

Aktuelle Behandlungsmöglichkeiten

Autor(en): **Baronti, Fabio**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): - **(2010)**

Heft 100: **100 : Jubiläums-Ausgabe : 25 Jahre Parkinson Schweiz : Bilanz und Perspektiven**

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-815477>

Nutzungsbedingungen

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

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

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

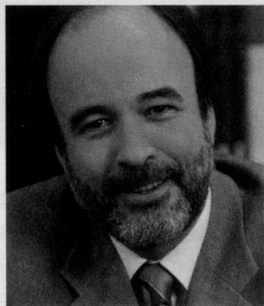
Haftungsausschluss

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

Aktuelle Behandlungsmöglichkeiten

In der Behandlung der Parkinsonkrankheit steht die medikamentöse Therapie im Vordergrund. Doch haben sich in den vergangenen Jahren auch chirurgische Methoden etabliert. Zudem hat die Bedeutung der Rehabilitation an Stellenwert gewonnen.

Dr. med. Fabio Baronti* gibt einen Überblick über die derzeitigen Möglichkeiten.



* Dr. med. Fabio Baronti ist Chefarzt und medizinischer Direktor der Klinik Bethesda, Tschugg, sowie Vizepräsident von Parkinson Schweiz.

Die Fortschritte, welche die medizinische Forschung im Kampf gegen die Parkinsonkrankheit erzielt, müssen samt und sonders mühsam erarbeitet werden und erfolgen in entsprechend kleinen Schritten. Dennoch sind wir heute, rund 30 Jahre nach der Entdeckung von Levodopa, in einer vergleichsweise komfortablen Situation. Die Medizin ist für die Parkinsontherapie mit etwas mehr als einem Dutzend unterschiedlichen Wirkstoffen, die in mehr als zwanzig verschiedenen Formen auf dem Markt sind, gut gewappnet (siehe Tabelle S. 41). Eine mögliche Alternative respektive Ergänzung zur rein medikamentösen Therapie ist die Tiefe Hirnstimulation (Hirnschrittmacher). Sie ist allerdings nur bei einem sehr kleinen Kreis ausgewählter Parkinsonbetroffener einsetzbar. Im Gegensatz dazu eignen sich rehabilitatorische Massnahmen, also begleitende Therapien wie Physio- und Ergotherapie, aber auch Logopädie und gezielte Gymnastik, für fast alle Patientinnen und Patienten. Die Nützlichkeit dieser Massnahmen wird von einem rasch wachsenden Kreis von Ärzten anerkannt. Letztlich wendet sich eine zunehmende Anzahl Betroffener auch der Komplementärmedizin zu. Dieser Artikel gibt eine Übersicht über diese unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten.

Medikamentöse Massnahmen

Levodopa

Auch drei Jahrzehnte nach seiner Einführung in die Parkinsontherapie bleibt Levodopa (L-Dopa) das wirksamste und daher am häufigsten verordnete Anti-Parkinson-Medikament. Wurde ganz zu Beginn mit reinem L-Dopa gearbeitet, ist allen heute erhältlichen L-Dopa-Präparaten bereits eine adäquate Menge eines sogenannten Decarboxylasehemmers wie Benserazid (Madopar®) oder Carbidopa (Sinemet®) beigemischt. Durch diese Massnahme wird das L-Dopa auf seinem Weg durchs Blut bis ins Gehirn gegen vorzeitigen Zerfall geschützt, weshalb eine grössere Menge L-Dopa das Gehirn erreicht, wo es dann in Dopamin (die Sub-

stanz, die im Gehirn von Parkinsonpatienten in ungenügender Menge produziert wird) umgewandelt wird.

Neben der Standardformulierung ist L-Dopa heute auch als Retard-Präparat (z. B. Carbidopa/Levodopa Sandoz CR®, Madopar DR®, Sinemet CR®) erhältlich.

