Syndrome: Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: W.Kohlhammer GmbH

Van Seggelen, P.H. (2001): Parkinson: Professionelle Pflege und Therapie. Bern: Verlag Hans Huber.

- Internet

http://www.hirslanden.ch/content/global/de/startseite/gesundheit_medizin/mediathek_bibliothek/fachartikel/verschiedenes/die_behandlung_vonparkinson-patientenmittelscerebralerstimulatio/_jcr_content/download/file.res/Publ_Parkinson.pdf

http://www.parkinson-web.de/content/behandlung/neurochirurgische_therapie/tiefe_hirnstimulation/index_ger.html

http://www.neurologienetz.de/front_content.php?idart=156

http://www.parkinson-web.de/content/behandlung/neurochirurgische_therapie/tiefe_hirnstimulation/index_ger.html

http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/270/pdf/faust1_parkinson.pdf