

PARKINSON MAGAZIN

HERBST 2016



PARKINSON-SELBSTHILFE-ÖSTERREICH

DACHVERBAND

IN EIGENER SACHE

Als wir vor einem Jahr das erste Parkinson Magazin geplant haben, war das eine spannende Herausforderung.

Die Gestaltung sollte ansprechend, die Artikel abwechslungsreich, interessant informativ und verständlich sein.

Ihre Rückmeldungen, liebe Leserinnen und Leser haben gezeigt, dass wir die richtige Mischung erwischt und in einen ansprechenden Rahmen verpackt haben. Soviel Lob tut gut. Dafür ein herzliches Dankeschön!

Nun sind wir im 2. Jahr Parkinson Magazin angelangt und es ist nach wie vor sehr spannend zu planen, zu schreiben und zu sehen, wie aus einigen Ideen ein Magazin wird. Wir arbeiten alle ehrenamtlich an dieser Zeitschrift – auch die Ärzte, die Angehörigen und alle anderen Autoren, die für uns schreiben. Bei Ihnen Allen möchte ich mich dafür bedanken. Es ist nicht selbstverständlich, die Freizeit für uns zu opfern – DANKE!

Wir wünschen Ihnen einen goldenen Herbst. Lassen Sie es sich gut gehen!

Das Redaktionsteam



INHALT

In eigener Sache	02
Gratis, aber nicht umsonst	03
Wie findet man den richtigen	04
Gehirnjogging	06
Nicht-motorische Symptome	07
Rückblick auf die PIT 2016.....	10
Betreuung von Angehörigen	14
Rätselauflösung.....	15
Parkinson und Psychologie	16
Logopädie	19
Bad Pirawarth EXKLUSIV.....	21
Meldehinweise Teil 1.....	22
Werbung	23

Das nächste

PARKINSON MAGAZIN

Winter 2016/17

Erscheint Anfang Dezember

IMPRESSUM: PSHÖ-DV, Tel: 0664 78 222 03 dachverband@parkinson-oesterreich.at
www.parkinson-oesterreich.at. Das Parkinson Magazin dient zur Information von Parkinson-Betroffenen in ganz Österreich, Namentlich gekennzeichnete Artikel müssen nicht der Auffassung der Redaktion entsprechen – Haftung ausgeschlossen! Wir behalten uns vor, Artikel zu kürzen bzw. Passagen umzuschreiben. Keine Haftung für unangefordert eingesandte Manuskripte. Titelfoto: Geli, „Ui, ich schau mir mal diese Riesenteile an“, CC-Lizenz (BY 2.0) <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/de/deed.de>, aus der kostenlosen Bilddatenbank www.piqs.de Das Redaktionsteam: Sabine Galler, Dr. Joe Ebner, Gabriele Hafner;

Gendererklärung: Wir weisen darauf hin, dass wir zur leichteren Lesbarkeit manchmal für personenbezogene Bezeichnungen die männliche Form verwendet haben, dies jedoch keinesfalls als Diskriminierung oder Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes gemeint ist.

Gratis, aber nicht umsonst

Gut, dass es sie gibt – die vielen, vielen Ehrenamtlichen innerhalb Österreichs. Aber, was genau versteht man unter „Ehrenamt“? Eine gesetzliche Definition gibt es dafür nicht – aber ich habe eine Beschreibung im Internet gefunden, die sehr gut passt.

Ehrenamtliche Arbeit ist eine freiwillige Tätigkeit, die man unentgeltlich macht um zu Helfen.

Es ist egal, ob es sich dabei um einen Verein, eine Institution oder um einzelne Menschen handelt – wichtig ist, dass unbürokratisch, schnell und kompetent geholfen wird. Beim Rettungsdienst, der Feuerwehr, beim Tier- und beim Naturschutz, in Kultur und Musik, bei diversen Hobby-Vereinen – und nicht zuletzt im Gesundheitswesen – würde vieles nicht funktionieren, wenn es die hochmotivierten Ehrenamtlichen nicht gäbe.

Auch wir arbeiten ehrenamtlich! Dieses Magazin, unsere Homepage, Telefondienst, Broschüren, Veranstaltungen ... all das machen wir in unserer Freizeit in unzähligen Stunden - für Sie. Wir wollen helfen, aufklären, Tipps geben, Ihnen und Ihren Angehörigen zeigen, dass Sie mit Ihren Sorgen und Fragen nicht alleine sind u.v.m.

Trotzdem haben wir auch Ausgaben - z.B. für Druckerei, Wartung für die Homepage, Telefongebühren und so weiter.

Bitte helfen Sie uns mit Ihrer Spende, diese Kosten zu bewältigen.

**Parkinson Selbsthilfe Österreich
Dachverband
Raiba Region Amstetten**

**IBAN AT75 3202 5000 0242 7391
BIC RLNWATWWAMS**

Danke!

VORWORT

Liebe Leserin!
Lieber Leser!

Der Sommer 2016 neigt sich langsam dem Ende zu. Ich hoffe Sie haben nicht allzu sehr unter der Hitze gelitten.

Genau vor einem Jahr starteten die ersten Vorbereitungen für das neue „PARKINSON MAGAZIN“.

Die vielen, positiven Rückmeldungen bestätigen die Notwendigkeit und das Interesse an einem österreichweiten Parkinson Magazin.

Mit dem „PARKINSON MAGAZIN“ versuchen wir Themen österreichweit aufzugreifen und berichten ebenfalls über die Aktivitäten des Parkinson Selbsthilfe Österreich Dachverbandes (PSHÖ-DV), wie in dieser Ausgabe über die Parkinson Informationstage in Salzburg.

DANKE für Ihr Interesse, Ihre Rückmeldungen und Ihre persönlichen Spenden für das „PARKINSON MAGAZIN“.

Ich wünsche dem Redaktionsteam alles Gute zum 1. Geburtstag des „PARKINSON MAGAZINS“ und weiter viele Ideen, gute Berichte und Informationen!

Gabriele Hafner
Präsidentin der
Parkinson Selbsthilfe Österreich



Wie findet man den richtigen Arzt?

Einfache Frage – schwierige Antwort!? Stimmt. Eine Patienten- Arzt- Beziehung ist etwas ganz Besonderes. Da muss einfach alles stimmen. Sympathie, Kompetenz, Ausstrahlung, Glaubwürdigkeit, Ruhe... das sollte er haben. Dazu sollte er noch gut zuhören, gut erklären, Angst nehmen und Zuversicht geben können... Wie findet man diesen Arzt?

Am einfachsten ist es, wenn man den Arzt schon kennt, weil ein Elternteil oder andere Verwandte schon von ihm behandelt worden sind. In diesem Fall hat man schon genügend Eindrücke und Erfahrungsberichte gesammelt, um sich ein Urteil zu bilden. Doch das kommt eher selten vor.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (*) hat eine Checkliste mit zwölf Fragen erarbeitet, die Ihnen dabei helfen, eine gute Ordination zu erkennen.

1. Nimmt der Arzt mich und mein spezielles gesundheitliches Problem ernst?
2. Informiert und berät mich der Arzt ausführlich und verständlich?
3. Erhalte ich vom Arzt Hinweise auf weiterführende Informationsquellen und Beratungsangebote?
4. Bezieht mich der Arzt in alle Entscheidungen zu meiner Situation ein?
5. Werde ich vom Arzt und seinen Mitarbeitern freundlich und respektvoll behandelt?
6. Erhalte ich ohne Probleme Zugang zu meiner Krankengeschichte?
7. Akzeptiert der Arzt, dass ich im Zweifelsfall eine zweite Meinung einholen möchte?
8. Wird in der Ordination der Schutz meiner Person und Intimsphäre gewahrt? Kann ich bei der Anmeldung in der Ordination ungestört und vertraulich mein Anliegen äußern?
9. Wird der Schutz meiner persönlichen Daten gewahrt?
10. Kann ich Arzt und Ordination gut erreichen?
11. Kann ich erkennen, ob und wie sich alle in der Ordination um die Qualität meiner Behandlung bemühen?
12. Ist die Ordination barrierefrei erreichbar?



www.freepics.com

Nun haben Sie vielleicht den richtigen Arzt gefunden und sind bei ihm in Behandlung! Auf das Arztgespräch sollten Sie sich schon zu Hause gut vorbereiten. Nehmen Sie sich die nötige Zeit und machen Sie sich Notizen.