Solche Retardformulierungen mit verzögerter Wirkstofffreisetzung kommen insbesondere dann zum Einsatz, wenn die Wirkungsdauer der einzelnen Dosen der Standardformulierung von L-Dopa zu kurz wird. Überdies gibt es eine besonders rasch resorbierbare Form (Madopar LIQ®). Dabei handelt es sich um eine Tablette, die vor der Einnahme im Wasser aufgelöst werden muss. Durch die so bedingte, längere Vorbereitungszeit gehen aber die Vorteile der schnelleren Resorption oftmals verloren. Die Einführung der in anderen Ländern teils schon erhältlichen L-Dopa-Formulierungen in Form von Brause- oder Kautabletten ist in der Schweiz bis dato leider noch nicht vorgesehen.

Bei Sinemet bestehen leider aktuell Lieferengpässe. Die Anfang 2010 von Parkinson Schweiz verteilte Information betreffend Ersatzmöglichkeiten ist sehr nützlich, wurde aber nicht von allen wahrgenommen. Bei einigen Betroffenen wurde Sinemet 25/100® und Sinemet 25/250® durch das Generikum von Sandoz (Carbidopa/Levodopa Sandoz CR®) ersetzt, wobei dies ein Retardpräparat ist, das nur für den Ersatz von Sinemet CR® geeignet ist.

Verhältnismässig neu ist die Formulierung des L-Dopa/Carbidopa-Gemisches in Form eines Gels, das über eine von einer Pumpe versorgte Sonde direkt in den Dünndarm verabreicht wird. Vorteil dieser sogenannten Duodopa®-Therapie: Das Medikament wird in einer individuell abgestimmten, optimalen Dosis kontinuierlich verabreicht, was Wirkungsschwankungen vorbeugt und gewisse Nebenwirkungen verbessert. Allerdings ist für diese Methode ein ambulanter Eingriff nötig, bei dem die Sonde durch die Bauchwand und den Magen bis in den Dünndarm eingeführt wird. Die Duodopa®-Therapie ist derzeit nur für die wenigen, schwerst-

betroffenen Patienten reserviert, die unter ansonsten unbeherrschbaren Wirkungsschwankungen leiden. Sie bedingt in aller Regel auch ein aktives Mitwirken des gesunden Partners, da die Pumpe und die Sonde Pflege brauchen, die nicht alle Betroffenen jederzeit sicher erledigen können. Weiterer Nachteil: Aufgrund der sehr hohen Kosten ist die Duodopa-Therapie in der Schweiz (noch) nicht kassenpflichtig. Parkinson Schweiz wirkt auf die Behörden ein, diesen Missstand zu beseitigen – leider bislang ohne durchschlagenden Erfolg.

COMT-Hemmer

Diese Art der Anti-Parkinson-Medikamente verlängert und verstärkt die Wirkung von L-Dopa. Entsprechend sind COMT-Hemmer nur wirksam, wenn sie zusammen mit Levodopa verabreicht werden. Eine alleinige Gabe von COMT-Hemmern ist wirkungslos.

Mit Entacapon (Comtan®) und Tolcapon (Tasmar®) sind derzeit zwei entsprechende Wirkstoffe erhältlich. Tolcapon ist klinisch wirksamer, kann aber in sehr seltenen Fällen gefährliche Nebenwirkungen provozieren, weshalb bei Einnahme von Tasmar® engmaschige Kontrollen der Leberwerte zwingend nötig sind.

Während bei Comtan® und Tasmar® die benötigte Menge an L-Dopa über eine weitere Tablette

zugeführt werden muss, ist dies bei Stalevo® nicht nötig. Denn dieses Medikament ist bereits eine fertige Mischung aus L-Dopa, Carbidopa und Entacapon, was die Einnahme vereinfacht.

Eine Begleiterscheinung aller COMT-Hemmer ist die durch sie verursachte Verfärbung des Urins. Diese beunruhigt anfangs viele Betroffene, ist aber absolut harmlos. Hingegen kann der unter COMT-Hemmern nicht allzu selten auftretende Durchfall zum Abbruch der Therapie führen. Letztlich muss erwähnt werden, dass die gleichzeitige Einnahme von zwei Tabletten Stalevo® – wie es einige Betroffene z. B. bei Dosisänderung und noch nicht aufgebrauchten «alten» Packungen machen – vermieden werden muss, da eine grössere Dosis Entacapon absolut keine Vorteile bringt.

