„Auch wenn es anstrengend und aufwändig ist, müssen wir uns in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den Problemen der Patienten beschäftigen.“

Professor Dr. med. Wolfgang Jost, Leiter des Fachbereichs Neurologie, Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden

Das Parkinson-Syndrom, eine interdisziplinäre Erkrankung

Die Neurologie war schon immer ein schwieriges Fach und wird von Jahr zu Jahr komplexer. Dies liegt einerseits an den vielen Krankheitsbildern in unserem Fachgebiet, andererseits auch an der dramatischen Zunahme des Wissens bei vielen neurologischen Krankheitsbildern. Beim Parkinson-Syndrom kommt erschwerend hinzu, dass viele Symptome zwar Teil der Erkrankung, aber nicht unseres Fachgebietes sind.

Wir haben zuallererst die neuropsychiatrischen Störungen. So lange der behandelnde Arzt eine psychiatrische Ausbildung hat, kann die Therapie in einer Hand bleiben. Viele Neurologen haben aber einen eindeutig neurologischen Schwerpunkt und nur ein Pflichtjahr in der Psychiatrie absolviert. Bei neuropsychiatrischen Problemen kann deshalb die Hilfe eines erfahrenen Psychiaters erforderlich werden. Hier sind die Demenz und exogene Psychosen zu nennen, aber auch Angst und Depression. Darüber hinaus muss daran gedacht werden, dass die Therapie der Symptome beim Parkinson-Syndrom krankheitsspezifische Besonderheiten aufweist.

Noch komplizierter wird es bei vegetativen Symptomen. Welcher Neurologe oder Nervenarzt traut sich die Diagnostik und Therapie der Blasenstörung zu? Hier stellt sich die grundsätzliche Frage, in wessen Zuständigkeit die Therapie gehört. Der Urologe weiß nicht um die Besonderheiten beim Parkinson-Syndrom, der Neurologe dürfte in der Regel weder die diagnostischen, noch die therapeutischen Möglichkeiten der Urologie perfekt beherrschen. Dies führt dazu, dass sich der Patient im Niemandsland befindet.

Bei Atemproblemen und kardiovaskulären Störungen ist das Problem nicht geringer. Wir können zwar die orthostatische Hypotonie mit dem Schel-

long-Test erfassen, unsere therapeutischen Optionen sind aber bedingt. Viele von uns haben schon gehört, dass Parkinson-Patienten non-dipper sind. Zur Erfassung brauchen wir aber den Kardiologen und zur Therapie haben wir nichts anzubieten.

Der Parkinson-Patient weist Schluckbeschwerden, Magenentleerungsstörungen und Obstipation auf. Diagnostisch und therapeutisch beschränken sich unsere Möglichkeiten auf die Obstipation. Der Gastroenterologe ist mit den gastrointestinalen Symptomen des Parkinson-Syndroms häufig überfordert. Der Neurologe wird mit Recht darauf verwiesen, dass dies nicht sein Organ ist und er sich nicht zuständig fühlt.

Arzneimittelinteraktionen als Gefahr

Ein sehr großes Problem sind auch die möglichen medikamentösen Interaktionen. Wir setzen mehrere verschiedene Substanzgruppen ein, die zu erheblichen Wechselwirkungen und Interaktionen führen können. Kommen Medikamente anderer Fachgruppen dazu, wird die Situation unüberschaubar. Exemplarisch sei der Metabolismus genannt. Häufig kennen wir die vom Internisten eingesetzten Substanzen und Präparate gar nicht oder der Patient informiert uns nicht darüber. Hier können wir uns aber nicht flüchten, sondern müssen vorbeugen und im Bedarfsfall auch reagieren.

Was bedeutet dies für unsere tägliche Arbeit? Sollen wir jetzt auch noch eine internistische Ausbildung absolvieren und hausärztliche Aufgaben übernehmen oder sollen wir die einzelnen Symptome an die unterschiedlichen Fachgebiete delegieren? Nehmen wir ophthalmologische Fragestellungen. Wenn der Patient Sehstörungen klagt, überweisen wir den Patienten zum Augenarzt. Findet

Arzneimittelinteraktionen: Ein großes Problem sind die möglichen medikamentösen Interaktionen. Wir setzen mehrere verschiedene Substanzgruppen ein, die zu erheblichen Wechselwirkungen und Interaktionen führen können.

dieser keine Ursache, überweist er zurück mit der Bemerkung, dass es wohl mit dem Parkinson-Syndrom zusammenhängen müsse. Der Patient hat seine Probleme weiterhin und wir werden immer wieder damit konfrontiert. Ähnlich verhält es sich bei anderen Fragestellungen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist gefragt

Im fortgeschrittenen Stadium stehen die nicht motorischen Symptome im Vordergrund. Hier helfen weder unser neurologisches Handwerkszeug, noch unsere dopaminerge Therapie. Wir sind auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit angewiesen. Auch wenn es anstrengend und aufwändig ist, müssen wir uns mit den Problemen der Patienten beschäftigen. Aber nicht nur wir, auch die anderen Fachgebiete sind in der Pflicht. Es macht keinen Sinn Domperidon bei der Magenentleerungsstörung des Parkinson-Syndroms einzusetzen, abgesehen von den Interaktionen; Metoclopramid ist sogar kontraindiziert. Bei Beinödemen infolge der Dopaminagonistentherapie sollte vom Kardiologen kein Diuretikum gegeben werden. Aber selbst im neuropsychiatrischen Grenzgebiet gibt es kritische Fragen. Kann ein Dopaminwiederaufnahmehemmer wirklich antidepressiv wirken, wenn der Patient bereits L-Dopa und einen Dopaminagonisten erhält? Wir können uns also nicht einfach auf das Urteil des Fachkollegen verlassen, sondern

müssen diese Empfehlungen kontrollieren und gegebenenfalls auch verhindern.

Handlungsbedarf

Das Problem lässt sich nicht einfach lösen. Spezialambulanzen und Kliniken müssen sich der Verantwortung stellen sowie alle Symptome erkennen und behandeln und den primären Therapeuten unterstützen. Wir brauchen auch mehr Studien, da wir nicht einfach Ergebnisse bei anderen Krankheiten auf das Parkinson-Syndrom übertragen können. Eventuell brauchen wir auch spezielle Ambulanzen für Bewegungsstörungen oder sogar eine Zusatzqualifikation für Parkinson-Spezialisten. Auf jeden Fall müssen wir das Problem lösen, damit wir dem Patienten in der schwersten Phase der Erkrankung hilfreich zur Seite stehen können.

Mit kollegialen Grüßen,
Ihr

Wolfgang Jost

Kontakt:
Professor Dr. med. Wolfgang Jost
Chefarzt
Parkinson-Klinik Wolfach
Kreuzbergstr. 12 – 24, 77709 Wolfach
E-Mail: w.jost@parkinson-klinik.de