

Dem 67-jährigen Ludwig T.* geht es schon seit Tagen zusehends schlechter. Er hat jetzt bereits seit 8 Jahren die Parkinson-Krankheit.

Ganze 2 Jahre dauert es damals, bis ein Arzt die richtige Diagnose stellt. Bis dahin ist es eine Odyssee, die ihn zum Orthopäden („meine Beine sind so schwer...“), zum Internisten („ich fühle mich oft schwach. Vielleicht ist es mein Herz?“) und auf Drängen einer Freundin zum Psychiater führt („ich muss mich zu allem zwingen.“). Die anfänglichen Symptome werden, wie häufig, fehlgedeutet. Der Psychiater stellt tatsächlich behandlungsbedürftige depressive Symptome fest, wird aber auch auf die motorische Verlangsamung aufmerksam, die andere Ärzte als Alterserscheinung abgetan haben. Da er mit dieser Krankheit nicht mehr so vertraut ist, überweist er Ludwig T. an einen Neurologen, der dann nach einer ausgiebigen Untersuchung und einigen Tests die Diagnose Parkinson-Krankheit stellte. Dann ist endlich Hilfe in Sicht: die L-Dopa-Gabe lässt Herrn T. eine ganze Weile regelrecht aufblühen. Auch die Stimmung und die Antriebskraft heben sich wieder.

Doch vor etwa einem Jahr lässt die Wirkung der Medikamente allmählich nach. Andere Medikamente helfen zwar, aber eher in dem Sinne, dass sie die Verschlechterung abbremsen. Nunmehr ist die Krankheit voll ausgebrochen. Das Gehen ist nur mithilfe seiner Frau und einem Rollator möglich. Auch das Essen fällt ihm schwer. Die Bissen müssen mundgerecht geschnitten werden und er kann kaum die Gabel selbstständig zum Mund führen. Seine Frau fürchtet sich vor dem Zeitpunkt, an dem sie ihn füttern wird müssen. In den Nächten muss er mindestens 1-mal zur Toilette geführt werden und er kann sich nicht ohne ihre Hilfe im Bett umdrehen. Damit sie den nötigen Schlaf findet, kommt ab und zu ein Student, der die Arbeiten in der Nacht übernimmt. Die Verdauung ist in den letzten Monaten immer schlechter geworden. Jetzt haben die Verdauungsprobleme ein derartiges Ausmaß erreicht, dass der Hausarzt Herrn T. in ein Krankenhaus einweist. *Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Bei der Parkinson-Krankheit kommt es zur Degeneration dopaminproduzierender Zellen in der Substantia nigra des Hirnstamms, deren Neurone in das Corpus striatum ausstrahlen. Dadurch herrscht dort ein Mangel an dem Neurotransmitter Dopamin, während der Neurotransmitter Acetylcholin ein Übergewicht erlangt. Die Ursache ist meistens eine vererbte Veranlagung, die im mittleren bis höheren Alter zum Untergang der dopaminergen Neurone führt. Weitere Ursachen sind häufige Kopftraumen (Boxer!), Hirnentzündungen, Arteriosklerose mit Mangel durchblutung oder Infarkt, Medikamente (besonders Neuroleptika gegen Psychosen) und bestimmte Giftstoffe.

Weil die Zellen in der Substantia nigra untergehen, kommt es in dem verschachtelten System verschiedener Hirnkerne und Neurotransmitter letztlich zu einer vermehrten Aktivität hemmender Neurone. In der Folge wird die Willkürmotorik unterdrückt. Es fällt dem Patienten schwer, eine Bewegung in Gang zu setzen.

Bei den Störungen der Bewegungsabläufe treten drei charakteristische Symptome auf:

- Brady- oder Akinese,
- Rigor,
- Tremor.

Fall: *Herrn T.s Obstipation hat mehrere Ursachen. Zum einen ist als Ausdruck der allgemeinen Bewegungshemmung auch die Darmmotilität gestört und er trinkt zu wenig. Durch die gesamte Bewegungsarmut fällt natürlich auch deren fördernde Wirkung auf die Verdauung weg. Schließlich gehört zum Nebenwirkungsspektrum einiger wichtiger Anti-Parkinson-Medikamente auch die Obstipation.*

Wie kann geholfen werden? Trotz verschiedener Behandlungsversuche mit der Implantation von embryonalem Stammgewebe in die Substantia nigra oder von Schrittmachern, ist die medikamentöse Therapie, auch wenn sie rein symptomatisch ist, die Behandlung der Wahl. Dabei verfolgt man verschiedene Ansätze, die aber letztlich alle darauf hinauslaufen, die Dopaminkonzentration oder deren Wirkung zu erhöhen:

- Hemmung des Dopaminabbaus im Gehirn,
- Simulierung der Dopaminwirkung durch Dopaminagonisten,
- Hemmung des Dopaminabbaus in der Blutbahn.