Dopaminagonisten

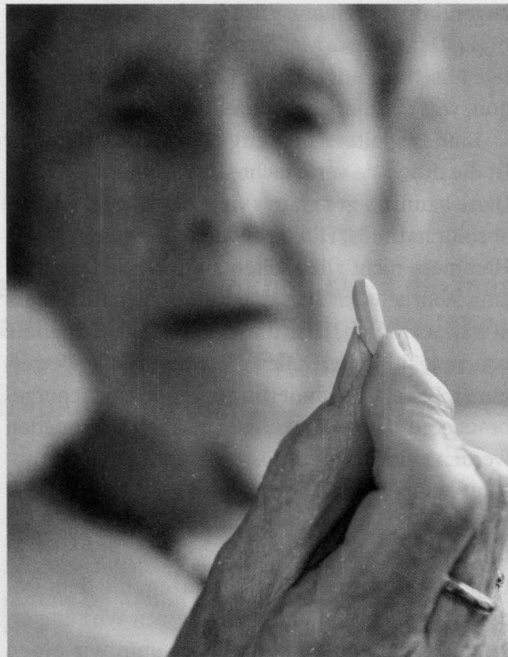
Dopaminagonisten sind Substanzen, die dem Dopamin ähnlich sind und daher dessen Wirkung ersetzen können. Man könnte Dopamin wie einen Schlüssel sehen, der im Gehirn ins Schloss einer bestimmten Türe passt, um diese zu öffnen. Parkinsonbetroffene haben sozusagen diesen Schlüssel verloren, die Dopaminagonisten dienen ihnen dann als Ersatzschlüssel. Allerdings gilt: So wie in aller Regel nur der Originalschlüssel ein Schloss problemlos öffnen kann, während jeder Dietrich →



Rehabilitationsmassnahmen, wie etwa die Ergotherapie, ergänzen die medikamentöse Therapie bei Parkinson.

Pillen als erste Wahl

Die Verabreichung von L-Dopa und anderen Medikamenten bildet bis heute die Basis der Parkinsontherapie.



In Bewegung bleiben

Gezieltes Training, Gymnastik und Physiotherapie helfen den Betroffenen, ihre Mobilität bestmöglich zu erhalten.



mehr oder weniger stark klemmt, sind auch die Dopaminagonisten in der Regel weniger wirksam und schlechter verträglich als L-Dopa.

Insbesondere treten gewisse Nebenwirkungen wie etwa Übelkeit zu Beginn der Behandlung, zu tiefer Blutdruck, Tagesschläfrigkeit und vor allem Halluzinationen oder Wesensveränderungen wie Hypersexualität oder Spielsucht häufiger auf als unter Levodopa. Dennoch haben die Dopaminagonisten ihre Berechtigung: Sie können zumindest am Anfang der Behandlung das Auftreten von Dyskinesien verzögern. Zudem üben sie eine längere und ausgeglichene Wirkung aus als L-Dopa: Damit kann ihre Anwendung zu einer Verbesserung der motorischen Fluktuationen beitragen.

Die Darreichungsform der Dopaminagonisten ist sehr unterschiedlich. Apomorphin® beispielsweise, als sozusagen grösster Aussenseiter aller Anti-

Parkinson-Medikamente, wird unter die Haut verabreicht. Dies geschieht entweder durch halb-automatische Spritzen (um eine sehr rasche Verbesserung von schweren Blockaden zu erzielen) oder kontinuierlich durch eine kleine Nadel, die in der Bauchdecke platziert wird und via eine Sonde mit einer kleinen Pumpe verbunden ist, die den Wirkstoff kontinuierlich zuführt (um nicht beherrschbare Wirkungsschwankungen zu verbessern).

