

Optimierung der nicht-medikamentösen Parkinson-Therapie

Ambulante Heilmittelanwendung und rehabilitative Komplextherapie

Paul Reuther

- Medikamentöse Behandlung
 - (Tiefenhirnstimulation)
- plus
- Nicht-medikamentöse Behandlung mit rehabilitativem Ansatz

Krankengymnastik

Ergotherapie

Logopädie

Neuropsychologie-Verhaltenstherapie

rehabilitative Komplextherapie ambulant-stationär

Gruppen (Selbsthilfe, Rehasport)

- **Leitlinien DGN: Parkinson Syndrome 2003 (www.dgn.org)**

Zitat:

„Krankengymnastik

Krankengymnastik ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung des Parkinson-Syndroms. Offene Studien weisen darauf hin, dass ein früher Beginn krankengymnastischer Übungsbehandlungen die Dosierungen der benötigten medikamentösen Therapie reduzieren.

Physikalische Therapie fördert die Beweglichkeit und beugt bei Patienten mit fortgeschrittenem Stadium Gelenkkontrakturen vor. Die Therapie soll weiterhin dazu dienen, krankheitsspezifische Störungen der Bewegungsinitiierung und – ausführung sowie der Haltungsreflexe zu kompensieren. Die Patienten können z. B. durch die Nutzung externer Stimuli und Zeitgeber lernen, in freezing-Perioden das Gehen zu initiieren, indem sie sich selber durch lautes Zählen einen Rhythmus vorgeben. Weiterhin kann eine Gruppentherapie den Ausgleich für reduzierte soziale Kontakte fördern.

Logopädie

Die Logopädie stellt eine wichtige Therapiemaßnahme zur Verbesserung der Sprechstörung bei Parkinson-Syndromen dar. Zu den charakteristischen Sprechstörungen zählen: ungenaue Artikulation, reduzierte und fehlende Modulation der Lautstärke sowie gestörte Sprechgeschwindigkeit. Ziel der Logopädie ist, die Muskeln für das Stimmvolumen, die Atemtechnik und die Artikulation zu trainieren. Bewusstes Wiedererlernen von Zeitabläufen während der Sprachproduktion und die besondere Beachtung der Artikulationsschärfe sind in diesen Therapien enthalten. Logopädie fördert daher die verbale Kommunikation der Patienten, welche Voraussetzung für die Erhaltung der sozialen Kontakte ist.“

Heilmittelanwendung mit rehabilitativem Ansatz in der ambulanten Versorgung

Sammeln Sie Informationen vom chronischen Patienten nach dem bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell?

Nach welchen Kriterien verordnen Sie Heilmittel bei Parkinsonpatienten?

Wissen Sie, welche Heilmittel und Verfahren und in welcher Intensität man bei welcher Störung anwendet?

Welches sind für Sie die wichtigsten Red flags?

Wissen Sie, was Ihre regionalen Therapeuten mit Parkinsonpatienten machen?

Thematische Kooperationen mit Heilmittelerbringern?

Kommunizieren Sie die Ziele der Heilmittelerbringung mit Patient und Therapeut?

Wie gehen Sie mit Heilmittelrichtlinien bei Parkinson um?

Physiotherapie? Gezielte Aufträge?

Regelversorgung ZN,EX,WS?

Außerhalb der Regelversorgung –
Dauerbehandlung zB 1x pro Woche?

Motorische Komplikationen – Stürze
Krafttraining

Ergotherapie? Gezielte Aufträge?

ADLs Feinmotorik-Koordination

Kognition - Hirnleistung

Logopädie? Gezielte Aufträge?

Sprechen – Sprache - Kommunikationsverhalten

Schlucken

Mimik - Schreiben

Sonstiges?

Reha-Sport ? >verordnungsfähig bis zu 300 Std/3J

Neuropsychologie – Verhaltenstherapie?

Sozialberatung – Beruf-Rente?

Patientenedukation?

Selbsthilfegruppe?

Angehörigengruppe?

Heilmittelanwendung bei Parkinson Syndromen

Analyse der Gefährdungen und Behinderungen

Abstimmung der Ziele und Zielebenen

Therapieplanung mit Patient

Verordnung - Abstimmung mit Therapeut

Intervention: Methodik, Therapietakte, Zeitrahmen

Zielüberprüfung

*Gelingt es, mit dem Patienten die Ziele zu definieren?
„Shared Decision Making“*

Erreicht man Motivation und Umsetzungsbereitschaft?

Besteht Kooperation zwischen Arzt und Therapeuten?

Mitwirkung der Angehörigen?

1. Informationsstand über Parkinson Probleme – Red flags?
2. Erfahrung mit spezifischen Therapieverfahren?
3. Kooperations- und Informationsbereitschaft?
4. Konsensfindung über komplexe Therapieziele
 - motorisch-funktionell
 - faciooral-kommunikativ
 - neurokognitiv-affektiv
 - behavioral
 - vegetativ
5. Eigenübungsprogramm als Ziel der Therapeuten?
6. Hilfsmittelversorgung und -training
7. Reha-Sport als Ziel

Was ist gesichert?

Welche Heilmittel für welche Schädigung?

