

Morbus Parkinson

Patient:inneninformation



Diagnose | Ursachen | Therapie

UCBCares[®]
About People

Inhaltsverzeichnis

Morbus Parkinson

| | |
|---|----|
| Häufigkeit und Formen der Erkrankung | 5 |
| Prominente Persönlichkeiten mit Parkinson | 7 |
| Parkinson-Symptome | 8 |
| Diagnose von Parkinson | 12 |

Entstehung von Morbus Parkinson

| | |
|---|----|
| Wie werden Signale im Gehirn weitergeleitet? | 14 |
| Welche Region des Gehirns ist bei Morbus Parkinson betroffen? | 15 |
| Was ist bei Morbus Parkinson verändert? | 17 |

Therapie des Morbus Parkinson

| | |
|---|----|
| Wie wirken Parkinson-Medikamente? | 18 |
| Welche Schwierigkeiten können während einer Parkinson-Therapie auftreten? | 21 |
| Neurochirurgische Therapie | 23 |
| Unterstützende Behandlungsmöglichkeiten..... | 24 |

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Morbus Parkinson oder auch die Parkinson-Erkrankung ist eine der bekanntesten und häufigsten Erkrankungen des Nervensystems. Ihren Namen verdankt sie dem britischen Naturwissenschaftler James Parkinson, der die typischen Symptome Anfang des 19. Jahrhunderts als Erster ausführlich beschrieb. Ein halbes Jahrhundert später wurde die Erkrankung schließlich nach ihrem Entdecker benannt.

Beim Morbus Parkinson handelt es sich um eine neurologische Erkrankung, die in der Regel erst im fortgeschrittenen Alter auftritt.

Parkinson selbst sprach damals fälschlicherweise von der „Schüttellähmung“ (Paralysis agitans) – mit einer Lähmung hat Morbus Parkinson in Wirklichkeit jedoch nichts zu tun.

Auch heute noch gibt die Erkrankung viele Rätsel auf. Mittlerweile weiß man zwar, dass die typischen Symptome auf ein gestörtes Gleichgewicht wichtiger Botenstoffe im Gehirn zurückgehen, die eigentliche Ursache von Parkinson ist aber immer noch unbekannt.

Morbus Parkinson ist derzeit nicht heilbar. Dennoch hat die Diagnose Parkinson mittlerweile viel von ihrem Schrecken verloren. Denn seit in den 1960er-Jahren mit der Entdeckung von L-Dopa (Levodopa) und später den Dopaminagonisten bahnbrechende Fortschritte erzielt worden sind, lassen sich die Symptome der Erkrankung bei vielen Patient:innen wirksam behandeln. Eine optimale Therapie kann inzwischen die Lebensqualität auch über viele Jahre hinweg aufrechterhalten.

In dieser Broschüre haben wir Wissenswertes rund um die Parkinson-Erkrankung und deren Behandlung für Sie zusammengestellt.

Für weitere Fragen und Anmerkungen steht Ihnen unser UCBCares-Team gerne zur Verfügung.

 Telefon: +49 2173 48 4848

 Fax: +49 2173 48 4841

 E-Mail: ucbcares.de@ucb.com

 Webseite: www.ucbcares.de

Morbus Parkinson

Häufigkeit und Formen der Erkrankung

Gemäß einer Auswertung von Krankenkassendaten sind in Deutschland derzeit circa 400.000 Menschen von Parkinson betroffen. Weltweit geht man von einer Gesamtzahl von etwa 6,1 Millionen Parkinson-Patient:innen aus.

Die Erkrankungshäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter an und wird Schätzungen zufolge aufgrund der demografischen Entwicklung auch weiter zunehmen. Meist erkranken Betroffene zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr.

Im jungen Erwachsenenalter oder gar in der Jugend an Morbus Parkinson zu erkranken, ist dagegen eher selten: Nur bei ca. 10 Prozent der Betroffenen zeigen sich die Parkinson-Symptome bereits zwischen dem 21. und 39. Lebensjahr.

Meistens, das heißt in rund drei Viertel aller Fälle, tritt ein Parkinson-Syndrom auf, ohne dass ein spezieller Auslöser dafür gefunden wird. Diese Form von Parkinson wird auch primäre oder idiopathische Parkinson-Erkrankung genannt. Daneben gibt es eine Reihe von nicht idiopathischen oder atypischen Parkinson-Syndromen.