- Überlegen Sie, was Sie dem Arzt mitteilen wollen, auch Wünsche und Befürchtungen
- Notieren Sie in Ruhe, welche Vorerkrankungen Sie hatten
- Ebenfalls sehr wichtig ist es, sämtliche Medikamente die Sie einnehmen, aufzuschreiben
- Denken Sie daran, die Fragen zu notieren, die Sie Ihrem Arzt stellen möchten – und stellen Sie die Fragen so, dass Sie wirklich erfahren, was für Sie persönlich wichtig ist.
- Fragen Sie auch nach Nebenwirkungen von Medikamenten und nach Auswirkungen auf die Lebensqualität der Behandlung

- Wenn Sie unsicher sind, nehmen Sie zum Arztgespräch eine Person Ihres Vertrauens mit – vier Ohren hören mehr als zwei.

Kennen Sie den Befindlichkeitsspiegel? Füllen Sie ihn aus und nehmen Sie ihn zu jedem Arztbesuch mit! Er ist eine gute Unterstützung für Sie und für Ihren Arzt! Sie haben keinen Befindlichkeitsspiegel? Schreiben Sie uns – dachverband@parkinson-oesterreich.at – und wir schicken Ihnen einen zu. (Portospende wird erbeten. Danke)



Sabine Galler

Quelle: Kompetent als Patient,
Hauptverband der Österreichischen
Sozialversicherungsträger

Bitte beachten Sie die

Gendererklärung im Impressum

(*)www.hauptverband.at/kompetentalspatient

Link 19

PARKINSON BENEFIZ WEIN



mit dem Erwerb dieses speziellen Rotweins
unterstützen Sie die Parkinson Selbsthilfe in
Österreich

ZWEIGELT 2012

Weingut Toth, Lutzmannsburg, Burgenland

DANKE

Zu bestellen unter 0664 78 222 03 und
dachverband@parkinson-oesterreich.at

Foto: ©Silvia Toth

Gehirnjogging



Lösungen im
hinteren Teil
des Magazins

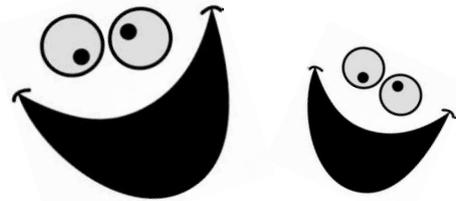
7					9			
6			7					8
		2		5				
		7	9	4	1			
8	6	4		3		9		7
			6		7		4	
	1		2					4
5			3					6
4	2	6				7		9

24423

		3			2			
5			7			2	1	
1					4			
2	9			6		5	3	4
		5	4					
4					3			7
	4				5			6
9		8			7	3		5
		6	9		1	8		

45318

Finde die Brückenwörter, welche zu den Wörtern links und rechts passen.



- | | | |
|-------------|----------------------|----------|
| Hand | <input type="text"/> | Spiel |
| Haupt | <input type="text"/> | Plan |
| Briefkasten | <input type="text"/> | Brett |
| Nudel | <input type="text"/> | Form |
| Wasser | <input type="text"/> | Maschine |
| Diesel | <input type="text"/> | Boot |
| Kinder | <input type="text"/> | Platz |
| Abend | <input type="text"/> | Zeichen |
| Kartoffel | <input type="text"/> | Schüssel |
| Schnee | <input type="text"/> | Kammer |
| Haus | <input type="text"/> | Griff |

Die Ehefrau zum Scheidungsrichter:

„Wie löse ich den Ehebund?“

„So einfach geht das heute nicht mehr, da braucht man einen guten Grund!

Besäuft er sich an vielen Tagen?“

„Ach Quatsch, den sauf ich untern Tisch!“

„Hat er sie öfters mal geschlagen?“

„Mein Mann ist nicht sehr kämpferisch!“

„Dann bleibt noch eheliche Treue – die Frage ist zwar sehr intim ...“

„Da packen wir ihn, denn das neue- das zweite- Kind ist nicht von ihm!“

Nicht-motorische Symptome

stellen bei der Parkinsonkrankheit einen wesentlichen Faktor für das Wohlbefinden bzw. die Lebensqualität dar. Daher ist es wichtig, diese zu erkennen und entsprechend zu behandeln.

Zu den nicht-motorischen Symptomen der Parkinsonkrankheit zählen:

- Medikamentös induzierte Verhaltensstörungen
- Neuropsychiatrische Begleiterkrankungen
- Erkrankungen des Schlaf- und Wachzustands
- Autonome Funktionsstörungen



Medikamentös induzierte Verhaltensstörungen:

Hierzu zählen Impulskontrollstörungen, Punding und dopaminerges Dysregulationssyndrom.

Patienten mit **Impulskontrollstörungen** leiden z.B. an pathologischer Spielsucht, pathologischem Kaufen, pathologischem Essverhalten, Hypersexualität ... Impulskontrollstörungen treten bei rund 12-17% der Patienten auf, die mit einem Dopaminagonist (Pramipexol, Ropinirol, Rotigotin) behandelt werden, dabei besteht ein Zusammenhang mit der Dosis des Dopaminagonisten. Wichtig ist, dass der Patient und am besten auch der nächste Angehörige vor Beginn einer Therapie mit einem Dopaminagonist über diese Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Die Therapie besteht einerseits in der Aufklärung, einer Reduktion bzw. eines Absetzens des Dopaminagonisten, ev. Wechsel auf einen anderen Dopaminagonist. Im Einzelfall kommen Psychopharmaka zum Einsatz.

Punding bedeutet, dass der Patient spezifische, komplexe, stereotyp wiederholte Tätigkeiten ohne Zielorientierung ausführt (z.B. Ordnen, Sammeln von Gegenständen, Manipulation von technischen Geräten). Der Patient selbst empfindet diese Tätigkeiten als entspannend und angenehm. Auftreten des Pundings meist unter hohen Dosierungen der Parkinsonmedikamente. Die Therapie besteht in der Reduktion der Parkinsonmedikamente.

Beim **dopaminergen Dysregulationssyndrom** kommt es zu einer stetigen Zunahme der Parkinsonmedikation vom Patient häufig eigenmächtig und heimlich. Der Patient nimmt dabei teils sehr ausgeprägte Dyskinesien (Überbewegungen) in Kauf. Eine Reduktion der Medikamente ist erforderlich, zumeist auch eine Kontrolle der Medikamenteneinnahme.

Neuropsychiatrische Begleiterkrankungen der Parkinsonkrankheit: Hierzu zählen Depression, Demenz und Psychosen.

Die **Depression** zählt zu den häufigsten neuropsychiatrischen Störungen und führt meist zu einer Reduktion der Lebensqualität. Es besteht keine klare Korrelation zwischen Grad der motorischen Symptome und Ausprägung der Depression. Aufgrund einer Verstärkung der Depression im Off besteht die Therapie sicherlich in einer suffizienten Therapie der motorischen Symptome der Parkinsonkrankheit. Weiter kommen Antidepressiva zum Einsatz, empfohlen wird auch eine Psychotherapie (Verhaltenstherapie).

Eine **Demenz** tritt bei 30-40% der Parkinsonpatienten auf, das Risiko steigt mit zunehmender Krankheitsdauer. Neuropsychologische Untersuchungen zeigen Beeinträchtigungen von Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache, psychomotorischer Performance, exekutiven Funktionen sowie visuell-räumlichen und visuell-konstruktiven Fähigkeiten. Ausgelöst oder verstärkt werden diese Symptome mitunter durch Infekte, Störungen des Salzhaushalts, Medikamente, niedrigen Blutdruck ... Die Therapie der Demenz besteht somit einerseits in der Therapie der auslösenden Faktoren,

andererseits aus einer spezifischen antidementiven Therapie mit einem Cholinesterasehemmer. Das einzige derzeit zugelassene Präparat ist Rivastigmin in oraler Form.

Eine **Psychose** kommt bei 10-30% der Parkinsonpatienten vor. Mögliche Symptome sind unruhiger Schlaf, lebhaftere Träume, illusionäre Verkennungen, Halluzinationen, paranoide Symptome und Verwirrheitszustände. Verstärkt werden diese Symptome (wie die Demenz) durch Infekte, Störungen des Salzhaushalts, Medikamente, niedrigen Blutdruck ... Daher ist auch hier die Therapie der Zweiterkrankung (wie z.B. eines Infekts) bzw. die Reduktion/das Absetzen von manchen Medikamenten (wie z.B. Dopaminagonisten) notwendig. Bei anhaltenden Psychosen kommen Antipsychotika wie Clozapin und Quetiapin zum Einsatz. Andere Antipsychotika sollten aufgrund einer möglichen Verstärkung der motorischen Parkinsonsymptomatik nicht verabreicht werden.

Erkrankungen des Schlaf- und Wachzustandes:

Schlafstörungen zählen zu den häufigsten Beschwerden von Parkinsonpatienten und sind einerseits ein Teil der Erkrankung selbst, andererseits eine Begleiterkrankung oder bedingt durch die medikamentöse Therapie.

