



Morbus Parkinson

Wissen. Erkennen. Behandeln.



BENEDICTUS KRANKENHÄUSER
TUTZING & FELDAFING

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie mit dieser Broschüre über Morbus Parkinson, eine häufige neurologische Erkrankung, informieren.

In Deutschland leiden etwa 350000 Menschen unter dieser Erkrankung, die meist in höherem Lebensalter beginnt. Ursache ist ein Zelluntergang vorrangig in einem kleinen, umschriebenen Bereich tief im Inneren des Gehirns, durch den das Krankheitsbild mit erhöhter Muskelsteifigkeit, verminderter Beweglichkeit und Zittern mit fortschreitendem Nervenzellverlust zunehmend in Erscheinung tritt. Durch Medikamente und physikalische Therapie können die Krankheitssymptome meist gut gemildert werden, sodass eine Teilhabe am Leben ohne wesentliche Einschränkung der Lebenserwartung gewährleistet ist. Im Folgenden finden Sie Informationen zur Erkrankung, zu Behandlungsmöglichkeiten und Selbsthilfe.

Sollten Sie weitere Fragen haben, steht Ihnen das Team der neurologischen Abteilung der Benedictus Krankenhäuser Tutzing und Feldafing gerne zur Verfügung.



Prof. Dr. Dirk Sander

Chefarzt

Neuro-Zentrum Benedictus Krankenhäuser Tutzing & Feldafing

Was ist der Morbus Parkinson?

Erkrankung

M. Parkinson ist eine fortschreitende, neurogenerative Erkrankung, bei der es durch Substanzverlust in einem umschriebenen Mittelhirnbereich, der Substantia nigra („schwarze Substanz“), zum Nervenzelluntergang kommt. Hieraus resultiert ein Mangel eines biochemischen Botenstoffes, des Dopamins. Durch den Dopaminmangel werden neurologische Regelkreise funktionell gestört, sodass Parkinson-typische motorische Symptome wie Bewegungsarmut (Hypokinese), Muskelsteifigkeit (Rigor) und Zittern (Tremor) auftreten. Parkinson-Symptome können auch durch bestimmte Medikamente ausgelöst werden oder im Rahmen von anderen neurodegenerativen Erkrankungen auftreten, wobei dann noch andere Systeme mitbetroffen sind.

Häufigkeit

In Deutschland sind ca. 350000 Menschen an M. Parkinson erkrankt. Es handelt sich damit um eine der häufigsten degenerativen Erkrankungen des Nervensystems. Das Erkrankungsalter liegt meist zwischen 60 und 80 Jahren, bis zu 20 Prozent der Patienten sind bei Diagnosestellung jünger als 60 Jahre.

Folgen

Vor der Einführung der Levodopa-Behandlung in den 70er-Jahren führte die fortschreitende Parkinson-Erkrankung unbehandelt nach wenigen Jahren in die vollständige Pflegebedürftigkeit und bei einer Lebenserwartung von etwa 10 Jahren schließlich zum Tod. Durch die modernen Behandlungsmöglichkeiten einschließlich kombinierter medikamentöser Therapie, Pumpenbehandlung und tiefer Hirnstimulation entspricht die Lebenserwartung heute nahezu der der Normalbevölkerung, und es ist in vielen Fällen möglich, Krankheitssymptome über viele Jahre zu kontrollieren und damit eine Teilhabe am beruflichen und privaten Leben ohne gravierende Einschränkungen aufrechtzuerhalten.

Woran erkennt man einen M. Parkinson?

Ursachen des M. Parkinson

- + Die Ursache für den Untergang der dopaminhaltigen Nervenzellen beim M. Parkinson ist unbekannt, diskutiert werden erbliche und Umweltfaktoren.
- + Abzugrenzen vom M. Parkinson sind Parkinson-Syndrome, die als Erbkrankheit, im Rahmen anderer neurodegenerativer Erkrankungen (sog. atypische Parkinson-Syndrome) oder als symptomatische (sekundäre) Formen (z. B. ausgelöst durch Medikamente, Tumoren, Verletzungen, Gifte, Entzündungen, Stoffwechselerkrankungen) auftreten.