Hier werden die typischen Parkinson-Symptome meist aufgrund der Schädigung weiterer Hirnareale von anderen neurologischen Störungen begleitet. Von einem sekundären Parkinson-Syndrom spricht man, wenn Parkinson-ähnliche Symptome als Folge einer anderen Erkrankung mit nachweisbarer Ursache entstehen. Auslösende Faktoren können beispielsweise Medikamente, Hirnschädigungen oder auch angeborene Stoffwechselstörungen sein.



Es gibt derzeit eine Reihe von Hypothesen, wie ein Parkinson-Syndrom ausgelöst werden könnte. So wird unter anderem der Einfluss von Umweltfaktoren diskutiert. Auch genetische Faktoren wurden identifiziert; sie allein spielen aber nur bei einigen wenigen Patient:innen eine Rolle, sodass man derzeit nicht davon ausgeht, dass die Erkrankung bei der Mehrzahl der Patient:innen vererbbar ist.

Prominente Persönlichkeiten mit Parkinson

Von Theodore Roosevelt über Mao Tse-tung bis Leonid Breschnew, Raimund Harmstorf, Ottfried Fischer, Frank Elstner, Linda Ronstadt oder Markus Maria Profitlich – die Liste bekannter Parkinson-Patient:innen ist lang.

Viele, wie etwa Salvador Dalí oder Prinz Claus der Niederlande, zogen sich aufgrund ihrer Erkrankung mehr und mehr aus dem öffentlichen Leben zurück. Andere Prominente wie die Boxlegende Muhammad Ali nutzten dagegen ihre Popularität, um auf die Erkrankung aufmerksam zu machen. Trotz ausgeprägter Symptome hat er sich bis zu seinem Tod nie aus dem öffentlichen Leben zurückgezogen und förderte mit einer eigenen Stiftung die Parkinson-Forschung.

Beim kanadischen Schauspieler Michael J. Fox machte sich Parkinson bereits im Alter von 30 Jahren mit einem leichten Zucken der linken Hand bemerkbar; sieben Jahre danach ging der Hollywoodstar mit seiner Diagnose an die Öffentlichkeit. Trotz seiner Erkrankung führt Fox ein aktives Leben, ist als Autor und Produzent tätig und unterstützt mit seiner im Jahr 2000 gegründeten Stiftung „Michael J. Fox Foundation for Parkinson’s Research“ die Erforschung der Erkrankung und die Entwicklung neuer Therapien.

Einen ähnlichen Weg beschritt der deutsche Tenor Peter Hofmann, dessen Engagement insbesondere der Stammzelltherapie bei Morbus Parkinson galt.

Parkinson-Symptome

„Unwillkürliche Zitterbewegung bei verminderter Muskelkraft in Körperteilen, die keine Tätigkeit ausführen, selbst dann, wenn sie unterstützt werden; mit dem Drang, den Rumpf vorzubeugen und vom Gehen zum Laufschrift überzuwechseln; dabei sind Sinne und Verstand unversehrt.“

So beschrieb James Parkinson 1817 in seinem bekannten „An Essay on the Shaking Palsy“ treffend die typischen Symptome der später nach ihm benannten Erkrankung. Tatsächlich sind Zittern, Muskelsteifheit und Bewegungsarmut – Fachleute sprechen von Tremor, Rigor und Bradykinese – sowie ein unsicherer Gang (Haltungsinstabilität) die hervorstechendsten Merkmale einer Parkinson-Erkrankung.

Aber nicht bei allen Parkinson-Patient:innen zeigen sich alle diese Symptome gleich stark. Eines der frühesten Anzeichen für Parkinson können Schwierigkeiten mit der Feinmotorik sein. Schnürsenkel binden, das Hemd zuknöpfen,

schminken – Tätigkeiten, an die gesunde Menschen normalerweise keinen besonderen Gedanken verschwenden, gelingen Parkinson-Betroffenen oft nur bei größter Konzentration. Bei allen Parkinson-Patient:innen findet sich eine Bradykinese, also eine Bewegungsverlangsamung, die im Anfangsstadium möglicherweise nur als kleine Schwäche in Erscheinung tritt. Später werden die Bewegungen immer langsamer, einmal begonnene Aktionen werden nicht bis zum Ende durchgeführt.



Da von dieser Bewegungsverlangsamung auch die Gesichtsmuskeln betroffen sein können, haben Parkinson-Betroffene in vielen Fällen eine eingeschränkte Mimik (Hypomimie bis hin zum „Maskengesicht“). Kommt eine übermäßige Talgabsonderung der Gesichtshaut hinzu, so spricht man von einem „Salbengesicht“.

