

Behinderungen beim Parkinsonpatienten : Möglichkeiten der stationären Rehabilitation

Autor(en): **Rentsch, Hans Peter**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Parkinson : das Magazin von Parkinson Schweiz = le magazine de Parkinson Suisse = la rivista di Parkinson Svizzera**

Band (Jahr): - **(1992)**

Heft 27

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-815862>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



Behinderungen beim Parkinsonpatienten

Möglichkeiten der stationären Rehabilitation

Die Behandlung und Betreuung des Parkinsonkranken ist in der Regel eine Aufgabe der ambulanten Medizin. Patienten mit einer schweren, oft lange dauernden Parkinson'schen Erkrankung können jedoch oft von vorübergehenden diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im Spital profitieren. In den folgenden Abschnitten sollen die stationären Möglichkeiten der Parkinsonbehandlung auf einer Rehabilitationsabteilung aufgezeigt werden.

Fortgeschrittene Erkrankung

Die therapeutisch-rehabilitativen Zielsetzungen, die wir bei der Behandlung unserer Patienten anstreben, beruhen auf einer möglichst präzisen Erfassung der Behinderungen, welche für die Einschränkung der Lebensqualität des Patienten verantwortlich sind und die den Bedarf an Hilfeleistungen durch Angehörige und Betreuer bestimmen.

Wir untersuchten die dominierenden Behinderungen von 130 bei uns rehabilitierten Patienten (siehe Tabelle). Dabei war das Ausmass der Beeinträchtigung oft durch mehrere Faktoren bestimmt. Als direkte Folge der Bewegungsstörung bei der Parkinson'schen Erkrankung muss die Einschränkung der Mobilität (Gehfunktion, selbständiges Aufstehen aus liegender oder sitzender Position), der damit vorhandene Verlust an Selbständigkeit in der Körperpflege, dem An- und Auskleiden, sowie Sturzneigung angesehen werden. Ein ausgesprochen häufiges und oft sehr schwerwiegendes Symptom ist eine Störung der Blasenfunktion. Der ständige Harndrang, verbunden mit der ausgeprägten Bewegungsstörung, führt nicht selten zu einem wiederholten unkontrollierten Urinabgang und beschränkt den Aktionsradius und die Möglichkeit zu sozialen Aktivitäten für den betroffenen Patienten und seine direkten Angehörigen. Die Nächte werden für die Betroffenen und ihre betreuenden Lebenspartner oft zu einem strapaziösen Marathon mit mehrfachen Wachperioden, nötigem Neueinbetten, Wäschewechsel, oder einer Sturzgefährdung bei nächtlichen Toilettenbesuchen. Psychische und psychiatrische Symptome können stark limitierend für die

Lebensqualität des Betroffenen werden und sie stellen hohe Anforderungen an die betreuenden Ehepartner und Lebensgefährten. Depressionen, aber auch ausgeprägte Angstzustände beobachten wir häufig. Verwirrtheit ist teilweise bedingt durch die hirnorganische Erkrankung, sie wird aber oft durch medikamentöse Nebenwirkungen mitbeeinflusst. In einem Drittel der Fälle finden wir eine zusätzliche Erkrankung, welche den Behinderungsgrad massgeblich beeinflusst. Die Behandlung solcher Begleiterkrankungen bewirkt oft eine entscheidende Besserung der Lebenssituation für den betroffenen Patienten. Der Tremor, Schmerzen, Schluck- oder Sprechstörungen, obwohl häufig vorhanden, waren relativ selten dominierende Faktoren für den Schweregrad der Behinderung. Bei langer Dauer der Parkinson'schen Erkrankung beobachteten wir schwer behandelbare Bewegungsstörungen (Dyskinesien), On-Off Phänomene, sowie starke Blutdruckabfälle bei Lageänderungen oder im Anschluss an Mahlzeiten. Ein kleiner Prozentsatz unserer Patienten wurde auch mit Medikamenten (Neuroleptika) behandelt, welche die Parkinsonsymptomatik direkt verschlechterten. Eine dominierende psychosoziale Problematik wird in Familien mit Parkinson-Kranken häufig gefunden. Diese schwierige psychosoziale Situation ist nicht selten von einer wesentlichen Verschlechterung der Gesamtsituation und einer ausgeprägten Verstärkung der funktionellen Einschränkung begleitet. Besondere Beachtung muss auch der Tatsache geschenkt werden, dass die Behinderung oft Tagesschwankungen unterworfen ist, und dass sich für 16 Prozent unserer Patienten die Hilfsbedürftigkeit vor

allem auf die Nacht beschränkte, während sie bei weiteren 35 Prozent praktisch nur tagsüber zu finden war.