Auch Rotigotin (Neupro®, transdermales Pflaster) wird über die Haut appliziert – in Form eines Pflasters. Für die Betroffenen ist es selbstverständlich einfacher, ein Pflaster auf die Haut zu kleben, als sich selbst zu spritzen oder gar die Apomorphin-Pumpe anzuwenden. Doch Rotigotin hat eine geringe Potenz: Um die für einige Betroffene notwendige Dosis Rotigotin durch die Haut verabreichen zu können, müsste das Pflaster daher so gross sein wie ein Taschentuch!

Alle anderen Dopaminagonisten (Bromocriptin: Parlodel®; Cabergolin: Cabaser®; Pergolid: Permax®, Pramipexol: Sifrol®, Ropinirol: Requip®) stehen ganz konventionell als Pillen zur Verfügung – die letzten zwei genannten sowohl in der Standardformulierung sowie als Retardform (Sifrol ER® und Requip MT®). In der Anwendung stehen zwar alle obengenannten Substanzen, doch werden heute praktisch keine Neubehandlungen mehr mit Bromocriptin, Cabergolin und Pergolid begonnen, da diese seltene, aber schwerwiegende Nebenwirkungen provozieren können: Bei ihrer Einnahme sind z. B. regelmässige Herzkontrollen vorgeschrieben.

MAO-B-Hemmer

Diese Substanzen (Rasagilin: Azilect®; Selegilin: Jumexal®; diverse Generika) können die Wirkung des im Gehirn produzierten Dopamins verlängern. Zwar ist ihre Wirkung auf die Parkinsonsymptome eher schwach, man erhofft sich von ihnen aber eine krankheitsverzögernde Wirkung. Trotz einigen bei diversen Studien ermittelten Hinweisen in diese Richtung konnte diese Hypothese bisher nicht bewiesen werden. MAO-B-Hemmer werden auch zur Bekämpfung von Fluktuationen eingesetzt.

Andere Antiparkinsonika

Das letzte auf dem Markt verbliebene Anticholinergikum Biperiden (Akineton®) kann den Parkinson-tremor verbessern, ist aber weniger wirksam gegen andere Parkinsonbeschwerden und muss vorsichtig eingesetzt werden: Grüner Star oder Herzrhythmusstörungen sind Kontraindikationen. Zudem kann Biperiden ausgeprägte Gedächtnisstörungen verursachen, die sich erfreulicherweise nach Absetzen der Medikation zurückbilden. Amantadin (PK-Merz®, Symmetrel®) wird heute meistens angewendet, um Dyskinesien zu kontrollieren.

Es ist natürlich sehr erfreulich, dass uns heute so viele Medikamente zur Bekämpfung der Parkinsonkrankheit zur Verfügung stehen. Trotzdem haben

wir (noch) kein Medikament, welches das Fortschreiten der Krankheit verhindern kann, keines ohne Nebenwirkungsrisiko und keines, das besser ist als alle anderen und bei allen Betroffenen gut wirkt. Die medikamentöse Anti-Parkinson-Therapie muss daher immer ausgesprochen individuell gestaltet werden, da verschiedene Betroffene auf dieselbe Massnahme oft ganz unterschiedlich reagieren.

Das Resultat sind häufig komplexe «Medikamentenfahrpläne», denn die Betroffenen müssen bestimmte Medikamente zu jeweils festgegebenen Zeiten einnehmen, um einen optimalen Therapieerfolg zu erreichen. Dies ist natürlich alles andere als einfach. Pillenboxen mit mehreren Fächern und programmierbare Timer (erhältlich bei Parkinson Schweiz) erleichtern die pünktliche und korrekte Einnahme. Zudem muss die Medikation immer dann überprüft werden, wenn die alltäglichen Schwankungen der Befindlichkeit (bei Parkinson ist jeder Tag anders) zu gross werden oder spezifische Probleme (Nebenwirkungen) wie etwa Dyskinesien oder Schwindel auftreten. Damit der Arzt einen guten Überblick über die aktuelle Wirksamkeit der Medikamente erhält, empfiehlt es sich, die Einnahmezeiten und die Dosierungen aller Medikamente genau zu notieren und die unter dieser Medikation auftretenden Symptome und Nebenwirkungen (Heftigkeit, Dauer) über einen längeren Zeitraum (eine Woche) zu erfassen. Dabei hilft das in Tschugg entwickelte Parkinson-Tagebuch, das gratis bei Parkinson Schweiz erhältlich ist.