Aktuelle Übersicht bei

M. Jöbges und H. Hummelsheim

in

G. Nelles: RRN-Neurologische Rehabilitation
Thieme 9/2004

Sicherheitsrelevante Behinderungen

Dysphagie

gestörte orale Phase - verlängerte pharyngeale Transportphase
spezifisches Schlucktraining hilft nachhaltig (Nagaya et al 2000)

Posturale Instabilität (Stürze)

Störung der Stützreaktionen und Verzögerung der Schutzreaktionen
repetitives Training der Stützreaktionen (Toole et al 2000)
oder des Ausfallschrittes (Jöbges 2003)

Störungen des Ganges – Freezing – On-Off

Gangschulung: Kleinschrittiger Gang (Verlängerung der Phase in der beide Beine auf der Erde sind = double support)
Aufmerksamkeitslenkung auf den Gang
Vermeidung von Ablenkung („Nicht Schwatzen beim Gehen“)

Rhythmisierung, Schwungübung, Setzen interner und externer, Hinweisreize - „Rhythmusmusik“, Metronom (Thaut et al 1996)
Korso, Leuchtstreifen

Laufbandtherapie mit partieller Gewichtabnahme (Geschw 0,5 – 3 km/h)
Miyai et al 2000

Behinderungen von Autonomie, Aktivitäten und Lebensqualität

Akinesie der oberen Extremitäten (Feinmotorik)

repetitives Training Platz et al 1998

Karatetraining im Sitzen (Palmer 1986)

(externe Hinweissetzung wie bei der Gangakinesie hilft nicht)

Kraftminderung

zehnwöchiges Krafttraining (relevanter Bewegungsketten) positiv (Toole et al 2000)

Rigor

Kardinalsymptom, aber **kein** Zielsymptom für nichtmedikamentöse Behandlung

Dysarthrophonie

Logopädieeffekte gesichert im Cochrane Review (Deane et al 2001)

Lee-Silverman-Voice-treatment: „Think loud/shout“: repetitives Üben in maximaler Lautstärke: Ziel Monotonie und Artikulationsunschärfe (Ramig et al 1994, 2001)

Sprechtherapie mit akustischem Taktgeber: Ziel beschleunigtes Sprechtempo

Behinderungen von Autonomie, Aktivitäten und Lebensqualität (Handicaps)

Depression und Angst (Coping)

Psychopharmaka plus verhaltenstherapeutische Kurz-Psychotherapie
Stressbewältigungsprogramm

Neurokognitive Defizite

Antrieb, Flexibilität und Tempo, visuell-räumliche Fähigkeit, Exekutivfunktionen,
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktion (auch ohne Demenzentwicklung)

Tremor

regelmäßig stressabhängig, regelmäßig abhängig von innerer Zielvorstellung

Kombination von Entspannungstraining plus Stressmanagement plus Übung von
komplexer Handbewegung (Mohr et al 1996)

Vegetative Funktionen

Obstipation, Inkontinenz, Orthostase, Sexualstörung)

Muskuloskeletale Nebenphänomene

Kontrakturen und degenerative Veränderungen

Schmerzsyndrome

Komplexbehandlung und Rehabilitation der Krankheitsfolgen

Gesundheitspolitischer und sozialrechtlicher Anspruch auf Teilhabe (SGB IX)

FUNKTIONSTÖRUNGEN (Impairments)

BEHINDERUNGEN der TEILHABE (Handicaps)

Autonomie und Selbstversorgung (Pflege)

Häusliches Leben

(Re)Integration in Familie

Interpersonelle Aktivitäten

Bedeutende Lebensbereiche

Beruf und Beschäftigung

KONTEXTFAKTOREN

umweltbezogen und patientenintern

Indikationen

Staging H&Y über 2.5 (= Posturale Instabilität)

und/oder

Progredienz und Komplikationen im aktuellen Verlauf

und/oder

Probleme Impairment oder Aktivität oder Teilhabe,

Intensivierung der ambulanten Versorgung

Höhere Therapiedichte

Multiprofessionelle Therapie

Neuropsychologische Therapie

Ambulanter Therapiekurs (20 Therapietage; 5 Wochen)

Diagnostikphase (2 Tage)

Problemanalyse, Zielkonsentierung und RehaPlanung

Therapiephase

multimodale Behandlung an 4 Tagen pro Wo

problemzentrierte Einzeltherapie

Therapie/Edukation in Gruppe (soziale Interaktion) (3-5 Pat)

Häusliche Therapie und Hilfsmittelversorgung

Außentherapie

Training des Eigenprogramms

Einbindung der Angehörigen

Nachsorgephase

Selbsthilfegruppe

parkinsonspezifische RehaSportgruppe

Konzept für Langzeittherapie

Eigenprogramm

- Konzentration auf nicht-medikamentöse Therapieinterventionen
- Beachtung der gleichwertigen Bedeutung von Krankheits- und Krankheitsfolgenbehandlung
- Suche der Krankheitsfolgen (generisch und spezifisch) ADL – Depression – Lebensqualität
- Effekt und Evidenz der Heilmittel: Techniken und Methoden und Zeittakte
- Suche nach parkinson-interessierten Therapeuten (PT, LO, ET, NP-VT, Pflegedienste)
- Gedankenaustausch > Fortbildung > Kooperation

- Zielkonsens Arzt-Patient-Angehörigen-Therapeut-
evtl Pflegedienst
- Zielorientierung und Spezifizierung der
Verordnung
- Zielüberprüfung nach der Heilmittelintervention
- Suche nach neuropsychologischer Therapie
- Suche nach ambulanter Komplextherapie
- Aufbau von Reha-Sportgruppen für Parkinson



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!