
Beobachtungsergebnisse über die Wirksamkeit von Thevo-Bewegungsbetten bei Parkinsonpatienten

Leitung und Durchführung:

Ute Geitmann

Institut IGAP, Fachliche Leitung Bereich Pflege

Inhalt:

Schlafstörungen bei
Morbus Parkinson

Allg. Bewegungssymptomatik
von Parkinsonpatienten

Erfahrungsbericht der Testung
von Herrn E.; Bremervörde

Erfahrungsbericht der Testung
von Herrn S.; Cuxhaven

Erfahrungsbericht der Testung
von Herrn B.; Hannover

IGAP

Institut für Innovationen im
Gesundheitswesen und
angewandte Pflegeforschung e.V.

pflegewissenschaft

Schlafstörungen bei Morbus Parkinson

An Morbus Parkinson erkrankte Patienten wurden in einer groß angelegten Studie befragt, welche krankheitsbedingten Störungen ihre Lebensqualität am meisten beeinträchtigte. An erste Stelle wurde die Depression genannt und an zweiter Stelle standen bereits die Schlafstörungen. Erst dann wurden die krankheitsbedingte Abhängigkeit und die körperlichen Symptome genannt.

Die Schlaflosigkeit verursacht eine Verschlechterung der körperlichen Symptomatik und beeinträchtigt, bedingt durch die Tagesmüdigkeit, die Lebensqualität. Erholsamer Schlaf führt zu einer Verbesserung der gesamten Symptomatik.

Die European Parkinsons` s disease Association 1999 geht davon aus, dass mehr als 90% der Erkrankten unter Schlafstörungen leiden, die im Zusammenhang mit der Erkrankung auftreten.

Ursachen

Die Ursachen der Schlafstörungen sind vielfältig. Sie können einerseits ihre Ursache in der Erkrankung selbst oder in Therapie der Erkrankung haben. In der erwähnten Studie, in der übrigens mehr als 70 % der Patienten an verschiedenen nächtlichen Schlafstörungen litten, wurden folgende Ursachen erwähnt:

Häufiges Wasserlassen in der Nacht	79%
Unbeweglichkeit im Bett, Umdrehen erschwert	65 %
Beinkrämpfe	55 %
Lebhafte Träume, Alpträume	48 %
Dystonien, Überbewegungen	34%
Beinbewegungen	33 %
Zittern in der Nacht	27 %
Halluzinationen	16 %

Andere Patientenbefragungen ergaben, dass ca. zwei Drittel der Parkinson-Patienten an Schlafstörungen leiden. Ein Drittel davon müssen medikamentös behandelt werden. Ein Problem stellt nicht nur die nächtliche Schlaflosigkeit dar, sondern auch die daraus resultierende Tagesmüdigkeit.

Als Schlafstörungen des Tages werden ständiges Einschlafen durch die Tagesmüdigkeit und der „Sekundenschlaf“ ohne vorherige Müdigkeit beschrieben.

Die nächtliche Schlafstörung, ebenso wie die vermehrte Schläfrigkeit am Tag, kann ihre Ursache in der medikamentösen Parkinson-Therapie haben.

Auch bei Parkinson kann Schlafapnoe auftreten, das zu nächtlichen Herz-Kreislaufstörungen führt, die wiederum zu Tagesmüdigkeit führen.

Arten der Schlafstörungen

- G Einschlafstörungen
- G Früherwachen
- G Motorische Syndrome im Schlaf (wie Tremor oder Abrupte Bewegungen)
- G Häufig kurze Wachphasen (fragmentierter Schlaf)
- G Untersuchungen zeigten verlängerte Einschlafphasen und häufiges Erwachen mit mehr als 30 -40% Wachzeit in der Nacht
- G Traumschlaf-Verhaltenstörung: normalerweise ist im Traumschlaf die Muskulatur komplett entspannt. Beim Vorliegen einer neurodegenerativen Erkrankung, wie M. Parkinson kann es im Traumschlaf zu Schreien, Sprechen und durchaus auch heftigen Bewegungen, mit Verletzungsfolge, kommen. Dies führt zu Alpträumen.
- G Sekundenschlaf am Tag