Zu den typischen Krankheitszeichen der Parkinson-Erkrankung gehören Störungen der Bewegungsabläufe und der Beweglichkeit. In frühen Krankheitsstadien können zudem zahlreiche weitere körperliche und seelische Beschwerden auftreten.

Auch das Zittern (Tremor) ist ein typisches Parkinson-Symptom: Oft betrifft es die Arme und Hände mehr als die Beine und eine Seite stärker als die andere. Bei dieser Art des Zitterns handelt es sich um einen Ruhetremor, der auftritt, wenn sich der Körper in Ruhe befindet und die Muskulatur vollkommen entspannt ist. Führt der Erkrankte eine Bewegung aus, verschwindet das unangenehme Zittern meist. Hinzu kommt bei vielen Betroffenen eine Steifigkeit der Muskeln (Rigor), die die Beweglichkeit einschränken kann. Darüber hinaus sieht man Parkinson-Kranke aufgrund der Gang- und Haltungsstörungen häufig vornüber gebeugt und mit kleinen Schritten gehend. Da sich bei Parkinson-Erkrankten zunehmend die Haltungsstabilität (auch posturale Stabilität genannt) verändert, fällt es Betroffenen in gewissen Situationen schwer, das Gleichgewicht zu halten, wodurch die Sturzgefahr zunimmt.

Neben diesen typischen Bewegungsstörungen, welche die Hauptsymptome von Parkinson ausmachen, gibt es eine Reihe von nicht motorischen Begleitsymptomen, die zum Teil auch schon auftreten können, lange bevor es zu Einschränkungen in der Beweglichkeit kommt. Zu diesen möglichen frühen oder begleitenden Symptomen gehören unter anderem ein vermindertes Riechvermögen, Schmerzen im Schulter-Arm-Bereich und bestimmte Schlaf- oder Magen-Darm-Störungen. In vielen Fällen gehen auch depressive Verstimmungen oder eine chronische Müdigkeit den motorischen Symptomen voraus.

Wichtig ist: Alle diese Symptome sind unspezifisch. Das heißt, sie können zwar auf ein Parkinson-Syndrom hindeuten, müssen dies aber nicht zwangsläufig. Ebenso finden sich diese Beschwerden bei anderen Erkrankungen und möglicherweise haben sie auch eine harmlose Ursache. Dies kann am besten mit einer ärztlichen Untersuchung festgestellt werden.

Diagnose von Parkinson

Die Diagnose von Parkinson orientiert sich in erster Linie an den typischen Beschwerden. Dies ist vor allem in frühen Stadien nicht immer einfach, da alle typischen Krankheitszeichen des Morbus Parkinson auch auf andere Erkrankungen hindeuten können. Zunächst werden für eine Diagnose die vorliegenden motorischen Symptome berücksichtigt. Dabei geht man davon aus, dass es sich um Parkinson handelt, wenn neben einer Bewegungsverlangsamung mindestens ein weiteres Symptom – Ruhetremor, Rigor oder Haltungsinstabilität – vorhanden ist.

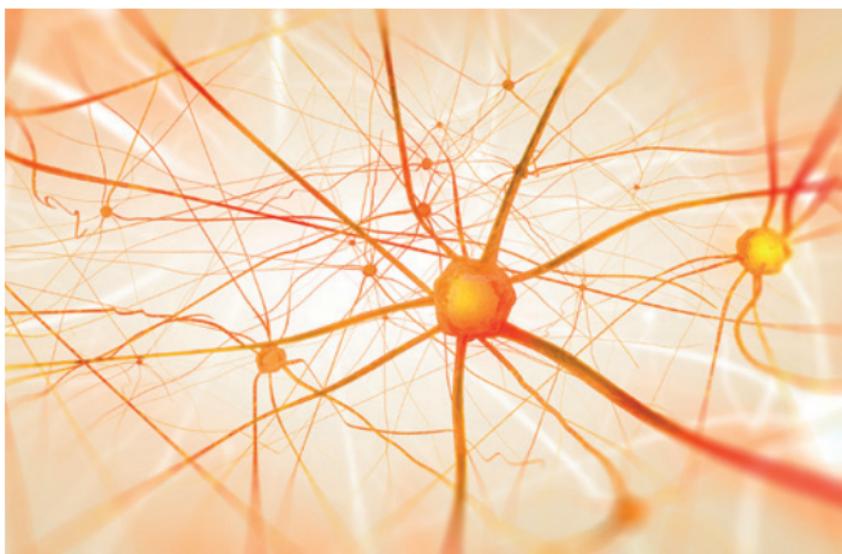


Bei etwa 25 Prozent der Patient:innen liegt trotz der typischen Symptome kein „echtes“ (idiopathisches) Parkinson-Syndrom vor. Die Beschwerden sind in diesen Fällen auf sogenannte sekundäre (auch: symptomatische) oder atypische Parkinson-Syndrome