Rehabilitationsgrundsätze

Mit der medikamentösen Behandlung können wir das neurologische Uebermittlungssystem verbessern. Damit schaffen wir die Voraussetzung für eine Verbesserung der Bewegungsfunktionen. Die effektive Verbesserung der Beweglichkeit (Erhöhung der Gelenkbeweglichkeit, der Muskelelastizität und der Kraft), der Haltung und der Gleichgewichtsfunktionen muss jedoch konkret durch aktive rehabilitative Massnahmen erreicht oder gefördert werden. Ausgangspunkt für die rehabilitativ-therapeutische Behandlungsplanung ist demnach eine genaue Analyse der Faktoren, welche zur funktionellen Einschränkung und zur sozialen Beeinträchtigung führen. Die auf dieser Analyse aufbauende Rehabilitationszielsetzung muss mit dem Patienten erarbeitet werden, seine psychosoziale Situation muss berücksichtigt werden und die betreuenden Angehörigen müssen in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden. Während der stationären Rehabilitation werden alle Aktivitäten im Rahmen des Alltags auf der Abteilung ins Therapieprogramm integriert. Entsprechend hat auch jede mit dem Patienten beschäftigte Person einen therapeutisch-rehabilitativen Auftrag. Letztlich ist das Therapie- und Rehabilitationsziel ganz auf eine Verbesserung der funktionellen Einschränkungen und der sozialen Beeinträchtigung ausgerichtet.

Das Rehabilitationsteam

Eine enge, koordinierte und auf die gleichen Ziele ausgerichtete Teamarbeit ist für eine erfolgreiche Rehabilitation von Parkinsonpatienten von zentraler Bedeutung. Der Arzt ist verantwortlich für die Klärung von notwendigen diagnostischen Fragen, die Durchführung der medikamentösen Therapie, sowie einer sinnvollen Behandlung von Begleiterkrankungen. Zudem ist er Koordinator für das gesamte Rehabilitationsteam, er übt beratende und betreuende Funktionen gegenüber den Patienten und seinen Angehörigen aus. Der Schwerpunkt der physio- und ergotherapeu-



M. PARKINSON GRÜNDE FÜR DIE BEHINDERUNG

130 Patienten

1.	Immobilität/ Unselbständigkeit	80.8%
2.	Blasenstörung	44.6%
3.	Stürze	36.2%
4.	Begleiterkrankung	32.3%
5.	Depression	32.3%
6.	Andere psychiatr. Problematik	20.8%
7.	Verwirrtheit	20.0%
8.	Psychosoziale Probleme	16.2%
9.	Dyskinesien	15.4%
10.	On-Off Phänomene	14.6%
11.	Orthostase	13.1%
12.	Tremor	12.3%
13.	Schmerzen	9.2%
14.	Schluckstörung/ Aphonie	6.2%
15.	Neuroleptika	4.6%

tischen Behandlung liegt bei der Verbesserung der Bewegungsfunktionen und deren Integration ins Alltagsleben. Notwendige Beratungen, Schulungen und Informationen, sowie allfällige Anpassung und Abgabe von Hilfsmitteln, sowie die Erstellung von Heimprogrammen gehören in den Tätigkeitsbereich der Physio- und Ergotherapie. Die Schwerpunkte der Tätigkeit des Pflorgeteams liegen bei einer konsequenten Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie im Bedarfsfall bei der Durchführung von intensiven Rehabilitationsprogrammen zur Wiedererlangung einer geregelten Blasen- und Stuhlfunktion. Bei verwirrten Patienten ist ein Reorientierungstraining von Bedeutung. Das Pflorgeteam fördert gezielt auch die gestörten Bewegungsfunktionen in den wiederkehrenden Alltagssituationen. Die Reintegration zuhause wird, gemeinsam mit den übrigen Beteiligten des Rehabilitationsteams, dem Sozialdienst, bei Bedarf mit nachbetreuenden Spitexdiensten oder mit Hilfe der Uebergangspflege in der Wohnung des Patienten vorbereitet.

Rehabilitation im Bereich von Bewegungsstörungen

Grundlage für gute Bewegungsfunktionen bildet eine normale, stabile Körperhaltung und die Fähigkeit, aus verschiedensten Ausgangsstellungen zielgerichtete Bewegungen auszuführen. Das Erreichen eines sicheren, sturzf freien Ganges, wie auch der

Fähigkeit zu Lageveränderungen (Drehen aus Rückenlage, sich aufsetzen, aufstehen, sich hinsetzen) sind auf einen stabilen, aber möglichst frei beweglichen Kopf und Rumpf angewiesen. Auch feinmotorische Leistungen können nicht ohne eine normale Haltung und ein gutes Gleichgewicht erbracht werden.