Häufigkeit verschiedener Schlafstörungen bei Patienten mit Parkinson:
(Mehrfachstörungen möglich)

- 64% Schwierigkeiten beim Einschlafen

- 73% Durchschlafstörungen
- 93% Müdigkeit tagsüber
- 63% Alpträume/lebhaftere Träume
- Bis zu 30% Einschlafattacken (plötzliches Einschlafen am Tag)

Eine weitere sehr häufig vorkommende Störung, nicht nur im Schlaf, sondern bei allen möglichen Alltagsgelegenheiten, sind periodische Beinbewegungen (PLM= Periodic Limb Movements). Die PLM werden von dem Patienten selbst nicht beobachtet. Er bemerkt nur sein nächtliches Erwachen oder der Bettpartner berichtet davon.

Schlafanamnese

Zu den 22 Fragen, die dem Patienten zur gezielten Behandlung der Schlafstörung gestellt wird gehören auch

- + Ist das Umdrehen im Bett erschwert?
- + Ist die allgemeine Beweglichkeit in der Nacht schlecht?
- + Findet sich der Patient am nächsten Morgen so im Bett, wie beim Einschlafen?
- + Gibt es nächtliche Rückenschmerzen?

Anmerkung:

Fragen zur „Bewegung“ sind durchaus ein Thema, aber nicht umfangreich und nicht an erster Stelle.

Die Frage nach Rückenschmerzen taucht zwar in der Fragenliste auf, findet aber sonst bei den Ursachen für Schlafstörungen keine Erwähnung.

Diagnose und Behandlung

Zur Diagnosestellung sind eine Anamnese des Patienten, eine körperliche Untersuchung und die Befragung der Angehörigen notwendig. Zur Klärung der krankheitsspezifischen

Aspekte kann ein speziell entwickelter Fragebogen zur Schlafqualität Hinweise geben (Parkinson's disease Sleep Scale – PDSS).

Die Behandlung erfolgt erst wenn bekannt ist, welche Schlafstörung vorliegt oder welche Schlafstörung im Vordergrund liegt.

Hier zeigt sich ein Teufelskreis. Dopaminerge Medikation kann zu nächtlicher Schlafstörung führen. Das Fehlen besagter Medikation kann jedoch zu nächtlicher Rigidität (Muskelsteifigkeit) oder nächtlicher Ankinese (Unbeweglichkeit) führen.

Fazit

Aus den bisherigen Recherchen ergibt sich:

- + Unbeweglichkeit im Bett findet im Allgemeinen ihre Ursache in der Rigidität (Muskelsteifigkeit) und der Ankinese (Unbeweglichkeit). Wahrnehmungsimpulse auf normalen Unterlagen wird nur sehr wenig über Eigenbewegungen erlangt.
- + Drehen und Bewegungen werden durch die Krankheit erschwert/verhindert. Weiche Matratzen verstärken diesen Effekt.
- + Die REM-Schlaf-Verhaltenstörung findet ihre Ursache in der Erkrankung
- + Die periodischen Beinbewegungen finden ihre Ursache in der Erkrankung und lassen den Patienten aufschrecken. Microstimulation könnte für Linderung sorgen..
- + Häufige Rückenschmerzen finden ihre Ursache in der Muskelsteifigkeit. Oft sind sie auch mit ziehenden Schmerzen im Schulter-Arm-Bereich verbunden. Bewegungsbetten könnten auf Grund Ihrer Möglichkeiten der anatomischen Lagerung für eine Verbesserung sorgen.

Ute Geitmann

Institut IGAP

25.01.2010

Quelle: Auszüge aus www.parkinson-web.de

Bewegungssymptome

Brady-, Hypo- und Akinese

Bradykinese bedeutet Verlangsamung der Bewegungsabläufe.

Hypokinese bedeutet, dass Bewegungen insgesamt seltener werden und auch schwächer ausgeprägt sind.



Akinese ist eine hochgradige Bewegungsarmut bis zur völligen Bewegungslosigkeit (trotz normaler Muskelkraft). Auch das Starten von Bewegungen ist gestört. Die Akinese betrifft die willkürlichen und unwillkürlichen Abläufe der quergestreiften Muskulatur.