Bei Schlafstörungen aufgrund von **nächtlichen und/oder morgendlichen Off-Phasen** finden retardierte Parkinsonmedikamente Einsatz. Durchschlafstörungen werden mit Antidepressiva mit sedierender Wirkung und/oder Schlaftabletten (aus der Gruppe der Benzodiazepine oder Zolpidem) therapiert. Dominal® sollte aufgrund des möglichen Nebenwirkungsprofils (wie Verschlechterung der Parkinsonsymptome) nicht verabreicht werden.

Bei einer **REM-Schlaf-Verhaltensstörung** kommt es zum Ausagieren von Träumen. Es kann zu gewaltsamem Verhalten im Schlaf mit Selbst- und Fremdgefährdung führen. Die Patienten berichten von sehr lebhaften Träumen mit teils bedrohlichem Inhalt. Zum Auftreten einer REM-Schlaf-Verhaltensstörung kommt es bei bis zu 40% aller Parkinsonpatienten, häufig als Frühsymptom (teilweise Jahre vor Auftreten der motorischen Symptome). Therapie der Wahl ist Clonazepam (Rivotril®) mit einem guten Ansprechen bei bis zu 90%.



www.freepics.com

Weiter erfolgen sollte eine Beratung hinsichtlich Bettsicherungsmaßnahmen (bodennahes Schlafen, gepolsterte Betthäupter, Entfernung von Gegenständen wie scharfkantige Nachtkästchen).

Exzessive Tagesmüdigkeit tritt bei bis zu 50% aller nicht-dementen gut behandelten Parkinson-Patienten auf, **plötzliche Einschlafattacken** bei 4-30%. Parkinsonmedikamente, insbesondere Dopaminagonisten, können Tagesschläfrigkeit verstärken. Wichtig ist die Aufklärung des Patienten über diese möglichen Nebenwirkungen zu Therapiebeginn und bei Dosissteigerung eines Dopaminagonist. Bei Auftreten von Tagesschläfrigkeit oder vermehrten Einschlafattacken sollte der Dopaminagonist reduziert bzw. abgesetzt werden, ev. Wechsel auf einen anderen Dopaminagonist.

Autonome Funktionsstörungen:

Hierzu zählen die orthostatische Hypotonie, Blasenstörung, Verstopfung, erektile Dysfunktion und die Sialorrhoe (=vermehrter Speichelfluss).

Die **orthostatische Hypotonie** ist definiert als Blutdruckabfall um 20mmHg systolisch und/oder 10mmHg diastolisch während 3 Minuten in aufrechter Position unmittelbar nach mind. 5 Minuten ruhigen Liegens. Die typischen Symptome sind Schwindel beim Aufstehen oder längerem Stehen, Benommenheit und Schwarzwerden vor den Augen. Setzt oder legt sich der Patient nicht rechtzeitig hin, kann es zu einer Bewusstlosigkeit kommen. Patienten mit orthostatischer Hypotonie sollten

langes Liegen unter Tag, rasches Aufstehen (insbesondere morgens), erhöhte Umgebungstemperatur (u.a. Sauna, heißes Bad), große Mahlzeiten (v.a. kohlenhydratreiche Nahrung) sowie Alkohol meiden. Weiter wird empfohlen, reichlich Flüssigkeit zu trinken (Selbstkontrolle über Harnfarbe), keine salzsparende Diät zu sich zu nehmen, regelmäßiges körperliches Training (Schwimmen, Radfahren ...) zu absolvieren, Schlafen mit erhöhtem Kopfteil, Tragen von Stützstrümpfen. Bei Auftreten von Beschwerden anzuraten ist ein Partystand bzw. eine Hocke, wenn Hinlegen nicht möglich ist, weiter Trinken von 0,5l Flüssigkeit. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, den Blutdruck mit Medikamenten (wie z.B. Fludrocortison und Midodrin) zu steigern.

Die häufigsten **Blasenstörungen** bei der Parkinsonkrankheit sind eine Drangsymptomatik mit und ohne Inkontinenz, Nykturie (nächtliches Wasserlassen) sowie eine inkomplette Blasenentleerung. Vor Einleiten einer speziellen Therapie sollten Begleiterkrankungen wie z.B. Infektionen und Diabetes



www.freepics.com

ausgeschlossen werden. Zusätzlich empfohlen werden eine urologische/gynäkologische Untersuchung (u.a. Ausschluss Prostatahyperplasie) und regelmäßige Restharnkontrollen. Bei Nykturie empfiehlt sich eine Flüssigkeitsreduktion und Kaffeinkarenz in den Abendstunden. Bei Dranginkontinenz medikamentöse Therapie mit z.B. Trosipiumchlorid oder Solifenacin.

Etwa $\frac{1}{4}$ der De-novo-Patienten und mindestens $\frac{3}{4}$ der Parkinsonpatienten im fortgeschrittenen Stadium haben eine Neigung zur **Verstopfung**. Ursache ist zumeist eine reduzierte Magen-Darm-Motilität. Manche Medikamente (mit anticholinergischer Wirkung) verstärken Häufigkeit und Intensität. Als therapeutische Maßnahmen hilfreich sind eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und vermehrte körperliche Aktivität, ev. Verwendung von Abführhilfen (Steigerung der Zufuhr von Ballaststoffen, Kleie etc.) und Laxantien (z.B. Macrogol, Laevolac).

Bei **erektiler Dysfunktion** sollten alternative zugrundeliegende Ursachen ausgeschlossen (z.B. Depression, Prostataerkrankung, Diabetes), weiter Medikamente (Anticholinergika, trizyklische Antidepressiva, SSRIs, Betablocker u.a.) als Ursache für die Störung der männlichen Sexualfunktion nach Möglichkeit abgesetzt werden. Zur Therapie verwendet werden orale Phosphodiesterase-Hemmer wie Sildenafil (Viagra®), Tadalafil (Cialis®) und Vardenafil (Levitra®). Therapieoptionen der 2. Wahl sind Vakuumgeräte, intraurethrale und intracavernöse Administration vasoaktiver Medikamente.

Grundlage der Therapie einer **Sialorrhoe** (vermehrter Speichelfluss) ist die ausreichende Therapie der motorischen Symptome der Parkinsonkrankheit. Andere Möglichkeiten sind lokale Injektionen von Botulinumtoxin in die Speicheldrüsen (nicht zugelassen) und Anticholinergika oder peripher wirksame antimuscarinische Anticholinergika wie Atropinderivate (Scopolamin-Pflaster), sofern keine Kontraindikation vorliegen (u.a. Glaukom, Prostatahyperplasie).

Vom behandelnden Neurologen sollte das Augenmerk in der Parkinsontherapie nicht nur auf den motorischen Symptomen, sondern auch auf den nicht-motorischen Symptomen liegen, da letztere für die Lebensqualität des Patienten von teils erheblicher Bedeutung sind. Wünschenswert ist, dass Patienten diese Symptome offen ansprechen. Oft kann es hilfreich sein, wenn Fragebögen zur Lebensqualität oder Befindlichkeitsbögen verwendet werden.

OA Dr. Michaela Steffelbauer,
Kepler Universitätsklinikum
Med Campus III, Linz

Im Rückblick – PARKINSON INFO TAGE 2016 in Salzburg

Vielen von uns ist noch in Erinnerung, dass die Parkinson Info Tage (PIT) jedes zweite Jahr in Karlstein stattgefunden haben. Da dies aus verschiedenen Umständen nicht mehr möglich ist, hat der Dachverband der Parkinson Selbsthilfe Österreich beschlossen, dass es diese sehr interessante Veranstaltung trotzdem weiterhin geben sollte. Abwechselnd mit Kärnten (Gailtal), sollten die PIT ab sofort in den Bundesländern organisiert werden.

Den Anfang machte heuer Salzburg, wo Hausherr Dr. Joe Ebner und sein Team eine tolle Veranstaltung auf die Beine stellten. Salzburg begrüßte uns mit den herrlichsten Sommertemperaturen, die den Fußweg vom Bahnhof zum nahegelegenen Parkhotel Brunauer zu einem angenehmen Spaziergang machten. Im Veranstaltungssaal wurden schon fleißig Infofolder, Bücher und Broschüren aufgelegt und wunderschöne Aquarelle von Martha Laimer (aus OÖ), sowie selbstgemachte Handtaschen von Elisabeth Fink (aus NÖ) ausgestellt. Auch den Parkinson Benefiz Wein – einen burgenländischen Zweigelt - konnte man käuflich erwerben.



