Keine Diagnose ohne die Betreuenden

Autor(en): **Kornacher, Johannes**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **- (2006)**

Heft 83: **Ehrung für Lydia Schiratzki = Cérémonie en l'honneur de Lydia Schiratzki = Omaggio a Lydia Schiratzki**

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-815585

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.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Foto: fotolia.de

Keine Diagnose ohne die Betreuenden

Hirnleistungsprobleme bei Parkinson können, müssen aber nicht auftreten. Sie betreffen vor allem alte Patienten und zeigen sich anders als bei Alzheimer. Wichtig bei Diagnose und Behandlung ist die Einbeziehung der Angehörigen.

Nach Schätzungen leiden in der Schweiz etwa 15 000 Menschen an Morbus Parkinson. Die verbesserten therapeutischen Möglichkeiten haben die Lebensqualität, aber auch die Lebenserwartung der Betroffenen in den letzten Jahrzehnten deutlich steigen lassen. Damit steigt jedoch auch das Risiko, an Hirnleistungsstörungen und einer Demenz zu erkranken. Die so genannte Parkinsondemenz (PDD) stellt hohe Anforderungen an die Mediziner und die Betreuenden. Oft ist ein umfassendes Management erforderlich, um sowohl die Grunderkrankung als auch die nun eingetretene Demenz optimal zu behandeln.

Verschiedene Studien zeigen: Zwischen 20 und 40 Prozent der Parkinsonpatienten entwickeln im Verlauf der Erkrankung eine Demenz. Die Demenzhäufigkeit hängt aber stark vom Lebensalter und der Krankheitsdauer ab. Das Durchschnittsalter von Patienten mit Parkinsondemenz liegt etwa bei 72 Jahren. Bei Parkinson ist das Risiko einer Demenz gegenüber der Allgemeinbevölkerung um den Faktor sechs erhöht. Als Risikofaktoren gelten: hohes Alter, lange Krankheitsdauer, symmetrischer Beginn, hypokinetisch-rigide Verlaufsform der Erkrankung und das Auftreten von Halluzinationen. Über den Schweregrad der Demenz bei Parkinsonpatienten gibt es bisher nur wenige Angaben.

Kognitive Beeinträchtigungen sind nicht gleich demente Erscheinungen

Eine Demenz ist eine Gehirnerkrankung, bei der es zu einem fortschreitenden Verlust intellektueller Fähigkeiten mit zunehmenden Hirnleistungsstörungen und psychischen Veränderungen kommt. Sie können zur vollständigen Hilfebedürftigkeit führen. Zu den Hirnleistungen zählen Orientierung, Gedächtnis, Denken, Auffassung, emotionales Erleben, Rechnen, Lernfähigkeit, Urteilsvermögen und Sprache.

Nicht zu verwechseln ist die PDD mit der Alzheimerdemenz, bei der von Beginn an Gedächtnisstörungen im Vordergrund stehen. Bei einer Parkinsondemenz sind andere Gehirnregionen betroffenen. Die Fähigkeit, mehrere Aufgaben gleichzeitig zu bearbeiten und mehre Reizquellen zu beachten, fällt immer schwerer. Der Patient kann sich nur auf eine Aufgabe konzentrieren, verliert schneller die Konzentrationsfähigkeit und ist bei der gleichzeitigen Bearbeitung einfacher Aufgaben überfordert. Meist kommt durch die gestörte Wortflüssigkeit eine Sprachverarmung dazu. Damit im Zusam-

menhang stehen Veränderungen der Persönlichkeit mit Apathie und Rückzugstendenzen, Depressivität und Angst bis hin zu psychotischen Erscheinungen mit Wahngedanken und Halluzinationen (Sinnestäuschungen).

Häufig sind Schlafstörungen mit nächtlicher Unruhe und Desorientiertheit und einer übersteigerten Tagesmüdigkeit. Da wegen der Halluzinationen in der Regel eine Rückdosierung der Parkinsonmedikamente nötig wird, verschlechtert sich auch die Beweglichkeit, die Haltungsstörung nimmt zu, ebenso die Sturzneigung. Vegetative Störungen wie Inkontinenz nehmen deutlich zu. Gedächtnisstörungen treten im Verlauf erst spät auf, sie sind auch anders als bei Alzheimerpatienten. Diese können neue Informationen nicht abspeichern und daher auch nicht abrufen. Parkinson-Demenz-Patienten haben immer noch Speicher- und Lernfähigkeit, ihr Zugriff ist jedoch erschwert und verzögert. Im Unterschied zu Alzheimer können Gedächtnishilfen (Merkzettel, Kalender) aus diesem Grund hilfreich sein.