Im alltäglichen Sprachgebrauch wird zwischen diesen Begriffen oft nicht so klar unterschieden, so wird z.B. die Brady- und Hypokinese für leichtere Ausprägungen der Akinese verwendet.

Die Brady- und Hypokinese ist die am stärksten beeinträchtigende Störung und äußert sich in folgenden Beschwerden:

- verminderte Mimik und Gestik
- vermindertes Mitschwingen der Arme
- heisere, flüsternde Stimme
- monotone Stimme
- selteneres Schlucken (und daraus folgend Speichelfluss)
- Kleinerwerden der Buchstaben beim Schreiben
- Verminderte Feinbeweglichkeit der Hände
- Störung der rasch abwechselnden Bewegungen

- Gang mit kleinen Schritten, schlechtes Abrollen beim Gang
- Nachziehen eines Beines
- Startschwierigkeiten, vorübergebeugtes Gehen
- Fallen nach Hinten (teilweise Gleichgewichtsstörung)
- Haltungsstörung (ingerollte Haltung)
- Schwierigkeiten beim Aufstehen
- Gestörtes Umdrehen im Bett

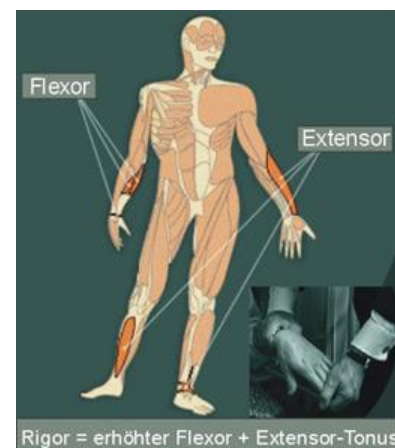
Die Hypokinese fängt im Allgemeinen auf einer Körperhälfte an und bleibt ziemlich lange auf eine Seite begrenzt.

Ein plötzliches Absetzen von Medikamenten oder schwere Erkrankungen können bei Parkinson-Patienten zu der sogenannten akinetischen Krise führen. Diese ist durch Unbeweglichkeit, Unmöglichkeit des Sprechens und Schluckens und hohes Fieber gekennzeichnet und bedeutet eine lebensbedrohliche Komplikation. Mit Amantadin-Infusionen oder Apomorphin-Spritzen kann man die Krise meistern.

Rigor

Die gleichzeitige Tonuserhöhung, also Spannungserhöhung, in den antagonistischen Muskeln (paarweise wirkende Muskeln, z.B. Beuge- und Streckmuskeln) wird auch als Rigor oder Muskelsteifheit bezeichnet.

Der Rigor muss von der spastischen Tonuserhöhung unterschieden werden, die andere Ursachen hat. Die Patienten erleben den Rigor als Steifheitsgefühl in den Armen und Beinen. Wenn jemand anders versucht, z.B. den Arm des Patienten zu bewegen, spürt er einen zähen Widerstand in allen Richtungen. Außerdem ist ein Zahnradphänomen vorhanden, das heißt der Arm lässt sich nur ruckartig und abgehackt bewegen. Der Rigor und auch das Zahnradphänomen können bei der Untersuchung provoziert werden, indem der Patient auf der Gegenseite die Hand zur Faust ballt. Die Muskeleigenreflexe sind auf der betroffenen Seite häufig lebhafter.



Zittern = Parkinson?

Oktober 2006 | Dr. Ferenc Fornadi, Gertrudis-Klinik Biskirchen

Abgrenzung verschiedener Tremorkrankheiten



Die Bezeichnung „Tremor“ wird in der medizinischen Sprache für das Zittern verwendet. Tremor ist als unwillkürliche rhythmische Bewegung eines oder mehrerer Körperteile definiert (= Oszillation). Der Tremor selbst ist nur ein Symptom und kann viele verschiedene Ursachen haben.