Dann ging es auch schon los. Dr. Joe Ebner begrüßte uns mit herzlichen Worten und informierte die Besucher über das Programm und den gesamten Ablauf dieses 1. Tages. Auch die Präsidentin des PSHÖ-DV Gabi Hafner, sprach einleitende Worte und wünschte uns Allen eine interessante Veranstaltung. Last but not least kam auch der Direktor der SGK Dr. Seiss zu Wort. Er betonte, wie wichtig die Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen und den SHGs wäre, und wie gut dies in Salzburg funktionieren würde.



Mit dem Thema „Was gibt es Neues in Diagnostik und Therapie?“, eröffnete Priv. Doz. Dr. Sylvia Boesch (Uniklinik Innsbruck) einen Nachmittag voller Informationen. Im Anschluss erzählte uns Mag. Pharm. Dr. Wolfgang Beindl von Neben- und Wechselwirkungen unserer Parkinson Medikamente und beantwortete den Zuhörern Fragen. Auch Dr. Boesch wurde in diese Diskussion einbezogen und konnte so manchem die Unsicherheit über den Sinn seiner Medikation nehmen.





Nach einer kurzen Pause erklärten uns Dr. Tomantschger und Dr. Boesch die Chirurgischen Therapien. Mit dabei waren zwei Parkinson Betroffene, die bereits eine Pumpe bzw. Tiefenhirnstimulation hatten. Sie erzählten, wie es ihnen damit geht und auch Vor- bzw. Nachteile wurden besprochen.

Über die Alternativen Therapien – wie Yoga, QiGong, Ayurveda oder Akupunktur referierte Dr. Klaus-Dieter Kieslinger.



Agnes Pintar (Betroffene aus Wien) brachte die

Besucher und Referenten dann noch dazu, eine Yoga-Übung aus zu probieren.

So gingen wir in die Kaffeepause, wo wir mit Getränken, Brötchen und Obstkuchen bewirtet wurden.



„Krankheitsbewältigung“ war das Thema von Dr. Alexander Aschenbrenner. Als Psychologe weiß er natürlich, wo Parkinson Betroffene ihre Schwachstellen haben, bzw. wo wir Unterstützung brauchen. Man solle psychologische Hilfe ohne Angst annehmen, oft genüge es schon, mit einem Außenstehenden zu sprechen, damit man besser mit der Diagnose und der Krankheit umgehen könne – so Dr. Aschenbrenner.

Den Abschluss dieses ersten Tages moderierte Dr. Joe Ebner. Hobbies und Texte, ein Thema das die vielen Lieblingsbeschäftigungen der Parkinsonisten aufzeigte. Modeschmuck basteln, Handtaschen nähen, das Sammeln von Briefmarken, Münzen oder alten Elektrogeräten, sind nur eine kleine Auswahl der unterschiedlichsten Freizeitaktivitäten. Da Schreiben auch ein beliebtes Hobby ist, las uns Gabi Hafner einen Auszug aus ihrem Buch „Schritttempo 40“ vor und schließlich durfte auch ich eine meiner heiteren Geschichten vorlesen, worüber ich mich sehr freute.



Der heiße 1. Informationstag ging in einen lauen Sommerabend über, den wir auf der Terrasse des Parkhotels Brunauer bei sehr gutem Essen und Trinken verbrachten. Dass die Kosten dafür von der SHG Salzburg und dem PSHÖ-DV übernommen wurden, war eine schöne Überraschung – wofür ich mich im Namen aller Gäste noch einmal bedanken möchte.

Tag 2. begann mit einem köstlichen Frühstück mit Bekannten und Freunden und einem kleinen Spaziergang im näheren Umkreis des Hotels.



Dr. Volker Tomantschger fing pünktlich um 9 Uhr damit an, die Reha in der Gailtalklinik vorzustellen. Er erzählte von den Therapien, die angeboten werden, von den Aktivitäten und vielem mehr. Seine rechte Hand, Gusti Tautscher-Basnett, gab uns im Anschluss dann Tipps und Strategien für den Alltag. Sie betonte, wie wichtig Kommunikation ist und das wir meist viel zu leise sind, statt laut um unsere Rechte zu kämpfen.

Über soziale Hilfestellung, gab es dann eine Diskussion mit Mag. Peter Weiser, vom Sozialministeriumservice Salzburg, und dem Publikum. Fragen zu Themen, wie Behindertenpass und Zusatzeinträge, Parkausweis und die Feststellung des Behindertengrades, wurden beantwortet und spezielle Negativ-Erlebnisse besprochen.



Der letzte Programmpunkt behandelte das Phänomen „Parkinson und Musik“. Prof. Dr. Bernatzky brachte unter anderem das Beispiel einer, an Parkinson erkrankten Frau, die ohne Musik kaum gehen - mit dem Radetzky marsch aber tanzen und springen konnte.

Das auf Video zu sehen, hat mich persönlich sehr beeindruckt.



Zum Ausklang der PARKINSON INFO TAGE 2016 in Salzburg tanzten wir zu Walzerklängen aus dem Saal hinaus und hinüber ins Restaurant, wo ein ausgezeichnetes Mittagsbuffet auf uns wartete.

Auf unserer Homepage unter <http://www.parkinson-oesterreich.at/news/> können Sie die Vorträge dieser Veranstaltung downloaden.



Für Helfer und Referenten gab es ein süßes Dankeschön aus Schokolade und Pralinen.



Eine Yoga Übung tat zwischendurch sehr gut!



Im nächsten Jahr werden die PIT wieder im Gailtal/Kärnten stattfinden. Merken Sie sich den Termin 5. und 6. Mai 2017 vor, denn auch das wird wieder ein informatives Event werden.

Sabine Galler

Fotos © Helmut Kronewitter

Betreuung von Parkinsonkranken

Die stundenweise Betreuung von chronisch-kranken Menschen durch Dritte ist für viele ein Problem. Eine Entlastung für den pflegenden Angehörigen, nur für die Dauer eines Friseurbesuches, ist oft nicht möglich, da die Gesetzeslage nicht eindeutig ist, oder das Angebot an solcher Betreuung in manchen Regionen nicht vorhanden ist. Frau Kindermann, pflegende Angehörige, berichtet uns hier von ihren Erlebnissen.

Ich möchte Ihnen aus meiner 26-jährigen Erfahrung mit einem Parkinsonkranken und dessen Betreuungsmöglichkeiten berichten.

Die ersten 20 Jahre war die Betreuung meines Mannes für mich kein Problem, aber dann wurde die Sturzgefahr immer größer, so dass ich mich nicht mehr getraute, meinen Mann alleine zu lassen. Am Anfang konnte mich mein Bekanntenkreis unterstützen, aber dann war es auch für diese immer schwieriger, sie hatten einfach Angst nicht alles richtig zu machen.

Durch Zufall hörte ich von den sozialen Diensten Ennstal – soviel ich weiß, gibt es soziale Dienste überall. Da ich eine Betreuung nur benötige, wenn ich außer Haus bin (Einkäufe, Arztbesuche, Friseur), freute ich mich über diese Möglichkeit.

Soziale Dienste sind entweder für die Freizeitassistenz oder für die Familienentlastung zuständig. Ich habe mich mit meinem Anliegen vorgestellt und es wurde mir bestätigt, dass sie für meinen Fall zuständig wären. Damit habe ich mein Ansuchen an die Bezirkshauptmannschaft Liezen gestellt.

Hürde Nr.1: Mein Mann hatte den Behindertenausweis erst mit 62 Jahren ausgestellt bekommen, die Behinderung muss aber vor dem 60. Lebensjahr festgestellt werden. Sicherlich unser Fehler, aber mein Mann bekam mit 49 Jahren Parkinson und war daher schon früher in einer gewissen Form behindert. In diesem Fall kam man uns entgegen.

Hürde Nr. 2: Zur Zeit des Antrages war mein Mann 71 Jahre, lt. BH zu alt. Diesen Passus soll es nicht mehr geben.

Nach einer Vorstellung bei einer Amtsärztin wurde meinem Mann eine Freizeitassistenz für ein Jahr genehmigt. Die Betreuer der sozialen Dienste erkannten schnell, dass diese Form einer Betreuung für meinen Mann nicht geeignet ist und er eine Betreuung mit einer ausgebildeten Pflegeperson benötigt, die mit ihm im guten Zustand neben der Betreuung auch logopädische Übungen, Physiotherapie usw. macht.

Es war für mich und meinem Mann eine gute Zeit, doch nach einem Jahr musste erneut bei der BH Liezen angesucht werden.

Der erste Antrag wurde gleich abgelehnt mit der Begründung mein Mann wäre ein Pflegefall. Bei einem Einspruch kam die nächste Begründung, er ist geistig fit genug und er benötige keine pädagogische Betreuung!!