Chirurgische Therapie

Schon seit den 1950er-Jahren versuchen Chirurgen mit Eingriffen am Gehirn, die Symptome bei Parkinson zu lindern – teils mit sehr guten Erfolgen. Die gemeinsame Idee hinter allen Methoden, die an ganz verschiedenen Stellen im Gehirn ansetzen: Wird die Funktion eines spezifischen Areals, tief im Gehirn, gehemmt, resultiert eine Verbesserung eines bestimmten oder gleich mehrerer Symptome. So ist z. B. die Inaktivierung eines Teils des Thalamus sehr wirksam gegen den Tremor; das Ausschalten des Nucleus pallidus internus hat sich für die Kontrolle von Dyskinesien bewährt; und ein Eingriff am Nucleus subthalamicus verspricht gar die Verbesserung aller motorischen Parkinsonsymptome.

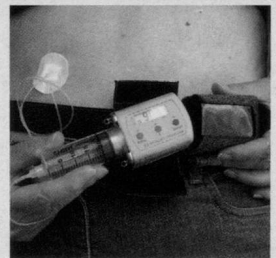
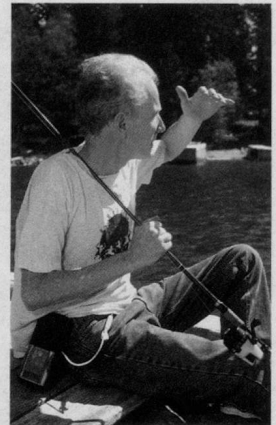
Wurden die entsprechenden Hirnareale früher irreversibel zerstört, werden sie heute vorzugsweise durch eine elektrische Stimulation deaktiviert respektive gehemmt. Bei dieser «Tiefen Hirnstimulation» wird je eine hauchdünne Elektrode pro Gehirnhälfte in das ausgewählte Hirngebiet eingeführt und durch ein Kabel mit einem Stimulator verbunden. Kabel und Stimulator werden (ähnlich einem Herzschrittmacher) unter der Haut platziert. Die Stärke der für die Stimulation nötigen Ströme kann von aussen mit einer Fernsteuerung fein eingestellt werden und auch der Akku des Stimulators kann

bereits von aussen wieder aufgeladen werden. In den letzten rund 20 Jahren wurde diese Technik weltweit schon tausendfach erfolgreich angewendet. Dennoch ist sie nur für einen kleinen Prozentsatz aller Parkinsonbetroffenen geeignet, weshalb die Auswahl der Kandidaten eine zentrale Rolle spielt. Wichtig dabei: Die Wirkung der Chirurgie übertrifft in der Regel nicht die beste Wirkung der Medikamente und Beschwerden (aber auch Krankheitsformen), die auf Medikamente nicht ansprechen, werden auch durch die Chirurgie nicht beeinflusst. Ist allerdings eine Wirkung vorhanden, so bleibt diese mit der Stimulation über 24 Stunden konstant. Oftmals können dadurch die Dosen der Medikamente (und damit auch eventuelle Nebenwirkungen) reduziert werden.

Komplementärmedizin

Viele Betroffene – vielleicht enttäuscht von den Resultaten der medikamentösen Therapie – wenden sich voller Hoffnung alternativen Heilmethoden zu. Tatsächlich berichten immer wieder Betroffene über spürbare Verbesserungen ihrer Symptome respektive der dadurch ausgelösten Beschwerden durch Akupunktur, Ayurveda-Therapie, Shiatsu-Massage, Aromatherapie, Phytotherapie und (eher selten) Homöopathie sowie andere Massnahmen. Allerdings fehlen bislang bezüglich aller alternativen Methoden jegliche Hinweise auf eine systematische Wirkung bei Parkinson. Es wurden leider weder gut strukturierte Studien durchgeführt noch die Resultate dokumentiert. Auch werden eventuelle Nebenwirkungen nicht systematisch erfasst – obwohl wir wissen, dass keine Substanz ausschliesslich positive Wirkungen auf unseren Körper ausübt.