Die häufigste allgemein bekannte Erkrankung mit Zittern ist die Parkinson-Krankheit. Dementsprechend wird beim Auftreten eines Zitterns in erster Linie an diese Krankheit gedacht und in vielen Fällen eine eventuell jahrelange, nicht notwendige und unwirksame Parkinson-Therapie eingeleitet. Um diese Fehldiagnose zu vermeiden, ist die Abgrenzung der verschiedenen Tremorformen und Tremorkrankheiten von großer Bedeutung.

Tremorformen

Die Unterscheidung verschiedener Tremorformen erfolgt aufgrund folgender Kriterien:

1. **Frequenz:** niederfrequent: 2–4 Hz, mittelfrequent: 4–7 Hz, hochfrequent: >7 Hz
2. **besondere Lokalisation:** Kopf-, Zungen-, Stimmband-, Unterkiefer, Hände-, Beintremor.
3. **besondere Auslöse-Situation:** Stehen, Schreiben, Geigespielen.
4. **Aktivierungsbedingungen:** Ruhe, Halten, Aktion und Zielbewegung. Dementsprechend unterscheiden wir einen **Ruhe-, Halte-, Aktions-** und **Intentionstremor**.

Aktivierungsbedingungen

- Der **Ruhetremor** ist am häufigsten bei der Parkinson-Krankheit vorhanden, hat eine Frequenz von ca. 5 Hz. Er tritt in erster Linie bei völliger Entspannung auf und bei hängenden Armen im Stehen und Gehen. Innere Spannung (z.B. Rückwärtszählen), positive oder negative Emotionen, Stress, Beobachtung, Kälte verstärken das Ruhezittern. Bei willkürlichen Bewegungen, besonders am Anfang der Bewegung, hört das Zittern für einige Zeit auf. Bei zielgerichteten Bewegungen kann der Ruhetremor im Ziel erneut auftreten. Dieser so genannte Landetremor ist nicht zu verwechseln mit dem Intentionstremor. Das Ruhezittern der Hände wird auch als Geldzähl- oder Pillendreh-Tremor genannt, aufgrund der typischen, rhythmischen Handbewegung.
- Der **Aktionstremor** tritt bei willkürlichen Bewegungen auf und kann diese erheblich stören (Verschütten von Flüssigkeiten, Probleme beim Schreiben und bei der Besteckführung). Er ist im Allgemeinen etwas schneller als der Ruhetremor, die Frequenz kann aber auch identisch sein.
- Der **Halte-tremor**, der auch als statischer Tremor genannt wird, ist bei Vorhalten der Arme zu beobachten. In der Frequenz ist er ähnlich wie der Aktionstremor. Halte- und Aktionstremor sind typisch für den familiären essentiellen Tremor.
- Der **Intentionstremor** ist für die Erkrankung des Kleinhirns charakteristisch, tritt bei zielgerichteten Bewegungen der Hände und der Beine auf und der Ausschlag des Zitterns wird vor dem Ziel immer größer.

Tremorsyndrome

Die verschiedenen Tremorformen, deren Kombination, die sonstigen Symptome, die anamnestischen Daten und Befunde führen zu spezifischen Tremorsyndromen.

Tremorsyndrome (Krankheiten)

- verstärkter physiologischer Tremor
- Parkinson Tremor
- essentieller Tremor
- orthostatischer Tremor

- dystoner Tremor
- aufgabenspezifischer Tremor
- Tremor bei Kleinhirnerkrankungen
- Holmes Tremor
- Gaumensegel-Tremor
- medikamentöser und toxischer Tremor
- Tremor bei Polyneuropathie
- Wilson-Krankheit
- Alterszittern
- psychogener Tremor

Verstärkter physiologischer Tremor

Auch gesunde Menschen zittern in verschiedenen Situationen, bei Kälte, Aufregung, Anstrengung usw. Dieser so genannte physiologische Tremor kann verstärkt sichtbar werden, besonders bei dem Armhalteversuch. Dieses Zittern ist schneller (über 6 Hz). Die Ursachen sind sehr unterschiedlich, wenn sie behoben werden, ist der Tremor reversibel. Demzufolge ist es wichtig, durch Diagnostik den Auslöser des verstärkten physiologischen Zitterns zu finden. Die häufigsten Ursachen sind