Meine Einsprüche gingen bis zur höchsten Instanz und wieder wurde bestätigt, dass die Familienentlastung mit einer pädagogischen Betreuung verbunden ist und nun war mein Mann wieder zu wenig in der Lage, diese zu bekommen.

Resümee aus diese Geschichte:

Wie viele Angehörige würden eine stundenweise Betreuung benötigen? Sicher sehr viele!

Du kannst eine 24 Stunden Pflege nehmen oder vom Roten Kreuz Hilfe bei der Pflege, aber eine Art Betreuungsaufsicht, weil du deinen Partner nicht alleine lassen kannst, weil er sich im Moment nicht bewegen kann, nicht alleine auf die Toilette gehen kann oder sturzgefährdet ist, das gibt es kaum.

Wir haben trotz aller Mängel ein gutes Gesundheitssystem, aber hier ist eine Lücke oder man erkennt bei den zuständigen Ämtern für die sozialen Dienste, dass man etwas menschlicher handeln muss.

Wenn ich das Anforderungsprofil für die sozialen Dienste lese, erfüllt mein Mann all diese Kriterien, aber es wieherte wieder einmal der Amtsschimmel.

Ich gebe zu, ich war wütend und resignierte auch. Ich habe nun gute Betreuungen, aber das kostet mich auch genug.

Aber wie geht es den Angehörigen, die sich das nicht leisten können? Müssen diese rund um die Uhr Pflegedienst machen? Wie sieht es dann mit der Beziehung zwischen Krankem und Angehörigem aus, wenn dieser überfordert ist?

Auch da könnten sich die Kosten bei einer Folgekrankheit des Angehörigen auf das Gesundheitssystem schlagen.

Man sollte das Problem der stundenweisen Betreuung einmal überdenken und vielleicht das Netz der sozialen Dienste ausweiten und nach den notwendigen Erfordernissen anwenden. Vielleicht kann auch die Parkinsonselbsthilfe in dieser Problematik tätig werden.

Brigitte Kindermann

Lösung:

Hand	Ball	Spiel
Haupt	Stadt	Plan
Briefkasten	Schlüssel	Brett
Nudel	Auflauf	Form
Wasser	Dampf	Maschine
Diesel	Motor	Boot
Kinder	Spiel	Platz
Abend	Stern	Zeichen
Kartoffel	Salat	Schüssel
Schnee	Besen	Kammer
Edel	Stein	Kohle

Auflösung von Seite 6

7	8	3	4	6	9	2	5	1
6	5	1	7	2	3	4	9	8
9	4	2	1	5	8	6	7	3
2	3	7	9	4	1	8	6	5
8	6	4	5	3	2	9	1	7
1	9	5	6	8	7	3	4	2
3	1	9	2	7	6	5	8	4
5	7	8	3	9	4	1	2	6
4	2	6	8	1	5	7	3	9

6	7	3	8	1	2	4	5	9
5	8	4	7	9	6	2	1	3
1	2	9	5	3	4	7	6	8
2	9	7	1	6	8	5	3	4
8	3	5	4	7	9	6	2	1
4	6	1	2	5	3	9	8	7
7	4	2	3	8	5	1	9	6
9	1	8	6	2	7	3	4	5
3	5	6	9	4	1	8	7	2

**Gelb ist rot
weiß rot.**

Aus der Region für die Region.

Als 100% österreichische Bank können wir seit 100 Jahren für Verbundene und Gäste: Heute sind wir in jedem Bundesland und jedem Bezirk aktiv. Und zeigen so gerne, dass wir stolz in der Region sind. www.raiba.at/moedererelbste

Diesem Magazin liegt ein Zahlschein bei, den Sie für Ihre Spende nutzen können. Danke!

Parkinson Selbsthilfe Österreich Dachverband
Raiba Region Amstetten
IBAN AT75 3202 5000 0242 7391

Parkinson und Psychologie

Liebe Leserin und lieber Leser des Parkinson Magazins!

Ich freue mich sehr, dass ich die Möglichkeit erhalten habe im Parkinson Magazin über Parkinson und Psychologie zu schreiben. Ich begleite nun schon über viele Jahre als Psychologe die Parkinson-Selbsthilfe-Gruppe in Salzburg und möchte mit ihnen in diesem Artikel meine Gedanken dazu teilen. Vielen Dank dafür!



„Was ist eigentlich Psychologie?“ „Mit was beschäftigt sich die Psychologie?“. Diese beiden Fragen bekomme ich oft gestellt. Oft ist auch die Abgrenzung zur Psychiatrie und zur Psychotherapie nicht klar und bekannt. Die Psychologie ist die Wissenschaft des Erlebens und Verhaltens von Menschen und beschäftigt sich auch wie man diese beiden Aspekte positiv beeinflussen kann. Der letztgenannte Aspekt der positiven Beeinflussung ist dann die sogenannte klinisch-psychologische Behandlung. PsychologInnen, die im Gesundheitswesen im Angestelltenverhältnis oder auch freiberuflich arbeiten haben ein universitäres Psychologiestudium absolviert und danach eine Fachausbildung in Klinischer- und meist aus Gesundheitspsychologie absolviert. PsychiaterInnen haben im Gegensatz dazu ein Medizinstudium absolviert und dürfen daher auch Medikamente im Sinne einer ärztlichen Behandlung verschreiben. Die psychologische Behandlung stützt sich auf psychologische Gespräche und Übungen. Medikamente dürfen PsychologInnen nicht verschreiben, da sie ja keine ÄrztInnen sind. Die Psychotherapie in Österreich ist eine weitere Ausbildung und stark schulen-spezifisch aufgebaut, d.h. es gibt verschiedenen Richtungen mit unterschiedlichen theoretischen und methodischen Zugängen (z.B. Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Systemische Therapie etc.). Die Klinische Psychologie hingegen stützt sich vor allem auf die empirisch fundierten psychologischen Grundlagen- und Interventionsforschungen.

„Was macht nun eine PsychologIn bei KlientInnen mit der Diagnose Parkinson genau?“, ist eine weitere wichtige Frage, die es zu klären gilt. Hierzu ein kurzes Fallbeispiel aus meiner Praxis:

Frau M. kam über die Selbsthilfegruppe Parkinson Salzburg zur psychologischen Behandlung zu mir. Sie hatte die Diagnose Parkinson vor ca. einem halben Jahr vom Neurologen gestellt bekommen. Seit diesem Moment hatte sie große Ängste, wie es mit ihr weitergehen wird. Auch war sie stark depressiv verstimmt und zeigte typische Depressionssymptome, wie Antriebslosigkeit, negativ gefärbte Gedanken, Niedergeschlagenheit und innere Leere. Weiters zeigte sie typische Angstsymptome, in dem sie Angst hatte das Haus zu verlassen und in Gesellschaft von anderen Menschen zu sein. Ihr gefühlsmäßiges Erleben beschrieb Frau M. treffend als „dicke schwarze Wolke, die seit der Diagnose Parkinson über ihr schwebt“. Den Freundeskreis wollte sie mit „ihrer Diagnose“ nicht belasten und versuchte anfängliche Parkinsonsymptome (leichter Tremor) zu verstecken. Als Folge zog sich aber immer mehr aus dem gesellschaftlichen Leben zurück. Dies verstärkte ihre depressive Stimmung und Angstsymptome immer weiter.