Typische Kennzeichen (Kardinalsymptome) des M. Parkinson

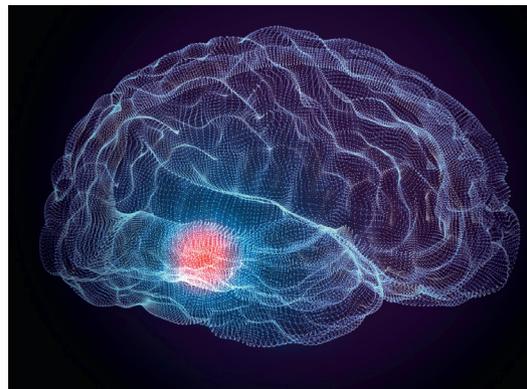
- + Bewegungsmangel (Hypokinese) bis hin zur kompletten Unbeweglichkeit (Akinese)
- + Muskelsteifigkeit (Rigor)
- + Zittern meist der Hände in Ruhe (sog. „Pillendreher“, Ruhetremor)
- + Standunsicherheit mit Fallneigung (posturale Instabilität)

Verlaufsformen des M. Parkinson

- + Akinetisch-rigider-Typ: Akinese und Rigor stehen im Vordergrund
- + Äquivalenz-Typ: Akinese, Rigor und Tremor sind gleich ausgeprägt
- + Tremordominanz-Typ: Tremor steht im Vordergrund

Weitere typische Kennzeichen

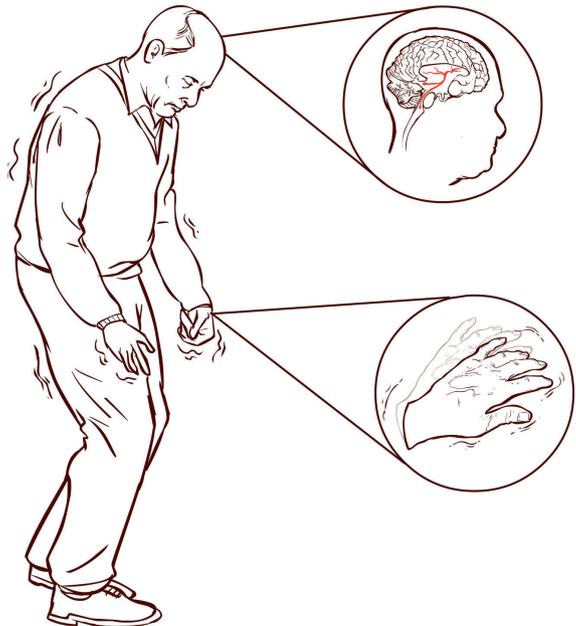
- + Gangbild: kleinschrittig, gebunden, vornübergebeugt, vermindertes Mitschwingen der Arme, erhöhte Anzahl von Wendeschritten
- + Starthemmung oder Einfrieren („Freezing“) beim Gehen
- + Schwierigkeiten beim Zuknöpfen der Kleidung sowie verkleinertes Schriftbild (Mikrografie)
- + Maskengesicht (Hypomimie)
- + leise und undeutliche Sprache (Dysarthrophonie)
- + Schluckstörung (Dysphagie)



Mögliche Frühsymptome und weitere Symptome

- + Depressionen
- + Schlafstörungen
(Ein- und Durchschlafstörungen)
- + abgeschwächte Geruchswahrnehmung
(Hyposmie)
- + einseitige Muskelschmerzen im
Schulter-Arm-Bereich
- + Obstipation, Harninkontinenz, Kreislauf-
probleme, gestörte sexuelle Funktionen
- + vermehrte Talgsekretion der Haut
(„Salbengesicht“)
- + Denkverlangsamung, Gedächtnis-
störungen, in fortgeschrittenen Stadien
Demenz

Es ist keine ursächliche Behandlung möglich. Es erfolgt eine Behandlung der Symptome. Hierdurch ist jedoch über viele Jahre bis Jahrzehnte unbehindertes Leben möglich. Zur Behandlung stehen medikamentöse Therapien mit verschiedenen Substanzgruppen und nichtmedikamentöse Therapien zur Verfügung. Diese sind auf den folgenden Seiten beschrieben.



Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Behandlung erfolgt hauptsächlich durch Medikamente, die das Dopamin-Angebot im Gehirn erhöhen.

- + Wichtigstes Medikament ist L-Dopa, eine Vorstufe von Dopamin, das nach oraler Aufnahme in den Körper und nach Übertritt durch die Blut-Hirn-Schranke ins Gehirn zu Dopamin umgewandelt wird. L-Dopa wird immer mit einem Decarboxylasehemmer (Carbidopa oder Benserazid) kombiniert, der den Abbau im Körper vor Passieren der Blut-Hirn-Schranke hemmt. Applikation in flüssiger Form über Pumpen direkt in den Darm ist möglich.
- + Durch MAO-B-Hemmer wird der Abbau von Dopamin im Gehirn gehemmt.
- + Dopaminagonisten wirken direkt an den Rezeptoren der Nervenübertragung, an denen auch Dopamin ansetzt, und können sowohl als Tabletten bzw. Retardtabletten als auch als Pflaster angewendet werden. Sie ahmen die Wirkung von Dopamin nach. Sie werden insbesondere bei jüngeren Patienten und zu Beginn der Erkrankung eingesetzt, um L-Dopa einzusparen.
- + Anticholinergika korrigieren das gestörte Gleichgewicht bei der Nervenübertragung von Dopamin und Acetylcholin, sie werden jedoch wegen negativer Wirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit zurückhaltend eingesetzt.
- + Amantadin hemmt vor allem den Botenstoff Glutamat, dessen Aktivität bei M. Parkinson erhöht ist. Bei Patienten, die sehr unbeweglich sind, kann es als Infusion verabreicht werden. Ansonsten kommt es insbesondere in der Frühphase der Parkinson-Erkrankung in der weniger wirksamen Tablettenform zum Einsatz.
- + COMT-Hemmer hemmen den Abbau des oral verabreichten L-Dopa im Körper vor Übertritt ins Gehirn und erhöhen dadurch die Verfügbarkeit. Sie verstärken somit die Wirkung von L-Dopa und verlängern dessen Wirkdauer.

Tiefe Hirnstimulation, experimentelle Ansätze

- + In bestimmten Fällen besteht die Möglichkeit der sog. tiefen Hirnstimulation durch Geräte, die ähnlich wie ein Herzschrittmacher unter die Haut implantiert werden.
- + Experimentelle Studien untersuchen die Stammzelltransplantation zum Ersatz des untergegangenen Nervengewebes.



Nichtmedikamentöse Therapie

Physiotherapie

Die Krankengymnastik ist ein wesentlicher Bestandteil in der Behandlung des M. Parkinson und dient dem Erhalt und der Förderung der körperlichen Aktivität. Dabei werden verschiedene Maßnahmen wie Nordic Walking, Laufbandtraining, LSVT-BIG-Training (abgeleitet von der gleichnamigen Sprechtherapie „Lee Silverman Voice Treatment“, wissenschaftlich erprobte Therapiemethode mit speziellen Körperübungen mit großem Bewegungsausmaß), Musiktherapie, aber auch meditative Übungen wie Tai Chi oder Qigong durchgeführt. In späteren Krankheitsstadien kommen vermehrt Übungen zur Verbesserung von Haltereflexen und Bewegungsinitiierung sowie präventive Verfahren zur Sturzprophylaxe und Kontrakturprophylaxe zum Einsatz.

Ergotherapie

In der Ergotherapie werden alltagsbezogene Übungen und Feinmotoriktraining durchgeführt mit dem Ziel des möglichst langen Erhalts der Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL).



