

## Neues zu Medikamenten und aktivierenden Therapien bei Parkinson

Der Alltag von Parkinson-Patienten ist geprägt von Medikamenten und sollte es auch von Physiotherapie sein. Hinzukommen für viele Patienten meist Ergotherapie, Logopädie und psychotherapeutische Ansätze zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf der Krankheit. Um diese Themen geht es in dieser Ausgabe der *Nervenheilkunde*. Die Autoren und Autorinnen sind allesamt aus dem Team der Parkinson-Fachklinik und Abteilung für Neurologie und klinische Neurophysiologie der Schön Klinik München-Schwabing.

**Urban Fietzek** stellt in einem Update zu Parkinsonmedikamenten dar, dass das Potenzial von Levodopa längst nicht ausgeschöpft sei. Es gelte weiterhin als wichtigstes Parkinsonmedikament. Seit dem Jahr 1977 wird Levodopa als einziges Parkinson-Mittel in fixer Kombination mit einem extrazerebralen Decarboxylasehemmer in die Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation geführt. Levodopa-Innovationen kommen aktuell in der Gestalt von verzögert freisetzenden Galeniken, einer inhalativen Schnelltherapie, Mikropellets oder einer subkutan zu applizierenden Darreichungsform. Amantadin erlebt eine Renaissance mit der Zulassung einer retardierten Darreichungsform in den USA für die Indikation von Levodopa-Dyskinesien. Neue Substanzen werden als Kandidaten zur Veränderung des Krankheitsverlaufes und der Progressionsprävention betrachtet. Naheliegender, dass Alpha-Synuklein-modifizierende Substanzen dafür in Betracht kommen, überraschend hingegen, dass das Antidiabetikum Exenatide und Modulatoren am  $\beta 2$ -Adrenorezeptor auch dazu gehören.

**Frauke Schroeteler** beleuchtet einen physiotherapeutischen Ansatz, der auch wegen seines griffigen Namens sehr geläufig geworden ist, nämlich „BIG“ (eigentlich LSVT-BIG). Ein anderer Grund für die Popularität von „BIG“ dürfte sein, dass es Kurse für diese Technik gibt, mit denen sich Therapeuten zertifizieren können. Außerdem erhalten sie klare und strukturierte

„Kochrezepte“, um gezielt das Leitsymptom Bradyhypokinese des Parkinson-Syndroms anzugehen. Das Konzept besitzt ein Alleinstellungsmerkmal unter den Physiotherapien bei Parkinson, da es kognitiv-emotionale Aspekte des motorischen Lernens mit alltagsrelevantem motorischem Training kombiniert. Es ist aber ein Missverständnis, wenn man LSVT-BIG als den Goldstandard in der Physiotherapie für Parkinson betrachtet. Voraussetzung ist schon einmal eine Bereitschaft für anstrengendes, körperliches Training. Nicht nur Bereitschaft, sondern auch körperliche Fitness wird von dem Patienten verlangt, wenn LSVT-BIG effektiv indiziert sein soll. Das heißt, es ist ein Training für eine bestimmte Gruppe von Parkinson-Patienten, die sich eher früh im Verlauf der Krankheit befinden.

Stürze bei Parkinson-Patienten verbinden wir landläufig mit späteren Stadien der Krankheit. In dem Beitrag „Stürze bei Patienten mit leichtem und fortgeschrittenem Parkinsonsyndrom und ihre Prophylaxe“ von **Kerstin Ziegler** wird nahegelegt, dass bereits in frühen Stadien ein Sturzrisiko bestehe, das häufig unterschätzt wird und gerade zu Krankheitsbeginn sind Interventionen zur Sturzprophylaxe am effektivsten. So sei ein Umdenken bezüglich Beginn und Verordnungszeitpunkt von Maßnahmen, die die Sturzgefahr senken, notwendig. Die Autorin beschreibt wie Trainingsinhalte modifiziert werden und um Maßnahmen zur Reduktion der Gangblockaden, dem „Freezing“, erweitert werden müssten. Zwar sei es in späteren Stadien schwieriger, die Sturzrate zu senken, doch helfe jeder verhinderte Sturz. Die Verletzungsfolgen von Stürzen führen zu einschneidenden negativen Wendungen im Verlauf der Parkinson-Krankheit mit Verlust von Autonomie, mehr Pflegebedürftigkeit und Kosten.

**Steffi Tucha** erörtert in ihrem Beitrag die zunehmende Rolle von psychotherapeutischen Interventionen bei Morbus Parkinson. Sie betont, dass Patienten in allen



Prof. Dr. Andres Ceballos-Baumann, Chefarzt, Schön Klinik München-Schwabing, Abteilung für Neurologie und klinische Neurophysiologie mit Parkinson-Fachklinik

Phasen der Krankheitsverarbeitung von Psychotherapie profitieren können, sicherlich aber am meisten in der Zeit der Diagnosestellung. Die häufigsten psychischen Störungen wie Depressionen, Angst, Unsicherheit, Verhaltensänderungen und Impulskontrollstörungen sollten in der Anamnese erfragt werden, denn diese Symptome werden spontan nicht berichtet. Sie geht ein auf Psychoedukation, supportive Gespräche zur Krankheitsverarbeitung, Verhaltenstherapie, Entspannungsverfahren, Neuro-Biofeedback und Hypnotherapie.

Der CME-Artikel widmet sich den aktivierenden Therapien, d. h. Interventionen,

die sich der Physio- und Ergotherapie sowie der Logopädie zuordnen lassen. Die Bedeutung dieser verschiedenartigen Therapieformen ist seit dem letzten CME-Artikel zu aktivierenden Therapien vor 10 Jahren in der *Nervenheilkunde* erheblich gewachsen. Veranschaulicht wird dies z. B. an dem Erscheinen des Wortes „Physiotherapie“ in den verschiedenen Versionen der Leitlinien (LL): Im Jahr 2003 kam „Physiotherapie“ ein einziges Mal vor, im Jahr 2012 gerade zwei Mal und im Jahr 2016 in der S3-LL gleich 41 Mal. Die Werkzeuge, die sich aus dem Werkzeugkasten der aktivierenden Therapien holen lassen, haben sich vermehrt und sind durch gute Studien ver-

edelt worden. Um nur einige Beispiele zu nennen: Ansätze wie Tai Chi, die früher als „alternativ“ galten, therapeutisches Singen, Tanztherapie, abgewandelte Computerspiele und virtuelle Realität, bereichern die therapeutischen Möglichkeiten der Behandlung von Parkinson-Patienten und sollen zum Einsatz kommen.

Für nachträgliche Anregungen bin ich dankbar. Ich wünsche, dass die Beiträge in diesem Themenheft der *Nervenheilkunde* von Interesse und von Nutzen bei der Behandlung Ihrer Parkinson-Patienten sind.

**Andres Ceballos-Baumann,  
München-Schwabing**