zurückzuführen. Das lässt sich durch zusätzliche Tests feststellen. Wird aufgrund der geschilderten Anzeichen und der neurologischen Untersuchung vermutet, dass ein Morbus Parkinson vorliegen könnte, schließt sich oftmals der sogenannte L-Dopa-Test an: Dabei wird geprüft, ob sich die Beschwerden durch Einnahme eines L-Dopa-Präparats bessern lassen. Ist dies der Fall, untermauert das die Parkinson-Diagnose.

Um das idiopathische Parkinson-Syndrom von anderen Parkinson-Syndromen abzugrenzen und/oder den Krankheitsverlauf zu beobachten, stehen zudem moderne Bildgebungsverfahren zur Verfügung. So können zum Beispiel die Magnetresonanztomografie (MRT) oder eine Computertomografie (CT) eingesetzt werden, um andere Ursachen für die Parkinson-Symptome auszuschließen. Durch Untersuchungsmethoden wie die Positronen-Emissionstomografie (PET) oder die Single-Photonen-Emissions-Computertomografie (SPECT) kann zudem der Verlust der dopaminhaltigen Nervenzellen im Gehirn sichtbar gemacht werden kann.

Ob und welche dieser Zusatzuntersuchungen notwendig sind, ist individuell verschieden und kann am besten von den behandelnden Fachmediziner:innen beurteilt werden.



Entstehung von Morbus Parkinson

Wie werden Signale im Gehirn weitergeleitet?

Die Milliarden von Nervenzellen unseres Gehirns – auch Neurone genannt – sind über eine Vielzahl von Kontaktstellen miteinander vernetzt. So ist das Gehirn in der Lage, seinen zahlreichen Aufgaben effektiv nachzukommen.

An diesen Kontaktstellen – den sogenannten Synapsen – werden die Informationen, die Gedanken oder Bewegungen steuern, von einer Nervenzelle zur anderen weitergeleitet. Hier spielen zum einen elektrische Signale, zum anderen bestimmte

chemische Botenstoffe eine Rolle. Beim Eintreffen eines Signals werden die Botenstoffe von der einen Zelle freigesetzt und lagern sich an spezifischen Andockstellen (Rezeptoren) auf der nächsten Zelle an. So gelangt das Signal von einer Nervenzelle zur anderen und wird nun wieder als elektrisches Signal weitergeleitet – zum Beispiel an die Muskeln in den Beinen oder den Armen.

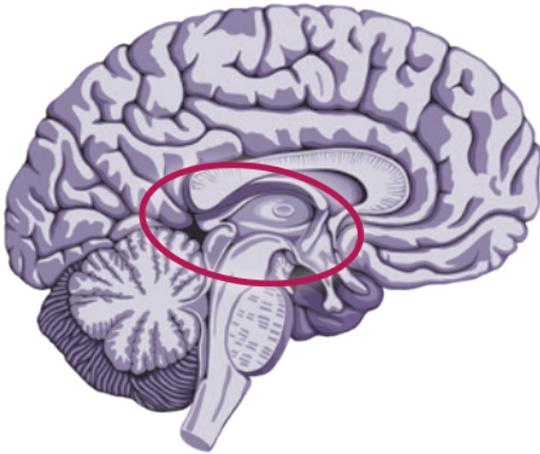
Gerät die fein abgestimmte Balance dieser Botenstoffe aus dem Gleichgewicht, so kommt es zur Beeinträchtigung dieser Signalweiterleitung. Bei Morbus Parkinson spielt der Botenstoff Dopamin die wichtigste Rolle.

Welche Region des Gehirns ist bei Morbus Parkinson betroffen?