Trotz aller Zweifel gilt der Grundsatz: Erlaubt ist, was hilft! Machen Patienten die Erfahrung, dass eine gewisse Massnahme ihr Wohlbefinden deutlich erhöht, sollten sie diese Methode weiter anwenden. Ob dieselbe Methode bei anderen Betroffenen →

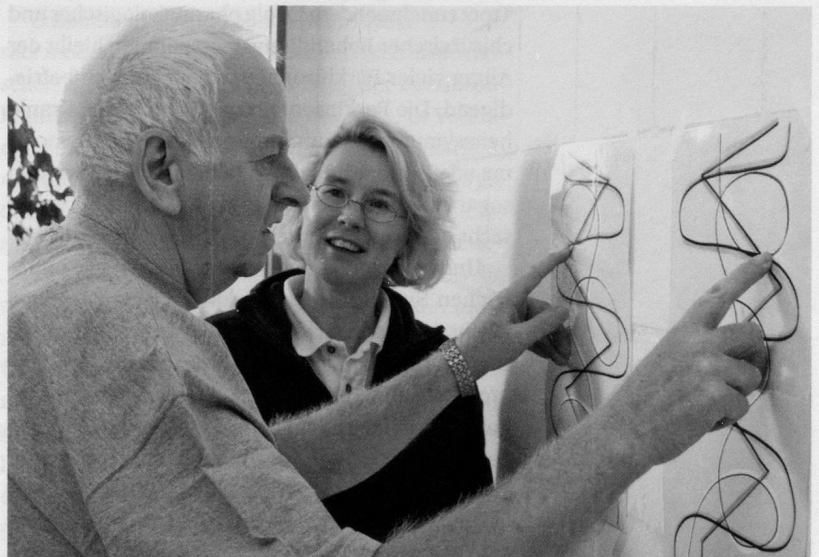


Pumpen statt Pillen

In fortgeschrittenen Stadien können Patienten mit der Duodopa-Pumpe (oben) oder mit einer Apomorphinpumpe versorgt werden.

Geistige Beweglichkeit

Mit Rehabilitationsmassnahmen kann man Symptome, die nicht auf die Medikamente ansprechen, therapieren und lindern.



Tiefe Hirnstimulation

Bei sorgfältig aus-
suchten Patienten kann
ein Hirnschrittmacher
die Symptome effizient
lindern helfen.

ebenfalls die gleiche Wirkung zeitigt, ist allerdings fraglich. Eine besondere Warnung muss an dieser Stelle allerdings gegenüber den zahlreichen, im Internet zu teils exorbitant hohen Preisen angepriesenen Produkten ausgesprochen werden. Nur eines dieser Präparate (Coenzym Q10) wurde im Rahmen einer klinischen Studie untersucht, da die Hoffnung bestand, dadurch das Fortschreiten der Krankheit zu verlangsamen – leider ohne Bestätigung. Bei vielen anderen Substanzen kann man nur hoffen, dass sich keine gefährlichen Zutat in die Tabletten eingeschlichen haben ...

Therapieresistente Symptome

Trotz zunehmendem Erfolg pharmakologischer und chirurgischer Behandlungsmassnahmen bleibt der Alltag vieler Parkinsonbetroffener noch unbefriedigend. Die Parkinsontherapie kann einige Krankheitssymptome kaum verbessern, gewisse Symptome wie Dyskinesien oder Halluzinationen werden sogar erst durch die Therapie provoziert, mitverschärft oder verschlechtert.

Und insbesondere gegen die vielen nicht-motorischen Symptome bei Parkinson, wie Gleichgewichtsstörungen, Schmerzen, Blasenprobleme, Verstopfung, Schwindel, Schweissausbrüche, Schluckprobleme und Speichelfluss, Sprechstörungen, kognitive Probleme, Schlafstörungen und psychische Veränderungen, gibt es viele Medikamente oder auch nicht-medikamentöse Massnahmen, die Linderung versprechen. Eine detaillierte Beschreibung würde aber den Rahmen dieses Artikels sprengen.