Eine medikamentöse Neueinstellung unter klinischen Bedingungen kann oft viel für den Patienten bewirken, indem etwa der ideale Einnahmezeitpunkt angepasst wird. Auch kann organisatorisch gesichert

werden, dass die Einnahme in der Klinik und auch später zu Hause (evtl. mit Unterstützung) in der richtigen Form und Dosierung erfolgt. Schließlich kann das Nebenwirkungsspektrum neu bewertet und z. B. durch eine veränderte Kombination verkleinert werden. Da das Dopamin neben der Substantia nigra auch in anderen Hirnregionen ein physiologischer Neurotransmitter ist, kann es zu psychischen Veränderungen kommen, die sich in lebhaften Träumen, Halluzinationen und schizophrenieähnlichen Psychosen äußern können.

Es geht bei der medikamentösen Behandlung oft darum, den individuell genau richtigen Mittelweg zwischen Wirkung und Nebenwirkung zu finden. Die Medikamentengabe wird deshalb sehr sorgfältig abgestimmt. Auch Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, wie z. B. auch einigen Magenmitteln, die Dopaminantagonisten sind (z. B. Metoclopramid), müssen berücksichtigt werden. Weil Dopamin die Blut-Hirn-Schranke nicht passieren kann, gibt man eine Vorstufe des Dopamins: das L-Dopa. Dieses wird aber zu einem Teil im Körper von einer Decarboxylase umgebaut, bevor es die Blut-Hirn-Schranke passieren kann. Ein gleichzeitig verabreichter Decarboxylasehemmer verhindert diesen Effekt.

Die weitere Degeneration der Nervenzellen kann jedoch medikamentös nicht verhindert werden. Über Jahre führt die Parkinson-Krankheit zu immer größerer Pflegebedürftigkeit. Die symptomatische Behandlung und die Physiotherapie sind also zu optimieren, um diesen Prozess möglichst lange und stark aufzuhalten.

Was tut die Pflege bei Parkinson? Die tatsächliche Ursache der Parkinsonsymptomatik ist für die Pflege des Patienten nicht relevant. Sie ist jedoch wegen der motorischen Verlangsamung und der häufigen depressiven Verstimmungen nicht einfach. Ein wichtiges Phänomen sind die Start- und Stopp-Schwierigkeiten. Der Patient ist dann nicht in der Lage, einen ersten Schritt nach vorne zu machen, da die Füße wie festgeklebt sind. Bewegt er sich mit dem Oberkörper dennoch nach vorne, fällt er hin, wenn ihn niemand stützt. Es muss versucht werden, diese Starthemmung zu lösen. Wichtig ist es bei der Unterstützung bei der Bewegung vor allem, dem Betroffenen genug Zeit zu geben.

Diese und alle anderen fremd anmutenden Bewegungsstörungen des Parkinson-Patienten sind Ausdruck der speziellen Funktion der degenerierten Substantia nigra. Bewegungsabläufe, die der Patient aktuell nicht umsetzen kann, sollten von dem Pflegenden geführt werden. Der Patient hat dann die Möglichkeit, sich aktiv daran zu beteiligen. Es wird ihm nur soviel abgenommen, wie aktuell unbedingt nötig ist. Er muss immer wieder zur selbstständigen Ausführung einer Bewegung

oder Tätigkeit ermutigt werden. Das kann bei der Unterstützung zum Waschen etwa bedeuten, dass sich der Pflegende von vornherein besonders viel Zeit nimmt und den Raum gut heizt, damit der Patient nicht auskühlt. Die Körperpflege erfolgt möglichst lange am Waschbecken bzw. im Bad. Eine Immobilisierung durch Bettlägerigkeit erhöht das Komplikationsrisiko. Auch beim Anziehen sollte der Patient möglichst viel selbst durchführen und entscheiden, da er ja keine Denkstörung hat. Insofern sind Körperpflege und Ankleiden auch Bewegungstraining.