- Medikamente (Antidepressiva, Lithium, Antiepileptika)
- Schilddrüsenüberfunktion, Blutzuckerabfall
- Vegetative Dystonie
- Medikamenten- und Drogenentzug
- Leber-/Nierenerkrankungen
- Alkoholkrankung
- Schädigungen im Gehirn (halbseitig)

Parkinson-Tremor

Bei der Parkinson-Erkrankung treten verschiedene Formen des Tremors auf, trotzdem ist der Ruhetremor das typischste Zeichen der Parkinson-Erkrankung. Die folgenden Kombinationen der einzelnen Tremorformen kommen in Frage:

Typ I, klassischer Parkinson-Tremor

Es handelt sich hier um einen typischen Ruhetremor, der von einem Halte- oder Aktionstremor begleitet werden kann. Diese Tremorformen haben aber dieselbe Frequenz. Das Zittern lässt beim Übergang von Ruhe zu Halte- oder Aktionsbewegungen nach.

Typ II, Ruhe- und Haltetremor unterschiedlicher Frequenz

Bei diesem Typ liegt neben dem Ruhetremor ein schneller, zweiter Tremortyp mit einem Frequenzunterschied von mehr als 1,5 Hz. vor (Mischtremor). Bei einigen Patienten handelt es sich dabei um die Kombination eines essentiellen Tremors mit einem Parkinson-Tremor.

Typ III, reiner Halte- und Aktionstremor

Einige Patienten haben einen reinen Halte- und Aktionstremor mit einer Frequenz oberhalb von 5 Hz.

Monosymptomatischer Ruhetremor

Diese Tremorform bereitet oft diagnostische Schwierigkeiten, weil neben dem isolierten Ruhetremor keine sonstigen Parkinson-Symptome zu finden sind. L-Dopa-PET-Untersuchungen zeigen bei den Patienten eine Störung des Dopamin-Systems, wie bei der Parkinson-Krankheit. Diese Form des Parkinson-Zitterns wird auch als „benigner (gutartiger) tremor-dominanter Morbus Parkinson“ bezeichnet.

Klassischer essentieller Tremor

Als familiärer essentieller Tremor wird eine Krankheit bezeichnet, die einen häufig erblichen, isolierten Tremor aufweist. Der essentielle Tremor ist im Allgemeinen eine langsam progrediente Erkrankung mit vorwiegendem Halte- und Aktionstremor. Sehr selten ist auch ein Ruhetremor vorhanden. Das Zittern kann früh im Jugendalter oder erst im höheren Alter beginnen. Bei ca. 60% der Fälle gibt es eine autosomal dominante Vererbung. Die meisten Betroffenen registrieren den vorübergehenden Rückgang des

Zitterns nach Alkoholgenuss. Hände, Kopf, Stimme, Gesicht, Beine und Rumpf können betroffen sein.

Der essentielle Tremor wird oft mit der Parkinson-Krankheit verwechselt. Die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt:

	Parkinson-Zittern	Essentieller Tremor
Form	überwiegend in Ruhe	überwiegend Halte- und Aktionstremor
Frequenz	5/Sek.	8-10/Sek.
Erblichkeit	sehr selten	60 % familiär
Anfangsalter	ab 50-60 J	häufig unter 20 J., auch später möglich
Progredienz	schneller	langsamer
Symmetrie	auf einer Körperhälfte	auf beiden Körperhälften
Schrift	kleiner werdend	verzittert
Sprache	heiser, leise	zittrige Stimme
Kopfzittern	selten	häufig
Unterkieferzittern	typisch	nicht typisch
sonst. Symptome	fast immer vorhanden	keine
Alkohol	keine Wirkung	typische Dämpfung des Zitterns
Dopaminerge Therapie	wirksam	keine Wirkung

Primärer orthostatischer Tremor

Der so genannte orthostatische Tremor ist durch eine Standunsicherheit charakterisiert, die auch beim Gehen auftreten und auch einen Sturz aus dem Stand verursachen kann. Beim Sitzen oder Liegen sind die Patienten symptomfrei. Typisch ist ein sichtbares oder tastbares schnelles Zittern der Beinmuskeln. Die Tremoruntersuchung mittels Elektromyographie zeigt im Stehen einen schnellen symmetrischen Beintremor mit einer Frequenz von 14-18 Herz. Bei einem Teil der Patienten finden sich auch andere neurologische Störungen wie Parkinson oder Restless legs.