Logopädie (Sprach- und Sprechtherapie)

Die Sprachtherapie beinhaltet Behandlungsmaßnahmen zur Therapie der Sprech- und Stimmstörung (Dysarthrophonie) sowie Schluckstörung (Dysphagie). Ziele sind die Verbesserungen von Atemtechnik, Sprechlautstärke, Sprechgeschwindigkeit und Artikulation. Dabei kommen Verfahren wie das „Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) LOUD“ (speziell entwickeltes, wissenschaftlich erprobtes Therapieprogramm zur Verbesserung der Sprech- und Stimmstörungen von Patienten mit Parkinson-Erkrankung) zum Einsatz. Die Förderung der verbalen Kommunikation ist Voraussetzung für den Erhalt der sozialen Kontakte des Patienten. Die funktionelle Dysphagietherapie dient der Sicherung der oralen Ernährung für möglichst lange Zeit und der Vorbeugung von möglichen Aspirationspneumonien.

Neuropsychologie

In der Neuropsychologie können Gespräche zur Krankheitsverarbeitung geführt werden. Auf Wunsch kann auch eine Beratung der Angehörigen erfolgen. Ferner kommen diagnostische Verfahren zur Abklärung bei zunehmender Vergesslichkeit und möglicher demenzieller Entwicklung infrage.



Therapie der nichtmotorischen Symptome

Im Verlauf der Erkrankung kann es notwendig werden, eventuell auftretende nicht-motorische Symptome wie Schmerzen, Störungen von Blutdruck, Blasen-, Darmfunktion, Depressionen, Schlafstörungen, kognitive Störungen, medikamentös induzierte Psychosen (Verwirrheitszustände, paranoide Symptome, Halluzinationen) einer entsprechenden, meist medikamentösen, Therapie zuzuführen.



Weiterführende Informationen

Bei der Frage nach dem Umgang mit der Erkrankung, insbesondere auch bei Fragen von Angehörigen nach dem Umgang mit dem Patienten und seiner Erkrankung, gibt es zahlreiche Informationsmöglichkeiten über Literatur, Internet und Selbsthilfegruppen. Das Neuroteam des Benedictus Krankenhaus Feldafing und Tutzing steht Ihnen gerne für weitere Fragen zur Verfügung.

Adressen

Deutscher Parkinson Vereinigung
Bundesverband (dPV) e.V.
Moselstraße 31
41464 Neuss
Tel. 02131 740 270
info@parkinson-vereinigung.de
www.parkinson-vereinigung.de

Literatur

Was tun bei Parkinson?

Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige
Autoren: Sabine George, Katharina Pichler,
Edith Wagner-Sonntag, Frauke Schroeteler,
Kerstin Ziegler, Andres Ceballos-Baumann
Herausgeber: Schulz-Kirchner, 2013

Hausaufgaben für Patienten mit Parkinson: Übungen und Hilfestellungen für Betroffene und Angehörige

Autoren: Harald Jansenberger,
Johanna Mairhofer
Herausgeber: Hofmann, 2014

Parkinson-Komplexbehandlung

Ein weiteres Angebot im Benedictus Krankenhaus Feldafing ist die Parkinson-Komplexbehandlung. Dabei möchten wir den Bedürfnissen der erkrankten Patienten gerecht werden. Die stationäre Aufnahme erfolgt, wenn die Lebensqualität von Parkinson-Patienten trotz umfassender ambulanter Maßnahmen weiterhin eingeschränkt bleibt und eine optimale Medikamenteneinstellung ambulant nicht möglich war.

Durch die auftretenden Symptome wie verlangsamte Bewegungen (Bradykinese), Bewegungslosigkeit (Akinese), steife Muskeln (Rigor), Muskelzittern in Ruhe (Parkinson-Tremor) und mangelnde Stabilität bei aufrechter Körperhaltung (posturale Instabilität) sind viele Alltagstätigkeiten erschwert.