Die Ursache von Parkinson ist zwar immer noch weitgehend unbekannt, man weiß jedoch, dass es in bestimmten Regionen des Gehirns zu Veränderungen kommt. Dabei handelt es sich um einen in der Tiefe des Gehirns liegenden Bereich, der zu den sogenannten Basalganglien gehört. In dieser Hirnregion werden hauptsächlich unwillkürliche Bewegungsabläufe koordiniert und verarbeitet.

Bei Parkinson ist ein bestimmter Teil der Basalganglien, die Substantia nigra („schwarze Substanz“),

betroffen. Ihren Namen verdankt diese Region den charakteristischen Zellen, die dunkle Pigmente enthalten und den wichtigen Botenstoff Dopamin produzieren und freisetzen.



Längsschnitt durch das Gehirn: Im markierten Bereich befinden sich die Basalganglien mit der Substantia nigra.

Neben der Substantia nigra spielen noch weitere Gehirnregionen bei der Kontrolle unserer Bewegungen eine Rolle. Beim Zusammenspiel dieser Bereiche kommt es vor allem auf das gesunde Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Botenstoffen an.

Was ist bei Morbus Parkinson verändert?

Bei Menschen mit Parkinson gehen aus bislang unbekanntem Gründen in der Substantia nigra zunehmend jene Nervenzellen zugrunde, die das Dopamin produzieren. Das empfindliche Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Botenstoffen in den Basalganglien gerät aus den Fugen und die Signalweiterleitung funktioniert nicht mehr richtig. Dadurch wird die kontrollierte Durchführung von Bewegungen erschwert und es kommt zu den typischen Parkinson-Symptomen wie etwa Zittern, vermehrte Muskelanspannung und Bewegungsverlangsamung.

Heute weiß man, dass nicht ausschließlich die Nervenzellen der Substantia nigra vom Zelluntergang betroffen sind, sondern auch andere Bereiche des Gehirns sowie die Nervenzellen des Magen-Darm-Trakts. Es gibt einige Hypothesen, die eine Aufnahme eines Krankheitsauslösers über die Nase oder über den Darm vermuten.



Therapie des Morbus Parkinson

Noch vor rund 60 Jahren konnten Menschen mit Parkinson kaum zufriedenstellend behandelt werden. Das hat sich mittlerweile jedoch dank der Aufklärung der zugrunde liegenden Mechanismen geändert. Die Erkrankung selbst ist zwar immer noch nicht heilbar; eine gezielte Parkinson-Therapie kann die Krankheitssymptome jedoch deutlich mildern. Vor allem Medikamente, die den Dopamin-Mangel ausgleichen, ermöglichen vielen Parkinson-Erkrankten heutzutage im Alltag, im Beruf und in der Familie ein selbstständiges Leben ohne wesentliche Einschränkungen. Zu dieser Entwicklung haben insbesondere zwei Arten von Parkinson-Medikamenten beigetragen: L-Dopa sowie die Gruppe der Dopaminagonisten.

Wie wirken Parkinson-Medikamente?

Durch den Verlust an dopaminbildenden Zellen gelangt auch weniger Dopamin an die speziellen Rezeptoren im Gehirn. Die Abnahme dieses wichtigen Botenstoffs führt dann zu den Symptomen eines Morbus Parkinson. Hier setzt die moderne Parkinson-Therapie an und versucht, dieses Defizit auszugleichen. Um die „verwaisten“ Dopamin-Rezeptoren zu stimulieren, gibt es vor allem zwei Möglichkeiten. Zum Beispiel können Parkinson-

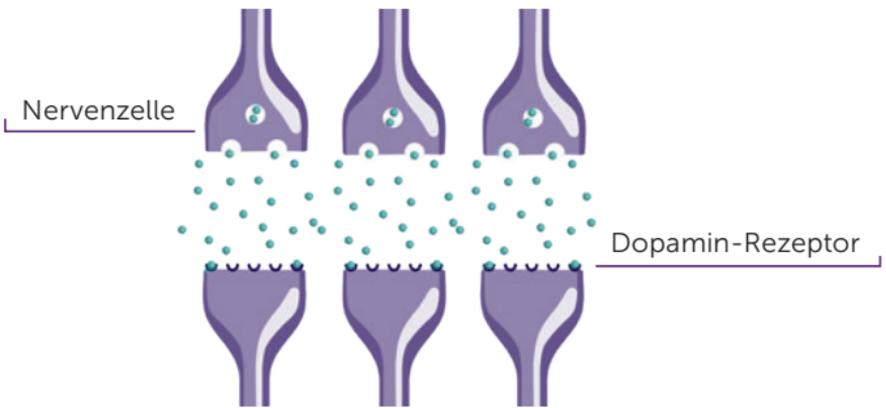
Patient:innen eine Vorstufe von Dopamin, das sogenannte L-Dopa, einnehmen. Dieses wird vom Körper aufgenommen, gelangt in das Gehirn und wird dort in den aktiven Botenstoff Dopamin umgewandelt, der nun an die Dopamin-Rezeptoren andocken kann.