Wie aus diesem kurzen Fallbeispiel gut zu erkennen ist, befand sich Frau M. beim Erstkontakt mit mir noch am Anfang eines längeren Prozesses ihrer Krankheitsverarbeitung. Es waren bei Frau M. die typischen drei Verhaltens- und Erlebensperspektiven durch die Diagnose Parkinson betroffen: Einerseits die körperlichen Ebene durch die Parkinsonerkrankung (Tremor), andererseits aber auch die psychische (depressive Reaktion; Angst) und soziale Ebene (sozialer Rückzug). Man spricht hier auch von einem bio-psycho-sozialen Modell der Krankheitsverarbeitung. In der psychologischen Behandlung werden nun diese drei Ebenen des Erlebens und Verhaltens in geschützter und vertrauensvoller Beziehung zwischen KlientIn und PsychologIn im psychologischen Gespräch gemeinsam reflektiert. Das Ziel in dieser Phase der psychologischen Behandlung ist es, dass der KlientIn Bewusst wird, was gerade mit ihr im emotionalen Bereich passiert, sie/er sich also in einer psychischen Ausnahmesituation befindet, aber dass sie/er gewisse Aspekte des Denkens, Fühlens und Handelns doch auch kontrollieren und ins positive beeinflussen kann. Hierzu ist eine tragfähige und von gegenseitigem Respekt geprägte therapeutische Beziehung zwischen KlientIn und PsychologIn von größter Bedeutung. In dieser Phase höre ich oft, dass die KlientInnen noch nie mit einem anderen so offen über ihre Gefühle und Ängste bezüglich ihrer Parkinsonerkrankung gesprochen haben. Schon dies kann zu einer großen emotionalen Erleichterung bei den Parkinsonbetroffenen führen. Ich plädiere daher dafür, dass man möglichst bald psychologischen Rat aufsuchen sollte, wenn man als Parkinsonbetroffene/r merkt, dass einem alles über den Kopf wächst. D.h. aber nicht, dass jede/r Parkinsonbetroffener automatisch auch psychologische Behandlung braucht. Ich kenne viele Parkinsonbetroffene, die noch nie bei einer PsychologIn waren und trotzdem gut mit ihrer Krankheit umgehen können. Viel emotionales Leid aufgrund einer Parkinsondiagnose kann auch durch Selbsthilfegruppen abgefedert werden. Auch ist es von Mensch zu Mensch unterschiedlich, wie man auf Krankheit auf den bio-psycho-sozialen Ebenen reagiert und Veränderungen verarbeitet. Das hat auch oft mit der eigenen Lebensgeschichte und den eigenen Erfahrungen mit Krisen im Lebensverlauf zu tun. Man spricht hier auch von Resilienz, der individuellen psychologischen Widerstandsfähigkeit, die von Mensch zu Mensch unterschiedlich ist. Ich möchte hier aber auch betonen, dass es keine Schande ist zur PsychologIn gehen! In der psychologischen Behandlung werden in einer zweiten Phase gerade diese individuellen biografisch-orientierten Bewältigungsmuster gemeinsam besprochen. Dies führt zu einer emotionalen Stärkung des Selbstwertes der KlientIn. Oft werden auch Muster deutlich, die einer konstruktiven Bewältigung der Parkinsonerkrankung im Wege stehen. Und sehr oft werden individuelle Bewältigungsressourcen in der psychologischen Behandlung durch das Gespräch deutlich gemacht und der Weg öffnet sich für eine konstruktive Verarbeitung der Parkinsonerkrankung. In einer weiteren und dritten Phase der psychologischen Behandlung werden dann diese neuen Erfahrungen in den Alltag eingebaut und bewusst eingeübt. Es steht hier im Vordergrund, was einem guttut, bei welchen Alltagshandlungen sich Wohlbefinden zeigt. Dies alles sollte dann bewusst und mit Achtsamkeit im Alltag umgesetzt werden. Wie hat dieser Prozess bei nun Frau M. ausgesehen:

Frau M. öffnete sich in der psychologischen Behandlung sehr gut und sprach sehr offen über ihre Ängste und Sorgen bezüglich ihrer weiteren Lebensführung. Es wurde deutlich, dass sie ganz spezielle negative Gedankenmuster entwickelt hatte, die ihr gar nicht so bewusst

waren, sondern automatisiert abliefen. Im Sinne von „man kann nicht – nicht - denken“ beeinflussten diese negativen immer wiederkehrenden Gedankenspiralen ihr Leben massiv. Sie war förmlich diesen negativen Gedankenspiralen ausgeliefert, konnte sie nicht beeinflussen und verzagte immer mehr. In der psychologischen Behandlung wurden diese Gedanken ihr bewusstgemacht. Zudem lernte Frau M. schnell, wie sie mit diesen negativen Depression- und Angstgedanken umgehen sollte. Sie hat eigene positive innere Sätze für sich gefunden, welche die negativen Gedankenspiralen immer kleiner werden ließen. Auch baute sie positive Aktivitäten in ihrem Alltag auf, in dem Sinne, dass sie bewusst das tat, was ihr psychisches Wohlbefinden brachte. So wurde sie auch auf der sozialen Ebene wieder aktiver. Ihren Freundeskreis erzählte ich folglich von der Diagnose Parkinson. Sie versteckte so ihre Symptome nicht mehr und ging damit offen um. Dadurch löste sich auch der psychische Druck bei ihr. In einem weiteren Schritt lernte sich die Parkinsonerkrankung als Teil ihrer Persönlichkeit anzunehmen. Sie entwickelte ein neues Selbstvertrauen trotz ihrer Erkrankung. Neue Symptome oder Symptomverschlechterungen warfen sie anfänglich immer wieder „aus der Kurve“, aber sie hat in der psychologischen Behandlung ein Rüstzeug bekommen, wie sie damit konstruktiv umgehen kann. Frau M. sehe ich zurzeit unregelmäßig, manchmal in der Selbsthilfegruppe. Sie passt ihre Ziele immer wieder an den krankheitsbedingten erlebten Veränderungen an. Dies gelingt ihr sehr gut. Wenn sie weitere psychologische Unterstützung durch mich braucht, kann sie sich jederzeit bei mir melden.

Die Kosten einer psychologischen Behandlung werden leider nur zum Teil von den Krankenkassen übernommen. Wenn aber die PsychologIn auch PsychotherapeutIn ist, dann können Kosten mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Hierzu gibt es aber in den Bundesländern unterschiedliche Finanzierung- und Rückerstattungsmodelle.

In diesem Sinne hoffe ich Ihnen das Thema Parkinson und Psychologie etwas näher gebracht zu haben und wünsche Ihnen allen alles Gute auf ihren persönlichen Wegen!

Mag. Dr. A. Aschenbrenner

Angabe zu meiner Person:

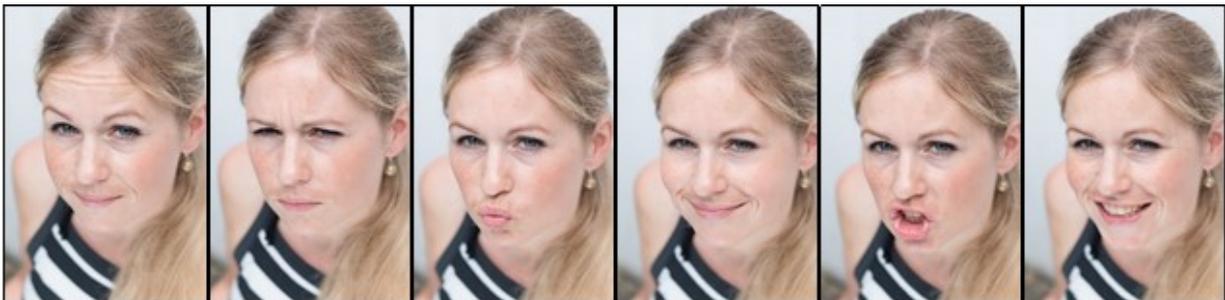
Klinischer- und Gesundheitspsychologe, Gerontopsychologe und Psychotherapeut. Gerontopsychologischer Fachdiensts Diakoniewerk Salzburg. Universitätslektor an der Universität Salzburg - Fachbereich Psychologie. Mehrjährige freiberufliche psychotherapeutische, Coaching- und Supervisionstätigkeit im Seniorenbereich. Mitglied im Leitungsteam der Fachsektion Gerontopsychologie – Berufsverband österreichischer PsychologInnen.

Logopädische Übungen für Mimik, Stimme, Artikulation und Schlucken

Veränderungen der Stimme, des Sprechens und auch des Schluckens treten in ziemlich jedem Krankheitsverlauf bei Morbus Parkinson früher oder später zu Tage. Meistens äußert sich das darin, dass die Sprechlautstärke abnimmt, der Betroffene teilweise überhastet spricht und die Artikulation undeutlicher wird. Oftmals fällt dies dem Erkrankten selbst kaum auf, sondern er erhält diese Rückmeldungen von seinem Umfeld. Dies ist mitunter darauf zurückzuführen, dass sich durch die Erkrankung die Eigenwahrnehmung des Betroffenen verändert. Die Betroffenen nehmen sich häufig lauter wahr als sie tatsächlich sind.

Die Mimik bei Parkinson.....

Für die Übermittlung von Informationen und Emotion ist neben Stimme und Artikulation auch unser Gesichtsausdruck sehr wichtig. Viele Betroffene bemerken im Verlauf der Erkrankung, dass sich die Mimik verändert, dass sie weniger wird. Man spricht hierbei von einem „Maskengesicht“. Unter Umständen kann das bei den Betroffenen in weiterer Folge zu einem ziemlichen Leidensdruck führen, da sie durch die fehlende Mimik auf Gesprächspartner mitunter als desinteressiert „abgestempelt“ werden, obwohl sie es gar nicht sind. In der logopädischen Therapie wird versucht, diesem durch aktivierende Gesichtsmassagen entgegen zu wirken. Der Betroffene kann zudem durch aktive mimische Übungen die Aktivität der Muskulatur fördern:



Stirne runzeln böse schauen Lippen spitzen breit ziehen nach vor stülpen Zähne zeigen

Gut bei Stimme?!