Die so genannte Parkinsondemenz schreitet nur langsam fort

Der Grund für eine PDD ist ein Mangel wichtiger Botenstoffe im Gehirn. Wir brauchen den «Treibstoff» Dopamin für die Körperbewegung, für die geistige Beweglichkeit den «Treibstoff» Acetylcholin. Neben dem Dopaminmangel wiesen Untersuchungen auch einen Mangel an Acetylcholin nach. Überraschenderweise ist der Mangel an Acetylcholin bei PDD sogar ausgeprägter als bei Alzheimer.

Patienten mit leichter Demenz können sich noch alleine versorgen. Erste Schwierigkeiten treten bei komplexen Aufgaben auf, wie etwa beim Autofahren. Auch Halluzinationen können den Beginn einer Demenz anzeigen. Es kommt zum Verlust sozialer und beruflicher Leistungsfähigkeit und zu beginnenden Persönlichkeitsveränderungen. Mittelgradig demente Patienten benötigen im Alltagsleben Hilfestellungen, verlieren an Selbständigkeit und vernachlässigen alltagsrelevante Verrichtungen. Schwer demente Patienten benötigen Aufsicht und Pflege rund um die Uhr. Mit Zunahme der kognitiven Störungen kommt es in der Regel auch zu einer Zunahme der Verwirrtheit. Die PDD schreitet sehr langsam fort, bei schneller Progredienz muss man die Diagnose überprüfen.

Die Diagnose ist knifflig. Die PDD lässt sich oft nur schwer von den Einschränkungen der Grunderkrankung abgrenzen. Zur Diagnose braucht es neben einer ausführlichen Anamnese unbedingt die Einbeziehung der Angehörigen. Dazu gibt es laborchemische, neuropsychologische und elektrophysiologische Untersuchungen bis zu bildgebenden Verfahren. Andere Ursachen von Gedächtnisstörungen muss man ausschliessen. Man muss diese möglicherweise anders behandeln. Zum Beispiel kann eine Unterfunktion der Schilddrüse ebenfalls Gedächtnisstörungen auslösen. Differenzialdiagnostisch muss auch an eine zusätzlich bestehende Alzheimerdemenz, eine Lewy-Körperchen-Demenz oder eine fronto-temporale Demenz gedacht werden.

Einfache Tests sind der Uhrenzeichnentest (Zeichnen einer Uhr) oder Wortflüssigkeitsaufgaben (maximale Anzahl der Wörter in einer Minute). Traditionell wird häufig der Mini-Mental-Status-Test (MMST) gemacht.

Pharmakologisch kann man die PDD behandeln, etwa mit einem Acetylcholinesterase-Hemmer. Die Logik dieser Behandlung liegt im Bereich des Acetylcholinstoffwechsels. Da zu wenig Acetylcholin vorhanden ist, wird der weitere Abbau durch dieses Medikament gehemmt. Depressive Verstimmungen können erfolgreich mit Antidepressiva behandelt werden, Halluzinationen und Unruhezustände erfordern oft den Einsatz von atypischen Neuroleptika. Den wichtigsten Stellenwert für den Patienten und seine pflegenden Angehörigen haben jedoch die richtige Diagnosestellung und das Eingehen auf die Besonderheiten dieser Erkrankung. Regelmässige Physiotherapie, Bewegung an der frischen Luft, ausreichende Flüssigkeitszufuhr und gesunde Ernährung sind die Grundpfeiler einer jeden Basisbehandlung. Ein psychosozialer Therapieplan (z. B. Tageskliniken, Angehörigenberatung, Urlaubsbetreuung, mobile Hilfsdienste etc.) ist von entscheidender Bedeutung.

Quelle: www.parkinson-web.de, Bearbeitung: jok

Hirnleistungsstörungen – was ist das genau?

Dazu gehören die Bereiche Orientierung, Gedächtnis, Denken, Auffassung, Emotionen, Rechnen, Lernen, Urteilsvermögen und Sprache. Achten Sie besonders auf:

- Störungen der Aufmerksamkeit
- Kognitive Verlangsamung
- Gestörter Abruf von Informationen
- Gestörtes Lernen bei gut erhaltenem Wiedererkennen
- Visuell-räumliche Störungen
- Frontal exekutive Störungen (Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge)
- Wortflüssigkeit
- Persönlichkeitsveränderungen
- Verhaltensstörungen
- Apathie
- Depressivität
- Illusionäre Verkennungen und Halluzinationen