

Patienteninformation Parkinson

James Parkinson verfasste 1817 seinen „Versuch über die Schüttellähmung“ über die Krankheit, die heute nach ihm benannt ist. Im Einzelnen beschrieb er das Zittern, die verminderte Geschicklichkeit, Schwierigkeiten mit der Verdauung, die verwaschene und mit der Zeit schwer verständliche Sprache sowie die Neigung der Patienten, vom Gehen in einen tippelnden Laufschrift zu fallen. Sehr eindrucksvoll beschreibt er die Unfähigkeit zu schlucken im fortgeschrittenen Krankheitsstadium, die damals zum Hungertode der betroffenen Patienten führen musste. Zur Behandlung schlug er Schnitte an der oberen Halswirbelsäule vor, weil er Eiter- und Blutansammlungen im Bereich des Rückenmarkes als Krankheitsursache vermutete.

Inzwischen wissen wir viel mehr über die Krankheit. Als Kardinalsymptom ist die Muskelsteifigkeit hinzugetreten. Es ist klar geworden, dass es bei der Parkinson-Krankheit nicht – wie von Parkinson vermutet – zu Lähmungen im eigentlichen Sinne kommt. Es sind neben den Verdauungsstörungen weitere nicht motorische Probleme bekannt geworden (im Frühstadium Depressionen, Riechstörungen und Schlafstörungen, in späteren Stadien erschwerte Denkabläufe und Fehlwahrnehmungen). Man weiß jetzt, dass die Ursache nicht im Rückenmark, sondern im Mittelhirn und im Großhirn zu finden ist, wo bestimmte Nervenzellen ihre Funktion einstellen. Die chemischen Botenstoffe, die diese Nervenzellen herstellen, können inzwischen als Tablette, als Pflaster oder auch mit Spritzen ersetzt werden, so dass die Lebensqualität lange erhalten bleibt und kein Patient mit Parkinson mehr verhungern muss. Die Lebenserwartung von Parkinsonpatienten hat sich erheblich verbessert und unterscheidet sich nicht mehr sehr von der der allgemeinen Bevölkerung. Unter bestimmten Umständen können Hirnoperationen die Folgen der Krankheit lindern.

Trotzdem bleibt die Parkinsonkrankheit nach wie vor eine Herausforderung an Ärzte und eine schwere Belastung für Betroffene. In den Frühstadien ist sie nicht immer leicht zu diagnostizieren. Nach langjährigem Verlauf wird es zunehmend schwerer, die Folgen zu lindern.

Die neurologische Abteilung am Martin-Gropius-Krankenhaus sieht ihre Aufgabe einerseits darin, in Zweifelsfällen bei der Diagnosefindung im Frühstadium zu helfen. Hierzu werden neben einer gründlichen Anamnese- und Befunderhebung apparative Zusatzuntersuchungen eingesetzt. Sie dienen hauptsächlich dazu, andere, ähnlich wirkende Krankheiten auszuschließen. Oft wird zur Diagnosesicherung ein Behandlungsversuch mit hochdosierten Parkinsonmedikamenten unter standardisierten Bedingungen und Videokontrolle unternommen. Gelegentlich wird die Diagnose mittels einer Untersuchung mit radioaktiven Substanzen weiter untermauert. Auf diese Art gelingt es fast immer, innerhalb eines stationären Aufenthaltes von etwa 1 Woche bis zu 10 Tagen zu einer endgültigen Diagnose zu kommen. Die anschließende Behandlung erfolgt in aller Regel über viele Jahre ambulant bei den niedergelassenen Fachkollegen.

In ganz fortgeschrittenen Stadien können dann erneut Krankenhausaufenthalte notwendig werden, wenn die ambulanten Möglichkeiten nicht mehr ausreichen. Neuerdings gibt es die Möglichkeit der so genannten „Parkinsonkomplexbehandlung“ im Akutkrankenhaus. Es wird über 2 bis maximal 4 Wochen stationär intensiv physiotherapeutisch, ergotherapeutisch, logopädisch, psychologisch behandelt, gleichzeitig werden die verschiedenen medikamentösen Möglichkeiten zur optimalen Einstellung unter stationärer Beobachtung genutzt. Auch die spezialisierte neurologische Pflege spielt eine große Rolle. Hierdurch gelingt es oft, dem Betroffenen einen guten Teil seiner Selbstständigkeit zurückzugeben. Gelegentlich treten psychische Störungen infolge der Krankheit in den Vordergrund. In diesen Fällen ist die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der gerontopsychiatrischen Abteilung im Hause sehr hilfreich.