Damit möglichst viel L-Dopa das Gehirn erreicht und nicht bereits vorher (z. B. im Darm oder in der Leber) in Dopamin umgewandelt wird, sind L-Dopa-Präparate mit Wirkstoffen kombiniert, die die Umwandlung von L-Dopa ausserhalb des Gehirns hemmen (Decarboxylase-Hemmer und COMT-Hemmer). Decarboxylase-Hemmer und COMT-Hemmer optimieren also die L-Dopa-Wirkung. Die sogenannten MAO-B-Hemmer blockieren den Abbau von Dopamin im Gehirn, sodass dieser wichtige Botenstoff länger zur Verfügung steht. Im frühen Krankheitsstadium oder bei geringen Symptomen kann sogar die alleinige Gabe eines MAO-B-Hemmers sinnvoll sein, um den Abbau des noch von den Zellen der Substantia nigra gebildeten Dopamins zu verzögern. Leider können Medikamente wie COMT-Hemmer und MAO-B-Hemmer aber auch Nebenwirkungen verstärken, die sich aus dem Dopamin-Überangebot unter einer L-Dopa-Therapie ergeben.

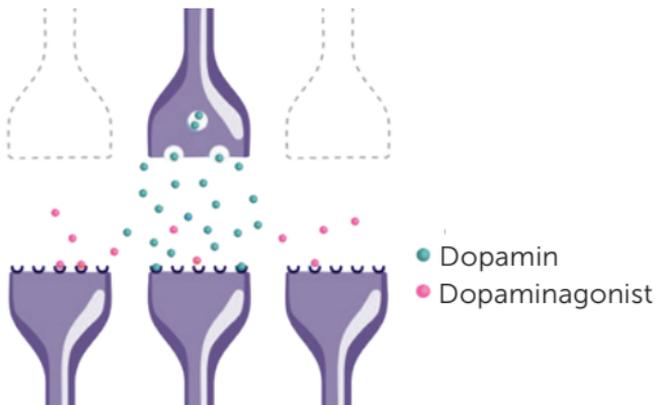
Zudem spielen in der modernen Parkinson-Therapie die sogenannten Dopaminagonisten eine wichtige Rolle. Dies sind Medikamente, die im Gehirn an dieselben Andockstellen (Rezeptoren) binden wie das Dopamin. Auf diese Weise ahmen sie die Wirkung des fehlenden Botenstoffs im Gehirn effektiv nach.

Bei älteren Menschen wird aufgrund der besseren Verträglichkeit häufig L-Dopa eingesetzt. Bei biologisch jüngeren Patient:innen werden jedoch bevorzugt Dopaminagonisten eingesetzt, um das Auftreten bestimmter Bewegungsstörungen (Dyskinesien) hinauszuzögern.

Gesunder Zustand



Morbus Parkinson



Synapsen im gesunden Zustand und bei Parkinson mit Dopamin-Mangel. Dopaminagonisten binden wie Dopamin an Dopamin-Rezeptoren und ahmen so die Wirkung von Dopamin nach.