Im Rahmen des Aufenthalts erfolgt eine umfassende ärztliche Behandlung in Kombination mit intensiven therapeutischen Maßnahmen. Ziel der Parkinson-Komplexbehandlung ist eine Verbesserung der Beweglichkeit, aber auch von Depression, Gedächtnisstörung, Schlafstörungen oder autonome Funktionsstörungen wie z. B. Schwindel, Blasenentleerungsstörung etc.).

In einem interdisziplinären Team aus Fachärzten, spezialisierten Pflegekräften („Parkinson Nurse“) und Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie) erarbeiten wir gemeinsam individuelle Therapieziele und einen Behandlungsplan. Darüber hinaus besprechen wir in regelmäßig stattfindenden Visiten den aktuellen Patientenzustand und passen ggf. die Medi-

kation an spezielle Bedürfnisse an. Ein Bewegungsprotokoll ist uns hierbei behilflich.

Der Fokus unserer Behandlung ist der Therapie gewidmet: Unter medizinischer Aufsicht erfolgt die Integration verschiedener Parkinson-spezifischer Therapiebereiche und führt so zu einer intensiven und ganzheitlichen Behandlung durch ein speziell geschultes und interdisziplinäres Team. Dabei werden die diagnostischen und medikamentös-therapeutischen Möglichkeiten eines Akutkrankenhauses mit einem rehabilitativen Behandlungskonzept verbunden.

Folgende Therapieangebote stehen hierfür zur Verfügung:

- + Physiotherapie zur Verbesserung des Gangbildes, Sturzprophylaxe, Anti-Freezing-Training etc., z. B. in unserem Ganglabor
- + Sporttherapie an Geräten in unserer hochmodernen MTT (Medizinisch-Technische Trainingseinheit) und unserem Warmwasserbewegungsbad
- + Logopädie mit Sprachtraining und Schlucktherapie
- + Ergotherapie bei Störungen der Feinmotorik bzw. zur Verbesserung von Gedächtnisstörungen, z. B. in unserem Armlabor
- + auf Virtual Reality (VR) gestützte Therapieverfahren

Darüber hinaus erstellen wir eine individuelle Therapieempfehlung für die ambulante Weiterversorgung sowie Anleitungen zu einem Selbstübungsprogramm und ggf. Verordnung und Empfehlung notwendiger Hilfsmittel im häuslichen Umfeld. Unser Sozialdienst steht für eine ausführliche Angehörigenberatung gemeinsam mit den Fachärzten und Therapeuten zur Verfügung.

Das Benedictus Krankenhaus Feldafing möchte eine familiäre und persönliche Betreuung während der Parkinson-Komplextherapie

schaffen, die individuell auf die Patienten und deren Angehörige abgestimmt ist.

Die multimodale Komplexbehandlung ist im Fünfseenland die erste und bis dahin einzige für Morbus Parkinson-Patienten. Sie zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass diese statt in einem Akutkrankenhaus in einer Rehabilitationsklinik angeboten wird und Patienten von umfangreichen nichtmedikamentösen Therapien profitieren.



A series of 20 horizontal dotted lines spanning the width of the page, intended for writing or drawing.



Neurologische Früh- und weiterführende Rehabilitation

Benedictus Krankenhaus Feldafing GmbH & Co. KG

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Technischen Universität München

Neuro-Zentrum

Chefarzt Prof. Dr. Dirk Sander

Thomas-Mann-Str. 6

82340 Feldafing

Tel. 08157 28-8100 (Sekretariat)

Tel. 08157 28-0 (Empfang)

Fax 089 255513-1705

sonja.dodel@artemed.de

www.klinik-feldafing.de

Neurologische Akutbehandlung mit Stroke-Unit

Benedictus Krankenhaus Tutzing GmbH & Co. KG

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Technischen Universität München

Neuro-Zentrum

Chefarzt Prof. Dr. Dirk Sander

Bahnhofstraße 5

82327 Tutzing

Tel. 08158 23-106 (Sekretariat)

Tel. 08158 23-0 (Empfang)

neurozentrum-bkt@artemed.de

www.krankenhaus-tutzing.de