Dystoner Tremor

Bei diesem Syndrom ist ein Tremor in einer Extremität oder einem Körperteil vorhanden, das mindestens minimale Zeichen einer Dystonie (zentralbedingte Verkrampfung der Muskeln) zeigt. Das Zittern ist in der Amplitude und in der Frequenz variabel, unregelmäßig. Die Frequenz liegt unter 7 Hz, das Zittern ist Halte- und Aktionstremor, kein Ruhetremor. Typische Erscheinung ist der dystone Kopftremor beim Schiefhals.

Aufgabenspezifischer Tremor

Der aufgaben- oder positionsspezifische Tremor tritt z. B. bei professionellen Musikern oder Sportlern auf. Der Tremor zeigt sich im Allgemeinen nur bei der spezialisierten Tätigkeit. Das Schreiben und Sprechen gehört ebenfalls zu den motorischen Tätigkeiten, die betroffen sein können (isolierter Stimmtremor, primärer Schreibtremor). Bei einigen Patienten tritt der Tremor nur bei bestimmten Haltungen der Extremitäten auf (positionsspezifischer Tremor).

Tremor bei Kleinhirnerkrankungen

Der so genannte zerebelläre Tremor ist ein halbseitiger oder beidseitiger Intentionstremor mit einer Frequenz unter 5 Hz. Ein Haltetremor ist auch möglich, aber kein Ruhetremor. Es sind immer andere Kleinhirnsymptome vorhanden. Die häufigste Ursache dieser Tremorform ist die Multiple Sklerose.

Holmes-Tremor

Dieses Tremorsyndrom beinhaltet einen Ruhe- und Intentionstremor, seltener einen Haltetremor. Dieser Tremor ist nicht so rhythmisch wie die anderen Zitterformen und zeigt eine langsame Frequenz unter 4,5 Hz. In der Anamnese oder in den MRT-Bildern findet sich eine Läsion des Hirnstammes (Schlaganfall). Der Tremor tritt nach dem Schlaganfall bis zu 2 Jahre verzögert auf.

Gaumensegeltremor

Der seltene Gaumensegeltremor kann in 2 Formen auftreten. Es gibt eine symptomatische Form, die auf eine Veränderung des Hirnstammes oder des Kleinhirns zurückzuführen ist. Die essentielle Form zeigt im MRT keine Veränderungen. Rhythmische Bewegungen des weichen Gaumens charakterisieren diese Tremorform. Die Patienten verspüren einen Ohrklick.

Medikamentöser und toxischer Tremor

Ein Tremor wird dann als medikamentös induziert betrachtet, wenn er im zeitlichen Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten auftritt, die als Nebenwirkung Zittern auslösen können. Toxische Tremorformen kommen nach akut- oder chronischen Vergiftungen vor. Der medikamenteninduzierte Tremor kann sehr unterschiedlich sein, das klinische Bild hängt von der Medikamentengruppe ab. Verstärkter physiologischer Tremor, klassischer Parkinson-Tremor, Kleinhirn-Tremor können auftreten.

Tremor bei Polyneuropathie

Die chronische schwere Entzündung der peripheren Nerven (Polyneuropathie) kann selten auch einen Tremor verursachen.

Wilson-Krankheit

Die Wilson-Krankheit ist eine Kupferstoffwechsel-Störung, die Veränderungen der Leber und des Gehirns verursacht. Ein Symptom dieser Krankheit ist ein grobes Zittern, das als „Flügelschlagen“ bezeichnet wird.

Alterszittern

Das sogenannte Alterszittern ist häufig eine nicht erbliche Spätform des essentiellen Tremors.

Psychogener Tremor

Im Hintergrund des selten auftretenden psychogenen Tremors steht keine organische Störung des Nervensystems.

Auch diese kurze Beschreibung der Krankheiten, die als Symptom einen Tremor aufweisen, zeigt, dass beim Auftreten eines Zitterns als Diagnose nicht nur die Parkinson-Krankheit in Frage kommt.