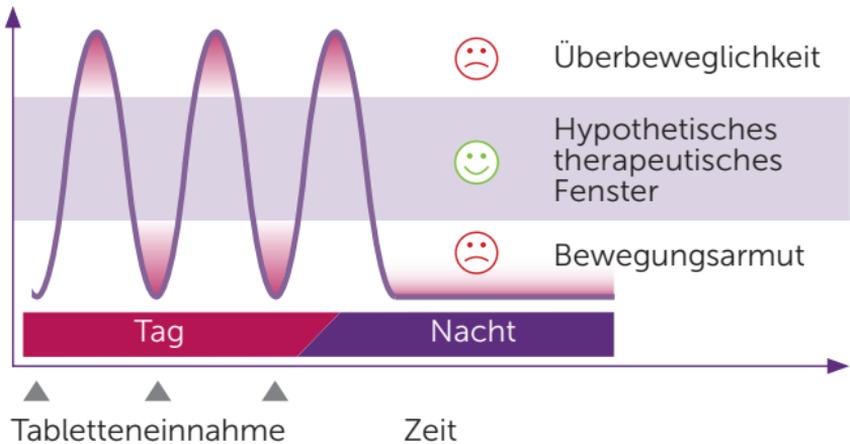
Das bei Parkinson bestehende Ungleichgewicht der Botenstoffe kann teilweise auch ausgeglichen werden, indem man die Wirkung anderer Botenstoffe, die durch den Dopamin-Mangel im Überschuss vorliegen (Glutamat, Acetylcholin), hemmt. Dies geschieht zum Beispiel durch die sogenannten NMDA-Rezeptor-Antagonisten, die allein oder in Kombination mit anderen Parkinson-Medikamenten gegeben werden können. Anticholinergika werden heute nur noch selten als Zusatzmedikation eingesetzt, etwa wenn bei jungen Parkinson-Patient:innen das Zittern sonst nicht ausreichend behandelt werden kann.

Welche Schwierigkeiten können während einer Parkinson-Therapie auftreten?

Durch die bisher verfügbaren Parkinson-Therapien kann der Dopamin-Mangel an den Rezeptoren im Gehirn (mittels L-Dopa oder Dopaminagonisten) also ausgeglichen werden. Da die Konzentration der Medikamente im Gehirn jedoch stark schwanken kann – kurz nach der Einnahme gelangt eine große Wirkstoffmenge in das Gehirn, danach fällt der Spiegel immer weiter ab – geschieht dies allerdings, vor allem im weiteren Verlauf der Krankheit, nicht so gleichmäßig wie von der Natur vorgesehen.

Möglicherweise werden unerwünschte Begleiterscheinungen einer Parkinson-Therapie (beispielsweise Bewegungsstörungen oder ein Wirksamkeitsverlust) durch diese „unnatürliche“ wellenförmige Stimulierung der Dopamin-Rezeptoren begünstigt.

Wirkstoffkonzentration im Blut



Schema der Wirkspiegel im Blut bei Medikamenteneinnahme

Ziel einer modernen Parkinson-Therapie ist daher eine möglichst gleichbleibende Anregung der Dopamin-Rezeptoren. Viele Parkinson-Medikamente müssen aus diesem Grund sehr regelmäßig und mehrmals täglich nach einem festen Zeitplan eingenommen werden. Darüber hinaus wird versucht, durch eine Verzögerung des Abbaus im Körper die Wirkdauer von L-Dopa (bzw. Dopamin) im Gehirn zu verlängern. Dem gleichen Zweck dienen Retard-Präparate, bei denen der gesamte Wirkstoff nicht auf einmal, sondern verzögert und über einen längeren Zeitraum freigesetzt wird. Doch auch bei Retard-Präparaten

lassen sich Wirkungsschwankungen oft nicht vermeiden. Verschiedene Ansätze zielen daher darauf ab, den Körper kontinuierlich und gleichmäßig mit dem benötigten Parkinson-Wirkstoff zu versorgen. Eine Möglichkeit sind Parkinson-Pflaster, die über einen Zeitraum von 24 Stunden nach und nach einen Dopaminagonisten freisetzen. Diese Pflaster müssen nur einmal täglich aufgeklebt werden. Das Medikament (L-Dopa oder Dopaminagonisten) kann auch über eine kleine Pumpe ständig und in kleinen Dosen direkt in den Dünndarm oder unter die Haut eingebracht werden.

Neurochirurgische Therapie

Medikamente sind derzeit die wichtigste Säule der Parkinson-Therapie. Daneben gibt es weitere Behandlungsansätze, die inzwischen als fester Bestandteil der Therapie gelten.



Dazu zählt die Methode der Tiefen Hirnstimulation (THS), ein mittlerweile etabliertes Verfahren zur wirksamen Behandlung der Parkinson-Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium mit Therapiekomplikationen. Hierbei werden Stimulationselektroden in die betroffenen Hirnbereiche eingepflanzt. Über einen sehr feinen Draht stehen diese Sonden mit einem kleinen Gerät in Kontakt, das unter dem Schlüsselbein implantiert wird und als eine Art Hirnschrittmacher fungiert. So können Reize von außen in diejenigen Teile des Gehirns gesendet werden, die von der Parkinson-Erkrankung betroffen sind. Durch die chronische Stimulation bestimmter Hirnbereiche können typische Parkinson-Symptome wie die Bewegungsverlangsamung, die Muskelsteifheit und meist auch das Zittern erfolgreich unterdrückt oder verbessert werden. Somit kann eine deutliche Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität erreicht werden. Dieser Eingriff ist reversibel, das heißt, er kann prinzipiell auch wieder rückgängig gemacht werden.