Die Etappenziele müssen immer realistisch gewählt werden, damit der Patient nicht durch zu viele Misserfolge frustriert und demotiviert wird. Die positiven Leistungen werden gelobt und gefördert (ohne dabei jedoch in eine kindliche Sprache zu verfallen). Zeitdruck und Hetze müssen im Umgang unbedingt vermieden werden. Die Patienten reagieren oft irritiert und blockieren bei hektischen Situationen und Personen. Auch wenn sie oft teilnahmslos wirken, ist normalerweise die Intelligenz nicht beeinträchtigt, sondern es fehlen nur die vielen kleinen gestischen und mimischen Äußerungen, die man von einem Gesprächspartner gewohnt ist. Deshalb ist es auch besonders schwer für die Patienten, wenn wegen der leisen Stimme und der langsamen Sprache keine normalen Gespräche mehr geführt werden.

Auch die Verdauung wird von einer größeren Beweglichkeit profitieren, ebenso wie von einer Neueinstellung der Medikation mit besonderem Augenmerk auf die Obstipation. Eine regelmäßige Darmmassage kann auf die Verdauung förderlich wirken. Das Pflegepersonal hat die wichtige Aufgabe, die Tabletteneinnahme zu überwachen bzw. die Zeiten und die Reihenfolge genau einzuhalten. Ebenso sollte sehr sorgfältig auf die therapeutische Wirkung und auf die Nebenwirkungen geachtet werden. Wirkungsschwankungen der Medikamente sind möglich. Sollte z. B. die letzte Dosis nicht lange genug wirksam sein, verstärkt sich die Symptomatik plötzlich wieder. Es gibt auch von der Medikation unabhängige Schwankungen, die dazu führen, dass der vielleicht gut bewegliche Patient plötzlich absolut bewegungsunfähig wird (sog. On-off-Phasen). Von Angehörigen, Ärzten und den Pflegenden wird dies manchmal als Simulation fehlgedeutet.

Weil die Bewegungsprobleme auch nachts auftreten, muss der Patient evtl. mehrmals in der Nacht neu positioniert werden. Der häufige Harnrang zusammen mit den Bewegungsstörungen kann die nächtliche Betreuung sehr anstrengend machen. Zur Sicherheit kann z. B. ein Urinalkondom in der Nacht sehr hilfreich sein.

Die Bewegungsstörungen haben auch Einfluss auf die Nahrungsaufnahme, sei es durch den Tremor (dieser kann etwa durch Führen der Gabel zum Mund abschwächt werden) oder durch die Akinese. Oft wird dabei soviel vom Patienten verschüttet, dass er frustriert die Motivation zum Essen verliert. Hier können Wunschkost und eine einfühlsame Hilfestellung (z. B. Warmhalteteller) helfen. Das Trinken kann noch größere Probleme bereiten. Sollte eine Exsikkose drohen, sind zusätzliche Infusionen angebracht, um den Flüssigkeitsbedarf sicherzustellen.

In Absprache mit dem Patienten können Bettgitter verwendet werden, um ihm dadurch ein sichereres Gefühl zu vermitteln. Parkinsonpatienten sind nicht selten ängstlich, da sie oft schon einige Stürze hinter sich haben. Beim Gehen und beim Waschen z. B. wird deshalb besonders auf die Sicherheit des Patienten geachtet. Da bei den meisten Kranken die Wirksamkeit der Medikamente mit der Zeit (etwa nach 5–7 Jahren) allmählich nachlässt, ist eine regelmäßige Physiotherapie und Ergotherapie und ständiges Üben enorm wichtig für den Erhalt der Selbstständigkeit. Ebenso wichtig wie die Unterstützung des Betroffenen ist die Begleitung der Angehörigen. Sie sollten beraten werden zu Betreuungsangeboten, Entlastungsmöglichkeiten und zu Kursen für pflegende Angehörige.

Fall: Herr T. bleibt für 3 Wochen im Krankenhaus. Die Umstellung der Medikamente führt nicht gleich zu erkennbaren Fortschritten. Die Verdauung kommt nur langsam wieder in Gang und besonders in der Nacht sind die Pflegenden stark gefordert. Auch für die Mitpatienten in seinem Krankenzimmer ist es schwierig. In kurzen Abständen wird die Medikation verändert, ergänzt, verringert und immer wieder muss Herr T. eine Zeit lang beobachtet werden, um zu sehen, ob diesmal möglichst viele Symptome verschwinden oder zumindest schwächer werden.

Schließlich kann er wieder besser schlafen und tagsüber hat er mehr Kraft für die Physiotherapie. Auch die Bewegungsabläufe haben sich wieder etwas verbessert und er kann die Klinik mit einer Gehhilfe verlassen. Um genauere Aussagen über seine Obstipationsbeschwerden treffen zu können, ist es noch zu früh, da sich erst nach etwas längerer Zeit zeigen wird, ob die Anpassung der Ernährung, die Anleitung zur Darmmassage und die Flüssigkeitszufuhr erfolgreich war.