Oktober 2006 | Dr. Ferenc Fornadi, Gertrudis-Klinik Biskirchen

(www.parkinson-web.de)

Thevo Vital Testung bei Herrn E.

Herr E. ist ein 86 jähriger Bewohner einer Altenpflegeeinrichtung mit Morbus Parkinson.

Er ist orientiert und zeigt keine dementielle Veränderung. Die M. Parkinson bedingte lange Reaktionszeit mag zuweilen eine mentale Verlangsamung vermuten lassen, die jedoch nicht belegt ist. Herr E. äußert seine Wünsche klar und lässt keine Fremdbestimmung zu. Er lässt sich alle Maßnahmen und Überlegungen bezüglich einer Verbesserung seiner Versorgung erklären und zeigt sich einverstanden, wenn sie ihm plausibel erscheinen.

Seine krankheitsbedingten Beeinträchtigungen kann er klar äußern und nach seinem Empfinden beschreiben.

Herr E. hat neben seiner Parkinson-Erkrankung noch eine Makula-Degeneration und ist daher nahezu blind.

Herr E. schläft schlecht. Er beklagt Rückenschmerzen und Schmerzen im Schulter-Arm Bereich. Er beklagt Liegeschmerz, der sich durch sein Unvermögen, seine Position zu verändern darstellt. Die beschriebenen Schmerzen sind in der Nacht ein Grund für seinen schlechten Schlaf. Die Schmerzen sind nicht auf bestimmte Bereiche begrenzt sondern werden am ganzen Körper beschrieben. Die PDL beschreibt ihn als „Prinzessin auf der Erbse“, um zu unterstreichen, dass bereits vermeintliche Kleinigkeiten Schmerzen verursachen können.

Herr E. hat keinen ausgeprägten Tremor. Der Rigor (Muskelsteifigkeit) stellt sich bei ihm, je nach Tagesform, folgendermaßen dar: Er beschreibt eine Gewichtszunahme z.B. seiner Füße, eines Trinkglases oder des Rollators.

Er möchte die Dinge zwar anheben, der Versuch dieses zu tun fällt jedoch zunehmend schwerer, weil die Muskulatur sich bei dem Versuch zunehmend versteift. Er selbst beschreibt es als eine Gewichtszunahme der Gegenstände.

Dieses Problem zeigt sich auch in der Nacht. Er ist nicht im Stande große Positions-Veränderungen vorzunehmen und muss gelagert werden. Kleine Bewegungen, wie leichte Schwerpunktverlagerungen kann er jedoch vornehmen. Auch diese Bewegungen fallen häufig durch die beschriebenen Gewichtszunahmen schwer und sind dann nicht durchführbar.

Die leichten Schwerpunktverlagerungen haben jedoch positiven Einfluss auf seinen Liegeschmerz.

Vor diesem Hintergrund ist Herr E. versuchsweise am 24.02.2010 mit einem Thevo-Bewegungsbett versorgt worden, um ihm ggf. Linderung zu verschaffen.

Bereits nach 2 Wochen auf dem Thevo-Bewegungsbett ließ sich eine mehr als deutliche Verbesserung feststellen. Die betreuende Pflegedienstleitung berichtete, dass bereits nach wenigen Tagen Herr E. wesentlich besser geschlafen hat und immer noch schläft. Es ist deutlich während der Nacht zu erkennen, dass er entspannter im Bett liegt und schläft. Die Schmerzen scheinen kaum noch wahrnehmbar zu sein. Eine Nachfrage zeigte, dass er die vorher beschriebene **Schwere** nicht mehr nennt und nach eigenen Angaben besser schläft.

Er muss weiterhin gelagert werden, weil weiterhin selbständige Positionswechsel fehlen. Es ist davon auszugehen, dass er leichte Schwerpunktverlagerungen durchführen kann und darum auch entspannter schlafen kann.

Herr E. berichtete davon, dass er sich morgens auch besser fühlt und schneller „In Gang“ kommt. Er möchte auf das Bewegungsbett nicht verzichten.