Wie eingangs schon erwähnt, ist ein typisches Phänomen bei M. Parkinson die leiser werdende Stimme. Nachdem sich häufig auch die Eigenwahrnehmung reduziert, fällt diese Veränderung den Angehörigen häufig früher auf, als dem Betroffenen. Sich mit der eigenen Stimme auseinander zu setzen, kann schon einen Beitrag für eine bessere Eigenwahrnehmung leisten, und natürlich den Klang der Stimme optimieren. Wenn Freude am Singen besteht wäre das bereits eine gute Möglichkeit um das Genannte umzusetzen. Zudem gibt es sogenannte „Stimmpflegeübungen“, mit welchen man der Stimme eine Wohltat bereiten kann.

Zwei dieser „Stimmpflegeübungen“ (nach Evemarie Haupt) möchte ich hier kurz vorstellen:

1 a – Seufzer-Übung

- Aufrecht hinsetzen oder hinstellen, der Kopf ist gerade, Blick nach vorn, das Hinterhaupt ist der höchste Punkt
- Kopf zur Seite drehen - über die Schulter schauen (während dieser Bewegung einatmen)
- Den Kopf zur Mitte zurückdrehen mit leisem Seufzerton (auf Laut /mmm/), dabei Mundwinkel leicht nach oben ziehen, wie wenn man lächeln würde
- Kurz in der Anfangsposition verharren (Atempause), und dann das gleiche auf die andere Seite

Ziel: Verbesserung der Feinansprache der Stimmlippen (wichtig für leises Sprechen und Singen)

Zu beachten: die Übung so leise wie möglich ausführen, Tonhöhe variieren, sanft und locker tönen, auf keinen Fall mit Druck



1 b – Gähn-Übung

- Zu Beginn wieder auf eine aufrechte Körperposition achten
- Schultern langsam nach hinten kreisen
- Dasselbe in Kombination mit lautem, herzhaften Gähnen
- Die Form des Gähnens soll über den Schluss hinaus gehalten werden
- Auch bei dieser Übung ist es sinnvoll, die Tonhöhe zu variieren, mit dem Gedanken mit der Stimme zu „spielen“

Ziel: Verbesserung der Kraftentfaltung der Stimme, für mehr Volumen und Lautstärke

Zu beachten: Sehr wichtig, die Kopfposition zu behalten wie angegeben. Das Hinterhaupt bleibt der höchste Punkt, es bewegt sich nur der Unterkiefer nach unten. Häufig passiert der Fehler, dass der Kopf bei dieser Gähn-Übung in den Nacken gelegt wird. Dies hat zur Folge, dass zu viel Spannung im Kehlkopfbereich entsteht, was für die Zielsetzung dieser Übung kontraproduktiv ist.



Artikulation

Zur Bewahrung einer präzisen Artikulation oder um sie zu verbessern, eignet sich beispielsweise die Übung „Korkensprechen“. Korken in den Mund nehmen, mit Schneidezähnen halten und damit so verständlich wie möglich Zungenbrecher oder Texte sprechen.

Schlucken

Bemerkt man, dass man sich beim Essen immer wieder einmal verschluckt, kann man sich unter Umständen schon mit einer Haltungskorrektur etwas Abhilfe schaffen. Beim Essen auf eine aufrechte Körperposition achten, Essen gut kauen und beim Abschlucken das Kinn leicht runter nehmen. Der Fachbegriff dafür lautet „Chin Down“ – in der Position ist es am einfachsten zu Schlucken. Verschluckt man sich immer an der gleichen Konsistenz, beispielsweise bei Suppe mit Einlage, wäre es ratsam diese beispielsweise gegen Cremesuppen, möglichst homogen und ohne Kräuter, zu ersetzen.

Silvia Strasser, MSc

Logopädin im Therapiezentrum Buchenberg, Waidhofen an der Ybbs

Literatur:

Nebel, A./Deuschl, G.: Dysarthrie und Dysphagie bei Morbus Parkinson, Stuttgart 2008.

Haupt, E.: Stimmt's? Stimmtherapie in Theorie und Praxis, 5. Aufl., Idstein 2010.



Fotos ©Strasser

Kognitive Störungen bei Morbus Parkinson



Neben den Kardinalsymptomen Bradykinese, Rigor, Tremor sowie Haltungsinstabilität und Störungen des Gleichgewichts zählen auch Veränderungen nicht-motorischer Funktionen zu häufigen Folgen der Parkinson-Erkrankung – so wird von vielen PatientInnen u.a. ein Nachlassen ihrer Gedächtnisleistungen und der Konzentrationsfähigkeit beklagt.

Da das Auftreten kognitiver Störungen sowohl mit der Lebensqualität der PatientInnen als auch mit der Belastung der Angehörigen in engem Zusammenhang steht, kommt dem frühzeitigen Erkennen kognitiver Veränderungen besondere Bedeutung zu. Aktuellen Studien zufolge ist davon auszugehen, dass etwa jeder Dritte Parkinson-Patient zumindest eine leichte kognitive Beeinträchtigung aufweist. Obwohl sich das kognitive Leistungsprofil von Parkinson-PatientInnen durchaus recht heterogen darstellen kann, konnten auch „typische“ Veränderungen identifiziert werden, die bei vielen PatientInnen zu beobachten sind. So zeigen sich häufig Beeinträchtigungen in den sogenannten „Exekutiven Funktionen“ (Planen, Problemlösen, Ideenproduktion u.dgl.), im Bereich der Aufmerksamkeit, bei bestimmten Gedächtnisanforderungen und bei visuell-räumlichen Aufgaben.

Im Alltag äußern sich diese Beeinträchtigungen z.B. durch eine reduzierte Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit (Verlangsamung im Denken), eine erhöhte Ablenkbarkeit, Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen oder sich auf etwas Neues einzustellen.

Oft ist die Fähigkeit, mehrere Dinge gleichzeitig zu tun, gestört, d.h. PatientInnen sind ev. nicht in der Lage, im Gehen ein Gespräch zu führen. Arbeitsgedächtnis, Lernfähigkeit und der freie Abruf von Gedächtnisinhalten zeigen sich ebenfalls häufig reduziert, die meisten PatientInnen können aber von Hinweisreizen bzw. kleinen Hilfen gut profitieren und Informationen richtig wiedererkennen. Mithilfe



von speziell für Parkinson-PatientInnen entwickelten kognitiven Screening-Verfahren können solche typischen Veränderungen rasch und ökonomisch erfasst werden. Zur Beantwortung spezifischer (z.B. differentialdiagnostischer) Fragestellungen ist die Durchführung einer ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung allerdings unerlässlich.

Nach Abschluss der Diagnostik stellt die Rückmeldung der Testergebnisse an den Patienten den ersten Schritt in der neuropsychologischen Behandlung an unserer Klinik dar. So können u.a. subjektiv wahrgenommene Veränderungen erklärt und vom Patienten besser eingeordnet werden. Unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden und der individuellen Alltagsanforderungen werden mit dem Patienten gemeinsam realistische erreichbare Ziele definiert und ein Behandlungsplan erstellt.

Neben dem Funktionstraining, das darauf abzielt, beeinträchtigte Leistungen zu verbessern, kommt der Vermittlung von Informationen (psychoedukative Maßnahmen) und von Strategien zur Kompensation von Defiziten und zum Umgang mit den wahrgenommenen Veränderungen besondere Bedeutung zu. Im Rahmen von Angehörigenberatungsgesprächen lernen Angehörige, wie sie den Patienten optimal unterstützen können, um ihn einerseits nicht unter (Leistungs-)Druck zu setzen, andererseits aber die Aufrechterhaltung seiner Funktionsfähigkeit bzw. das Zurückgewinnen von Alltagskompetenzen bestmöglich zu fördern.

Darüber hinaus werden Angehörige aber auch dahingehend sensibilisiert, über die Sorge um den Patienten und dessen Wohlergehen nicht die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu vernachlässigen. In diesem Sinne ist das übergeordnete Ziel der neuropsychologischen Behandlung an unserer Klinik darin zu sehen, die Lebensqualität möglichst aller Beteiligten zu verbessern und deren Selbstkompetenz und Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit der Parkinson-Erkrankung zu erhöhen.

Mag. Birgit Brenner-Walter

Klinische- und Gesundheitspsychologin, Rehabilitationspsychologin
Leiterin der Abteilung Psychologie

Meldehinweise in der Pension Teil 1

Sie beziehen eine Invaliditäts-, oder Berufsunfähigkeitspension? Damals, als sie pensioniert wurden, hat man Sie bestimmt über alle möglichen Regeln aufgeklärt, aber wissen Sie das alles heute noch?