Die bewegungstherapeutischen Ansätze für unser Rehabilitationsprogramm sind deshalb stark auf die Verbesserung dieser Bewegungsfunktionen ausgerichtet. Daneben bedeuten eine Stärkung der Muskelkraft, eine Bahnung von grösseren Bewegungen, eine Dehnung von verkürzten Muskelgruppen, eine Verbesserung von Gewohnheitshaltungen, sowie therapeutische Lagerungen wichtige Bestandteile der Behandlung. Entspannung, eine Verbesserung von Atmung und Tongebung werden ebenfalls stark gefördert.

Die in der Physiotherapie erarbeiteten verbesserten Bewegungsmöglichkeiten werden im Ablauf der täglichen Handlungen durch die Pflege intensiv gefördert. Jede für die eigene Selbständigkeit notwendige Aktion, sei es das Ankleiden, die Morgenwäsche, der Gang zur Toilette oder das Drehen im Bett bilden wichtige rehabilitativ-therapeutische und funktionserhaltende Massnahmen und helfen die parkinsonbedingte Muskelsteife unter Kontrolle zu halten. Wichtig ist, dass der Patient die wiedergewonnenen Fähigkeiten später

auch zuhause konsequent weiter nutzt und keine Ueberbetreuung durch die Angehörigen erfolgt. Oft erarbeiten unsere Physiotherapeuten mit den Patienten individuell angepasste Heimprogramme.

Rehabilitation der Blasen- und Stuhlfunktion

Parkinsonbedingte Blasenstörungen und chronische Verstopfung bilden manchmal den Hauptgrund für Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit. Eine saubere Diagnostik, die Suche nach weiteren, nicht parkinsonbedingten Störungen der Blasen- und Stuhlregulation und eine Kombination von gut eingesetzten medikamentösen Massnahmen mit einem ausgewogenen und konsequenten Blasen- und Stuhltraining führen oft zu einer Verbesserung des Handicaps für den Patienten und zu einer Pflegeleichterung für die Betreuer. Insbesondere gelingt es nicht selten, die durch Inkontinenz- und Drangepisoden gestörten Nächte zu verbessern.

Psychosoziale Aspekte der Rehabilitation

Die langdauernde chronische Erkrankung bewirkt oft eine schlechte Selbsteinschätzung beim Patienten. Er empfindet sich als invalid und verhält sich entsprechend. Aufgrund unserer kulturellen Tradition wird dieser Zustand auch durch die Familie und das soziale Umfeld des Patienten akzeptiert. Die soziale und psychologische Rollenverteilung in der Familie ändert sich, der Parkinsonkranke wird überbetreut. Dies verschlechtert wiederum seine Eigenkontrolle, erhöht seine Abhängigkeit von anderen, hemmt seine Motivation zur funktionellen Verbesserung und beschleunigt den Abbau von sozialen Aktivitäten.

Der stationäre Rehabilitationsaufenthalt kann dazu beitragen, die schlechte Selbsteinschätzung durch die positive therapeutische Haltung des behandelnden Zentrums abzubauen. Die unter den rehabilitativ-therapeutischen Bemühungen erreichten Verbesserungen können die Abhängigkeit von Fremdhilfe reduzieren und zu einer Wiederaufnahme von sozialen Aktivitäten führen. Ein Erfolg der Rehabilitationsbemühungen hängt jedoch stark von der

psychosozialen Ausgangslage ab. Der Wille des Betroffenen und seiner Betreuer, die bestehende Situation zu ändern, ist eine notwendige Voraussetzung. Sekundärer Krankheitsgewinn für den Patienten (erhöhte Zuwendung) oder sozialer Profit in der neuen Rolle für die Betreuer können eine erfolgreiche Therapie verunmöglichen. Im Rahmen der psychosozialen Reintegrationsmassnahmen müssen auch depressive Zustände, Angstzustände und Orientierungsstörungen therapeutisch einbezogen werden.

Medikamentöse Massnahmen

Eine ausgewogene, auf die Behinderungsart und die Behinderungszeiten ausgerichtete medikamentöse Therapie hat eine zentrale Bedeutung im Rehabilitationsprogramm. Mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, muss in Spätphasen der Erkrankung oft mit grossem Aufwand ein optimales Gleichgewicht zwischen den wünschbaren Wirkungen der Antiparkinsonmedikamente und unvermeidbaren Nebenwirkungen gesucht werden. Zudem hat eine gezielte Behandlung von unabhängigen Begleiterkrankungen und beeinträchtigenden Symptomen, wie Schmerzen und Schlafstörungen, oft eine grosse Wirkung auf das Ausmass der Behinderung.