Bremervörde, 23.03.2010

Testung Thevo Vital bei Herrn S. im August 2010

Herr S., Parkinson Patient seit 16 Jahren, ist medikamentös eingestellt und seit April 2009 mit einem Impulsgenerator zur tiefen Hirnstimulation versorgt.


Durch diese Versorgung ist für den Außenstehenden kein Tremor zu beobachten.

Nachts schläft er häufig unruhig und beschreibt Gelegenheiten bei denen er durch seine eigenen intensiven Bewegungen – schlagen mit dem Arm gegen die Wand oder treten - wach wird. Außerdem beschreibt er starke Rückenschmerzen nach längerem Liegen. Insbesondere am Morgen hat er Schwierigkeiten aus dem Bett zu kommen.

Er testet die ThevoVital.

Im Verlauf der Testung beschreibt er im Rahmen der Protokollführung besseres Einschlafen und Durchschlafen. Die intensiven Bewegungen, einschließenden Beinbewegungen und Beinkrämpfe lassen im Verlauf der Testung nach und damit auch die vorher beschriebenen Alpträume.

Er erklärt im Anschluss an die Testung, dass er deutlich ruhiger gelegen hat und die willkürlichen Bewegungen leichter fielen. Er konnte die Positionswechsel im Bett leichter durchführen. „Das ging einfach anders“ so sein positives Feedback. Die schmerzhaften Muskelverspannungen waren ebenfalls deutlich reduziert, sodass Herr S. länger und besser geschlafen hat. Ein wesentlicher Aspekt ist für ihn, dass er sich deutlich besser bewegen kann. Insbesondere das morgendliche Aufstehen fällt ihm leichter. „Ich kam sonst einfach nicht aus dem Bett heraus - ich saß förmlich in der Matratze fest.“




Herr S., 86 kg schwer, war zwischenzeitlich mit einer 80er Vital versorgt. Hier beklagte er ein zu starkes Einsinken und deutlich erschwerte Bewegungen. Auch die unruhigen Träume, die oft mit einschließenden Bewegungen einhergehen, werden hier wieder häufiger.

Nach einer Umversorgung mit der ThevoVital 140 lassen diese Probleme nach, und er kann sich auch wieder besser bewegen.

Bremervörde

04.10.2010



Testung ThevoVital bei Herrn B. im September 2010

Herr B., medikamentös eingestellter Parkinson-Patient, ist durch deutliches Muskelzittern bis hin zur Muskelstarre in seiner Bewegung eingeschränkt. Er selbst berichtet, dass er sehr von seiner Tagesform abhängig ist. Er ist noch berufstätig als selbständiger Versicherungsmakler, muss jedoch inzwischen einen Mitarbeiter beschäftigen, weil er sich „nie auf seine Tagesform verlassen kann.“

Herr B., 87 kg, testet zunächst die ThevoVital 80, berichtet jedoch bereits nach zwei Tagen, dass er darauf nicht schlafen kann. Die Muskulatur ist zunehmend verspannt und er leidet unter ausgeprägten Nackenschmerzen.

Es erfolgte ein Austausch gegen eine ThevoVital 140.

Herr B. gab nach der ersten Nacht bereits eine bessere Liegequalität und entspannte Nackenmuskulatur an.

Er beschreibt wären der Testung eine Erleichterung der Lageveränderungen. Schwerpunktverlagerungen oder Mikrobewegungen gehen, trotz des Muskelzitterns, leichter von Statten. Auch komplette Positionswechsel fallen ihm leichter.

Er kommt wesentlich leichter in den Schlaf.

Auf den Tremor nimmt die verbesserte Lagerung leider keinen Einfluss, weshalb er weiterhin in der Nacht durch das Zittern und die Beinkrämpfe geweckt wird.

Trotzdem gibt Herr B. ein verbessertes Durchschlafen an und ist tagsüber weniger müde. Er hat den subjektiven Eindruck, dass seine Vitalität durch den besseren Schlaf steigt. Tagesaktivitaten fallen ihm leichter und die Konzentrationsfähigkeit schätzt er höher ein.

Bremervörde, November 2010

Ute Geitmann