



**Prof. Dr. med.
Björn Hauptmann**

Chefarzt
Parkinson-Fachklinik
Neurologisches Zentrum
Segeberger Kliniken Gruppe

Die Parkinsonerkrankung (syn. Morbus Parkinson, idiopathisches Parkinsonsyndrom) wurde erstmalig 1817 von dem englischen Arzt James Parkinson in seinem Aufsatz ‚An Essay on the Shaking Palsy‘ beschrieben. Die Parkinsonerkrankung ist mit ca. 100–200 Betroffenen auf 100.000 Einwohner (=Prävalenz) eine der eher häufigen neurologischen Erkrankungen. Da die Zahl der Neuerkrankungen mit steigendem Lebensalter zunimmt, sind in der Gruppe der über 65 Jährigen ca. 1800 auf 100000 Einwohner betroffen. Auch wenn es sich vorwiegend um eine Erkrankung des fortgeschrittenen Lebensalters handelt, so darf die Gruppe der frühzeitig Erkrankten, d.h. unter Umständen schon um das 40. Lebensjahr und selten auch früher, nicht außer Acht gelassen werden. Zumal diese Betroffenen oftmals unter ganz spezifischen Folgen der Erkrankung leiden.

Auch wenn die Parkinsonerkrankung, zumal in den Augen der oftmals nicht informierten Öffentlichkeit, in erster Linie als eine Bewegungsstörung mit Zittern („Schüttellähmung“) wahrgenommen wird, so sind es insbesondere die sogenannten axialen (Sprechstörung, Haltungs- und Gangstörung) sowie nicht-motorischen Symptome, die oftmals die Lebensqualität der Betroffenen in hohem Maße beeinträchtigen. Während Sprechstörungen die Kommunikationsfähigkeit einschränken, gefährden Haltungs- und Gangstörungen, nicht zuletzt auch durch die damit verbundene Sturzgefahr, die selbständige Mobilität im Alltag. Aber auch Schmerzen, Schlafstörungen, depressive Symptome, Antriebsstörungen, Halluzinationen, Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit und andere nicht-motorische Symptome sind unter Umständen mindestens ebenso alltags einschränkend.

Unbestrittene und unverzichtbare Grundlage der Parkinsontherapie sind die medikamen-

tösen Therapieverfahren. Dabei haben diese im Verlauf der letzten Jahre und Jahrzehnte an Vielfalt zugenommen. Dies gilt nicht nur für eine Vielzahl neuer Medikamente, sondern auch für gänzliche neue Therapieansätze wie die Tiefe Hirnstimulation und den Einsatz von Medikamentenpumpen.

Leider sprechen die oben genannten, den Alltag einschränkende Symptome oftmals nur unzureichend auf die medikamentöse Therapie einschließlich der Tiefen Hirnstimulation an, so dass ergänzend Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und ggf. Neuropsychologie zum Einsatz kommen. Insbesondere über die letzten 10-15 Jahre ist ein nahezu exponentieller Zuwachs an wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit dieser übenden Verfahren zu verzeichnen, so dass ihr Einsatz zunehmend auf evidenz-basierter Grundlage erfolgt. Dabei hat sich gezeigt, dass eine hohe Wiederholungsrate („Übung macht den Meister“) unabdingbar für die Wirksamkeit der übenden Verfahren ist, was im Übrigen auch mit grundlagenwissenschaftlichen Überlegungen zum Lernen von Fertigkeiten („prozedurales Lernen“) bei Parkinsonpatienten übereinstimmt.

Ähnliches, nämlich ein kritisches Mindestmaß an Intensität, gilt auch für sportlich-aktivierende Verfahren. Ihr Ziel besteht weniger in einer Verbesserung spezifischer Symptome der Parkinsonerkrankung, als der körperlichen Ertüchtigung mit Steigerung der Muskelkraft und/oder Ausdauerleistung. Dabei kann einerseits eine Steigerung z.B. der Beinkraft durchaus mittelbar zu einer Verringerung der Sturzfrequenz führen. Andererseits gibt es zunehmend Hinweise, dass durch ein aerobes Ausdauertraining der Krankheitsverlauf im Sinne einer Tertiärprävention positiv beeinflusst werden kann. Aus diesem Grund sollte mit sportlich-aktivierenden Verfahren möglichst frühzeitig nach Diagnosestellung begonnen werden.

Der Notwendigkeit einer hohen Wiederholungsrate der übenden und sportlich-aktivierenden Verfahren stehen oftmals krankheitsspezifische

Symptome wie Antriebsstörung, Anhedonie, Apathie und Depression entgegen. Dies führt dazu, dass einerseits bis zu einem Drittel der Betroffenen eine einmal begonnene Therapie nicht zu Ende führen und dass andererseits die Gefahr einer zunehmenden psychosozialen Isolierung besteht.

Künstlerisch-aktivierende Verfahren können dieser Tendenz entgegenstehen, da sie das soziale Miteinander fördern und emotional positiv belegt sind. Dies umso mehr, als dass sich unter den künstlerisch-aktivierenden Verfahren durchaus Elemente finden, wie sie in den konventionellen, übenden Therapien vorkommen. So kann z.B. eine Steigerung der Sprechlautstärke nicht nur während logopädischer Therapieeinheiten geübt werden, sondern in gleichem, nur emotional ansprechenderen Maß auch während einer Theaterprobe oder beim Singen. Ebenso ist ein Training großamplitudiger Bewegungen nicht nur im Rahmen der Physiotherapie vorstellbar, sondern ebenso in der Theaterarbeit. Inwieweit schon aus den übenden Verfahren als wirksam

anerkannte Therapieprinzipien in einen anderen, emotional und psychosozial ansprechenden Kontext (Theater, Musizieren, Gesang, Tanz) übertragen werden können, bedarf jedoch weiterer Untersuchungen. Ein großer Vorteil bestünde in der Tatsache, dass die künstlerisch-aktivierenden Verfahren regelmäßig auf Ebene der Selbsthilfegruppen eigeninitiativ durchgeführt werden könnten.

Prof. Dr. med. Björn Hauptmann
Chefarzt Parkinson Fachklinik
Neurologisches Zentrum
Segeberger Kliniken Gruppe