

Dem 67-jährigen Theo Gärtner ging es schon seit Tagen zusehends schlechter. Er hatte jetzt bereits seit acht Jahren die Parkinson-Krankheit. Ganze zwei Jahre hatte es gedauert, bis ein Arzt die richtige Diagnose stellte. Bis dahin war 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 geführt hatte („ich muss mich zu allem zwingen.“). Die anfänglichen Symptome wurden, wie häufig, fehlgedeutet. Der Psychiater hatte tatsächlich behandlungsbedürftige depressive Symptome festgestellt, war aber auch auf die motorische Verlangsamung aufmerksam geworden, die andere Ärzte als Alterserscheinung abgetan hatten. Da er mit dieser Krankheit nicht mehr so vertraut gewesen war, überwies er Theo Gärtner an einen Neurologen, der dann nach einer ausgiebigen Untersuchung und einigen Tests die Diagnose Parkinson-Krankheit stellte.

Nun war endlich Hilfe in Sicht, denn die L-Dopa-Gabe ließ

Herrn Gärtner eine ganze Weile regelrecht aufblühen. Auch die Stimmung und die Antriebskraft hoben sich wieder. Doch vor etwa einem Jahr ließ die Wirkung der Medikamente allmählich nach. Andere Medikamente halfen zwar, aber eher in dem Sinne, dass sie die Verschlechterung abbremsen. Nunmehr war die Krankheit voll ausgebrochen. Das Gehen war nur mithilfe seiner Frau und einem Rollator möglich. Auch das Essen fiel ihm schwer. Die Bissen mussten mundgerecht geschnitten werden und er konnte kaum die Gabel selbstständig zum Mund führen. Seine Frau fürchtete sich vor dem Zeitpunkt, an dem sie ihn füttern wird müssen. In den Nächten musste er mindestens einmal zur Toilette geführt werden und er konnte sich nicht ohne ihre Hilfe im Bett umdrehen. Damit sie den nötigen Schlaf fand kam ab und zu ein Student, der die Arbeiten in der Nacht übernahm.

Die Verdauung war in den letzten Monaten immer schlechter geworden und hatte jetzt ein Ausmaß erreicht, dass der Hausarzt Herrn Gärtner in ein Krankenhaus einwies.



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 Kopftrauben (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:

- Hypo- oder Akinese,
- Rigor,
- Tremor.

Fall: *Herrn Gärtners Obstipation hat mehrere Ursachen. Zum einen ist als Ausdruck der allgemeinen Bewegungshemmung auch die Darmmotilität gestört. Durch die gesamte Bewegungsarmut fällt natürlich auch die fördernde Wirkung auf die Verdauung fort. 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. Hierzu gibt es verschiedene einfache Möglichkeiten, wie diese Starthemmung gelöst werden kann.

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 also 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 Pflegenden 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 gelagert oder umgelagert werden. Der häufige Harndrang 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 so viel 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 ständiges Üben enorm wichtig für den Erhalt der Selbstständigkeit.

Fall: Herr Gärtner blieb für drei Wochen im Krankenhaus. Die Umstellung der Medikamente führte nicht gleich zu erkennbaren Fortschritten. Die Verdauung kam nur langsam wieder in Gang und besonders in der Nacht waren die Pflegenden stark gefordert. Auch für die Mitpatienten in seinem Krankenzimmer war es schwierig. In kurzen Abständen wurde die Medikation verändert, ergänzt, verringert und immer wieder musste Herr Gärtner eine Zeit lang beobachtet werden, ob diesmal möglichst viele Symptome verschwanden oder zumindest schwächer wurden.

Schließlich konnte er wieder besser schlafen und am Tage hatte er mehr Kraft für die Physiotherapie. Auch die Bewegungsabläufe hatten sich wieder etwas verbessert und er konnte 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.