Allerdings kommt den rehabilitatorischen Massnahmen eine besondere Rolle bei der Behandlung solcher Probleme zu.

Rehabilitation

Nach Möglichkeit sollte die Rehabilitation bei Parkinson stets multidisziplinär erfolgen. Nur so können die zahlreichen Aspekte der Parkinsonkrankheit optimal berücksichtigt werden. Die Physiotherapie kommt bereits in den früheren Krankheitsstadien zum Einsatz mit dem Ziel, die Mobilität der Patienten so lange wie möglich zu erhalten. Zahlreiche Interventionen – von Atemübungen und Stretching über Krafttraining, Gleichgewichts- und Laufbandtraining bis zum Einsatz von Gehhilfen – werden dabei durchgeführt. Dabei bringen passive Übungen, das zeigt die Erfahrung, eher wenig und auch die Wirkung von Geräten oder Robotern ist fraglich. Hingegen verspricht das Vermitteln von Bewegungsstrategien, die auf externen sensorischen Reizen basieren, bessere und nachhaltigere Resultate. Betroffene können z.B. lernen, Anlaufschwierigkeiten durch den Einsatz von Bodenmarkierungen (die später durch mentale Vorstellung ersetzt werden können) zu überwinden. Mit derselben Technik können auch zahlreiche andere Tätigkeiten erfolgreich trainiert werden.

Solche Bewegungsstrategien sind bei manchen Betroffenen übrigens so wirksam, dass sogar die Industrie bereits begonnen hat, traditionelle Hilfsmittel anzupassen: So wurde zum Beispiel in den USA ein Gehstock entwickelt, der mit Laserlicht ei-

ne Linie auf den Boden projiziert, um einen Anhaltspunkt für die Schrittlänge vorzugeben. Dieser «Laser Cane» sowie ein Rollator mit derselben Technik werden in der Schweiz bisher leider nur durch die Klinik Bethesda in Tschugg importiert und zum Selbstkostenpreis abgegeben.

Wichtig bei Parkinson ist aber auch die Anpassung der häuslichen Umgebung. Mit einigen einfachen Massnahmen können dabei grosse Verbesserungen für die Betroffenen realisiert werden. So sollten alle gefährdenden Einrichtungsgegenstände (z. B. Teppiche, Schwellen, einrichtungsbedingte Engpässe) entfernt werden. Sitzmöbel sollten Armlehnen haben und eine angenehm hohe, relativ harte Polsterung bieten. Zudem sollten Tür- und Fenstergriffe so einfach zu öffnen sein wie möglich. Je nach individueller Situation können ein Bettgalgen, eine Bettausstieghilfe, eine Erhöhung des Toilettensitzes, ein Nachtstuhl oder das Montieren von Handgriffen diskutiert werden. Ausserdem gibt es zahlreiche Hilfsmittel, die hilfreich sind, um die Folgen der feinmotorischen Einschränkungen im Alltag zu minimieren. Umfangreiche Informationen und viele nützliche Anregungen für den Alltag bietet die neue Broschüre «Parkinson: Tipps für den Alltag», die Parkinson Schweiz Ende Oktober 2010 publiziert hat. Zudem sollten Sie sich bei schweren Problemen im Alltag nicht scheuen, eine erfahrene Ergotherapeutin zu konsultieren.

Wie die Ergotherapie kann auch die Logopädie bei Parkinson sehr hilfreich sein. Denn die Logopädie erfasst alle unterschiedlichen Aspekte der Kommunikationsprobleme von Parkinsonbetroffenen (leise Stimme, verwaschene Sprache, aber auch die reduzierte Mimik und Speichelfluss) und kann diese gezielt positiv beeinflussen. Eine psychologische Unterstützung, die bei Bedarf den Lebenspartner miteinbeziehen kann, ist oft ebenfalls hilfreich. Das Vermitteln von Entspannungsstrategien kann Betroffene – deren Stressanfälligkeit oft auch in Phasen guter Beweglichkeit das Wiederauftreten von Parkinsonsymptomen verursacht – zusätzlich unterstützen.