Unterstützende Behandlungsmöglichkeiten

In der umfassenden Betreuung von Menschen mit Parkinson haben auch die nicht medikamentösen Therapien wie Krankengymnastik, Logopädie oder Ergotherapie ihren festen Platz. Durch eine regelmäßige Krankengymnastik kann die Beweglichkeit der Patient:innen – vor allem zu Beginn der Erkrankung – ganz entscheidend gefördert werden. Spezielle



Übungen beugen schmerzhaften Verspannungen vor, trainieren den Gleichgewichtssinn und verbessern die Feinmotorik. Und mithilfe einer speziellen Atem- und Sprechtherapie lassen sich auch die bei Morbus Parkinson häufigen Sprech- und Schluckstörungen lindern.

Abhängig von den individuellen Wünschen und Bedürfnissen von Parkinson-Patient:innen stehen verschiedene nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Ein besonderes Therapieprinzip zur Behandlung von Parkinson-Symptomen ist das sogenannte LSVT®-Programm (Lee Silverman Voice Treatment). Speziell für Parkinson-Patient:innen entwickelt, setzt sich das Programm aus einem Bewegungstraining (LSVT®-BIG) und einem Stimmtraining (LSVT®-LOUD)

zusammen und wird vor allem in frühen und mittleren Krankheitsstadien eingesetzt. Mit diesem speziellen Training können, wissenschaftlich nachgewiesen, sowohl Stimm- und Sprechstörungen therapiert als auch die Beweglichkeit verbessert werden.

Tai-Chi, Qigong, Yoga und Massagen können ebenfalls hilfreich sein, um die Beweglichkeit zu verbessern oder unangenehme Begleiterscheinungen von Parkinson wie zum Beispiel Verspannungen und Schmerzen zu lindern. Mit Parkinson zu leben, kann für viele Betroffene und ihre Angehörigen eine recht große Belastung darstellen, auch wenn die Diagnose heute viel von ihrem Schrecken verloren hat. Psychische Störungen, vor allem Depressionen, gehören in vielen Fällen zum Krankheitsbild eines Morbus Parkinson und sollten gezielt behandelt werden. Zahlreiche Selbsthilfegruppen bieten Betroffenen und Angehörigen die Möglichkeit, sich gegenseitig zu informieren und zu unterstützen. Sprechen Sie mit Ihrem ärztlichen Fachpersonal darüber!

Zum Weiterlesen:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Parkinson. Stand der Information: 22. Februar 2023. Abrufbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/parkinson.html> (letzter Zugriff: April 2024).

Thümler R, Thümler B. Parkinson. Krankheitsverlauf, Therapie, Alltag: mit der neuen Situation gut leben. Experten antworten auf die über 200 wichtigsten Fragen. 5. Auflage © 2022 TRIAS Verlag in Georg Thieme Verlag KG.

Bildnachweise:

Titelseite: © Karsten Lindemann / lindemann-foto.net
Seite 6: © Susanne Troll / susanne-troll.de
Seite 9: © WavebreakMediaMicro / stock.adobe.com
Seite 12: © DragonImages / stock.adobe.com
Seite 14: © solvod / stock.adobe.com
Seite 16: © Soul wind / stock.adobe.com
Seite 17: © pressmaster / stock.adobe.com
Seite 20: Abbildung erstellt im Auftrag der UCB Pharma GmbH
Seite 23: © Robert Kneschke / stock.adobe.com
Seite 25: © Karsten Lindemann / lindemann-foto.net

Hinweis: Die abgebildeten Personen sind (mit Ausnahme der porträtierten Person auf der Titelseite und Seite 6) keine echten Patient:innen, sondern Models, die lediglich zu Illustrationszwecken eingefügt sind.

UCBCares steht Ihnen für Fragen rund um unsere Produkte zur Verfügung.

 Telefon: +49 2173 48 4848

 Fax: +49 2173 48 4841

 E-Mail: ucbcares.de@ucb.com

 Webseite: www.ucbcares.de

UCBCares[®]
About People



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**