Wir möchten Sie an die wichtigsten Bestimmungen erinnern – denn, wenn man sich nicht daranhält, könnte es teuer werden. Sie kennen das ja bestimmt: **UNWISSENHEIT SCHÜTZT VOR STRAFE NICHT!**

MELDEN SIE DER PVA INNERHALB VON 7 TAGEN

- Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und die Höhe des Erwerbseinkommens
- Jede Änderung der Höhe des Einkommens
- Die Ausübung einer (öffentlichen) Funktion, für die Ihnen ein Bezug nach bezugsrechtlichen Regelungen des Bundes, der Länder oder der Gemeinden oder eine sonstige Entschädigung zusteht, sowie die Höhe und die Änderung des Einkommens
- Den Erhalt einer Ersatzleistung für Urlaubsgeld oder Kündigungsentschädigung
- Bei Bezug einer Ausgleichszulage auch den Anfall und jede Änderung des Einkommens des Ehepartners bzw. des eingetragenen Partners, der im Richtsatz berücksichtigten Kinder und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern.

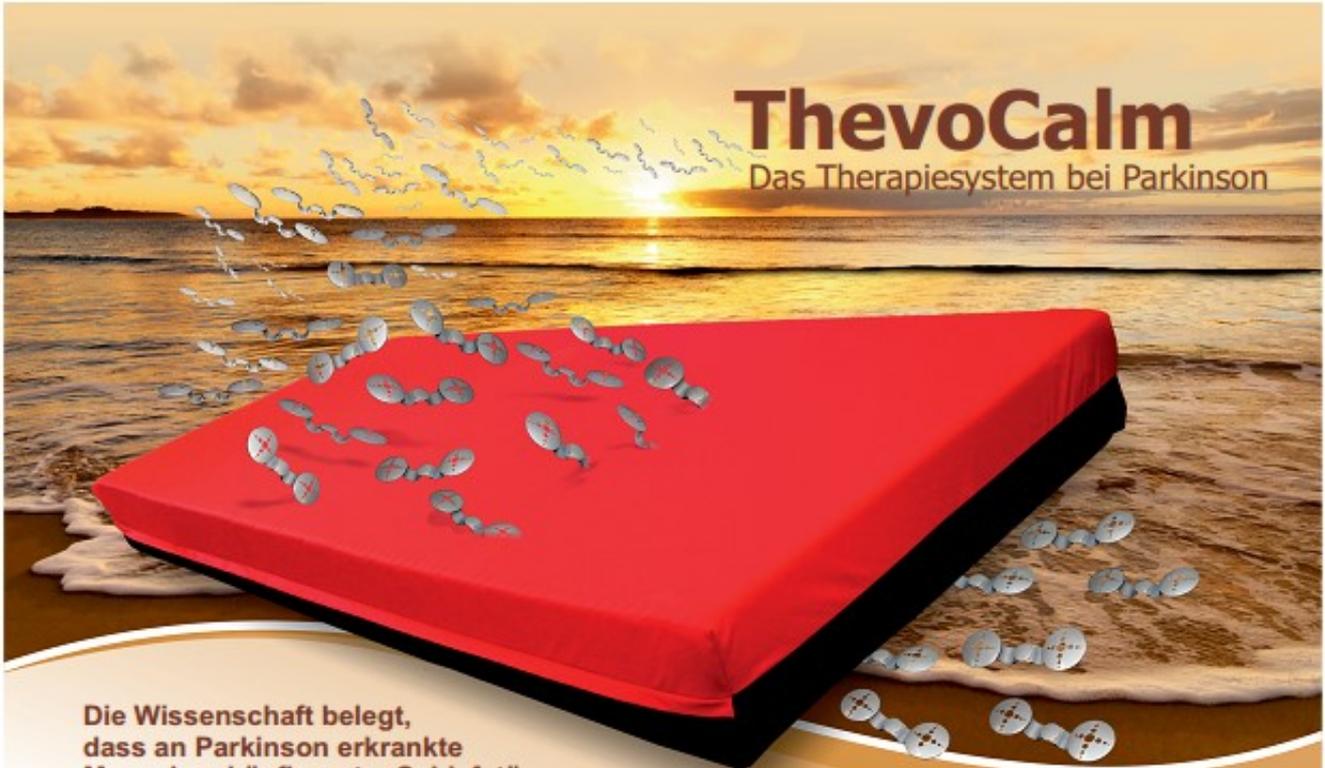
Teil 2 mit weiteren Meldehinweisen finden Sie in der nächsten Ausgabe vom Parkinson Magazin.
Erscheinungstermin Anfang Dezember 2016

Sabine Galler

Quelle: PVA Hauptstelle
Friedrich-Hillegeist-Str.1
1021 Wien

ThevoCalm

Das Therapiesystem bei Parkinson



Die Wissenschaft belegt, dass an Parkinson erkrankte Menschen häufig unter Schlafstörungen leiden. Bewegungseinschränkungen führen zu Schlaflosigkeit und Verspannungen.

Das **ThevoCalm**-Bewegungsbett verwandelt feinste Regungen des Schlafenden - sogar seine Atembewegungen - automatisch in mikrofeine Gegenbewegungen. Diese **MiS Micro-Stimulation®** sorgt dafür, dass der Mensch seinen Körper besser fühlt und wahrnimmt. Diese Wahrnehmung wiederum ist die Bedingung dafür, dass Blutzirkulation und Bewegung erhalten und gefördert werden.

Wirkung von ThevoCalm:

Besserer Schlaf mit der Parkinson-Matratze:

- Muskelentspannung durch MiS Micro-Stimulation®
- Bewegungsimpulse fördern Eigenbewegung
- leichteres Aufrichten
- einfacher Positionswechsel

SUNMED

Sunmed Medizintechnische Produkte GmbH
Sanitätsfachhandel & Pflegebedarf

Jochen-Rindt-Straße 25, A-1230 Wien
Internet: www.sunmed.at - Email: office@sunmed.at
24-Stunden Hotline: +43 1 699 22 99, Fax: +43 1 253 3033 2464

Komponenten der ThevoCalm



Flügelgedern

erhalten und fördern durch kleine Impulse die Eigenbewegung des Parkinson-Erkrankten



Matratze

für ein stabiles Liegegefühl



Parkinson-Federung

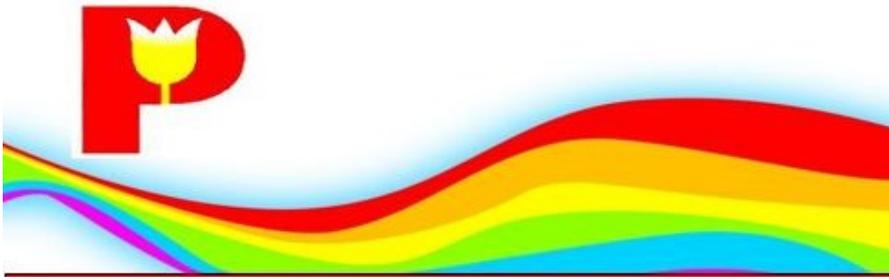
festes Liegegefühl - mehr Stabilität ist optimal an die Schlaf- und Liegebedürfnisse des Parkinson-Erkrankten angepasst



Die Thevo Bewegungsbetten können wahlweise mit einem Jersey- oder Inkontinenz-Bezug genutzt werden. Die ThevoCalm ist in einer Breite von 80 bis 120cm und einer Länge von 120 bis 220 cm erhältlich.

Sondermaße sind möglich!

RUFEN SIE UNS AN - WIR BERATEN SIE GERNE!



DACHVERBAND

0664 78 222 03

Postanschrift: Hauptstr. 2a

7442 Hochstraß

dachverband@parkinson-oesterreich.at

www.parkinson-oesterreich.at

LANDESVERBÄNDE

WIEN

01 982 68 21

0681 814 253 12

www.parkinson-selbsthilfe.at

info@parkinson-selbsthilfe.at

NIEDERÖSTERREICH

0664 415 32 12

helmut.markovits@chello.at

BURGENLAND

0664 43 88 460

jupps-bgld@gmx.at

www.parkinsonselbsthilfe-bgld.at

OBERÖSTERREICH

0680 12 79 891

ooe@parkinson-österreich.at

STEIERMARCK

0316 48 33 77

office.europa1@gmail.com

www.parkinsonstmk.at

KÄRNTEN

0664 99 666 62

august.dorn@gmx.at

SALZBURG

0662 85 26 34

johann.ebner@inode.at

TIROL

0680 201 88 25

puch-charly@hotmail.com

VORARLBERG

0664 14 02 980

schatz.helmut@cable.vol.at