Parkinson Schweiz hat gemeinsam mit einer Logopädin eine CD mit speziellen Logopädie-Übungen für Parkinsonpatienten produziert. Diese können Sie, wie auch die Gymnastik-DVD «Wir bleiben in Bewegung» mit vielen für Parkinsonbetroffene besonders geeigneten Übungen, direkt bei Parkinson Schweiz bestellen. Ebenfalls bei der Vereinigung erhältlich ist die Broschüre «10 wirksame Tricks, die bei Freezing helfen», in der Bewegungsstrategien zur Überwindung plötzlicher Blockaden beschrieben werden.

Stationärer Aufenthalt?

Da alle bisher erwähnten rehabilitatorischen Massnahmen integrativ, also ineinandergreifend kombiniert werden sollten, um eine optimale Wirkung zu erzielen, ist es häufig empfehlenswert, einen sta-

Anti-Parkinson-Medikamente: Wirkstoffe und Handelsnamen

GRUPPE	WIRKSTOFF	MEDIKAMENT
Levodopa- Präparate	L-Dopa / Benserazid	Madopar®, Madopar DR®, Madopar LIQ®
	L-Dopa / Carbidopa	Sinemet®, Sinemet CR®, Carbidopa/Levodopa Sandoz CR®
	L-Dopa / Carbidopa als Gel	Duodopa®
	L-Dopa / Carbidopa / Entacapon	Stalevo®
COMT- Hemmer	Entacapon	Comtan®, Stalevo® (s.o.)
	Tolcapon	Tasmar®
Dopamin- agonisten	Apomorphin	Apomorphin HCl®
	Bromocriptin ^[1]	Parlodel®
	Cabergolin ^[1]	Cabaser®
	Pergolid ^[1]	Permax®
	Pramipexol	Sifrol®, Sifrol ER®
	Ropinirol	Requip®, Requip MT®
MAO-B- Hemmer	Rasagilin	Azilect®
	Selegilin	Jumexal®, Selegilin Helvepharm®, Selegilin-Mepha® und andere Generika
Anticholin- ergika	Amantadin	PK-Merz®, Symmetrel®
	Biperidin	Akineton®, Akineton Retard®

[1] Diese ergolinen Dopaminagonisten werden bei Neubehandlungen nur noch in Ausnahmefällen verwendet.

tionären Aufenthalt in einer spezialisierten Institution zu verordnen. Aufeinander abgestimmte ergo-, physio- und logotherapeutische Behandlungen haben eine grössere Chance, dauerhafte Resultate zu erreichen. Hilfsmittel können über einen längeren Zeitraum ausprobiert und angepasst werden; psychologische Unterstützung und soziale Beratung können koordiniert erfolgen. Vor allem aber ermöglicht ein stationärer Aufenthalt aufgrund der kontinuierlichen Beobachtung durch spezialisiertes Personal eine korrekte diagnostische Zuordnung der individuellen Tages- und Nachtprobleme, die für den Erfolg aller Interventionen – inklusive medikamentöser Einstellung oder Feinjustierung eines allfälligen Hirnschrittmachers – massgebend ist.

Zusammenfassend können heute durch den Einsatz moderner medikamentöser und neurochirurgischer Therapien in der Behandlung der Parkinsonkrankheit gute Resultate erzielt werden. In Verbindung mit gezielten Rehabilitationsmassnahmen können die Erfolge der Medikamente und der Chirurgie optimiert und ergänzt werden, insbesondere hinsichtlich allfälliger therapieresistenter Symptome.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle auch, dass die rund 10 Prozent aller Betroffenen, die an einem nicht-idiopathischen Parkinsonsyndrom leiden (Multi-System-Atrophie, vaskulärer Parkinsonismus u.a.), kaum oder gar nicht auf die konventionellen Anti-Parkinson-Medikamente ansprechen. Für diese Betroffenen ist die Rehabilitation, also die konsequente Anwendung aller verfügbaren Begleittherapien, die einzige Hoffnung, die Bürde ihrer Krankheit zumindest zu erleichtern. ■