Dr. med. Hans Peter Rentsch (Leitender Arzt für Rehabilitation, Kantonsspital Luzern) Vortrag, gehalten an der Mitgliederversammlung 1992

Die Exma zieht um

Bü. Die Schweizerische Hilfsmittel-Ausstellung Exma zieht um und ist ab 25. August 1992 neu unter folgender Adresse zu erreichen: SAHB Hilfsmittel-Zentrum, Dünnerstr. 32, 4702 Oensingen (Tel. 062/76 27 67 Fax 061/76 33 58).

In Nummer 25/92 haben wir die regionalen Stellen der Schweiz. Arbeitsgemeinschaft Hilfsmittelberatung für Behinderte und Betagte (SAHB) veröffentlicht. Bei der Regionalstelle Neuenburg (rue de la Maladière 33, 2000 Neuchâtel) ist die Telefonnummer zu korrigieren: Sie lautet richtig 038/20 03 50.

Assemblée générale 1992

Un nouveau guide pour l'Association

Bü. L'assemblée générale 1992 a traité en un temps record un ordre du jour considérable et adopté des résolutions essentielles. M. L. Schmidlin a été élu nouveau président et remplace M. R. Nowak, décédé. Quelques modifications ont été apportées aux statuts. Enfin, et pour la première fois depuis la fondation de l'association, il a fallu augmenter le montant des cotisations. Mme Josi Meier (Lucerne), présidente du Conseil aux Etats et membre du comité de patronage de l'association, était l'invitée de l'assemblée générale.

Le matin, les personnes qui le désiraient ont eu l'occasion de visiter le Centre des paraplégiques de Nottwil, sous la conduite des professionnels qui travaillent dans l'établissement. Le Centre, qui accueillait cette année l'association, est remarquablement bien aménagé et se consacre tout particulièrement à la rééducation des personnes paraplégiques et tétraplégiques: service d'ergothérapie, installations sportives, postes de travail spécialement aménagés de modèles d'appartements reconstitués permettent aux patients de se préparer au retour à domicile.

Nécrologie

L'après-midi, le Dr Fiona Fröhlich Egli a ouvert la séance en rendant hommage à M. Robert Nowak, premier président de l'ASMP, décédé prématurément en septembre dernier. Le rôle de M. Nowak dans la fondation et l'organisation de l'association s'est révélé prépondérant. Il s'est engagé activement dans la création du magazine d'information, l'organisation du conseil téléphonique auprès des malades, assuré par le secrétariat, et au sein des groupes d'entraide. Il entretenait par ailleurs des contacts réguliers avec les associations de l'étranger et se souciait de faire des réserves pour l'encouragement à la recherche et pour les vacances organisées à l'intention des patients. L'assemblée a observé une minute de silence en mémoire du disparu.

Première année sans réserves

C'est la première année que le bilan de l'association, présenté par M. Robert Ruhier, trésorier central, n'accuse aucune réserve, bien que légèrement excédentaire. En effet, en 1989 et 1990, des réserves de fr. 50'000.- et fr. 15'000 avaient été réalisées. L'assemblée a approuvé sans com-

mentaire et à l'unanimité le bilan et le rapport annuel. Rappelons que le bilan annuel a été publié, pour la première fois cette année, dans le magazine d'information.

Information du public

Dans son rapport à l'assemblée générale, Mme Lydia Schiratzki, secrétaire générale, a souligné les efforts qui ont été réalisés l'an dernier en matière d'information. Fin 1991, l'association a contacté tous les neurologues de Suisse en les priant de signaler l'existence de l'ASMP à leurs patients. Elle a également envoyé le magazine d'information à 700 généralistes en leur demandant de le mettre à disposition des patients dans leur



M. Lorenz Schmidlin est né en 1929. Après avoir fréquenté l'Ecole cantonale de Lucerne, il a étudié les sciences économiques et politiques à l'Université de Saint-Gall. Marié, il a un fils et une fille. Il a passé la plus grande partie de sa vie professionnelle chez Ciba-Geigy à Bâle, dont 14 ans comme directeur du service de comptabilité et d'informatique. Depuis sa retraite il y a une année, M. Schmidlin collabore activement au sein de la Société d'utilité publique de Bâle.