

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

Herausgeber: Parkinson Schweiz

Band: - (2011)

Heft: 104: Brennpunkt : Rehabilitation bei Parkinson = Point chaud : la réadaptation en cas de Parkinson = Tema scottante : la riabilitazione nel Parkinson

Artikel: "Bei der Parkinsontherapie darf man nicht auf die Uhr schauen!"

Autor: Rothweiler, Jörg / Oechsner, Matthias

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-815454>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation


L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 31.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>



«Bei der Parkinsontherapie darf man nicht auf die Uhr schauen!»

Die Therapie des fortgeschrittenen Parkinson ist komplex. Dr. Matthias Oechsner, Leiter des Parkinsonzentrums der Helios Klinik Zihlschlacht, erklärt, warum dabei vor allem Zeit und Einfühlungsvermögen nötig sind.

Guten Tag, Herr Dr. Oechsner. Sie arbeiten seit mehr als zehn Jahren in der Parkinson-Rehabilitation. Welche Veränderungen haben Sie beobachtet – und wie wirken sich diese aus?

Die Parkinson-Rehabilitation hat sich parallel zu unserem Wissen und unserer Erfahrung stark entwickelt. Viele Konzepte stammen ursprünglich aus der Schlaganfall-Reha und wurden schrittweise für Patienten mit anderen neurologischen Erkrankungen wie Parkinson adaptiert. Das führte dazu, dass Parkinsonbetroffene geraume Zeit mit einer Art «Einheits-Therapie», bestehend aus Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie, behandelt wurden. Mit den Jahren wuchs die Erfahrung, wir lernten aus Fallstudien und von der Forschung. Heute kommen bei Parkinson verstärkt spezielle Konzepte zur Anwendung. Diese nutzen aber nur, wenn das Fachpersonal gut ausgebildet ist und die Konzepte korrekt umsetzt. All das benötigte seine Zeit – doch es hat sich gelohnt. Heute haben wir klar mehr zu bieten als noch vor zehn Jahren.

Worauf zielt die Parkinson-Rehabilitation ab?

Wir versuchen, die funktionellen Reserven der Betroffenen optimal zu konservieren. Die moderne Parkinson-Rehabilitation ist – anders als etwa beim

Schlaganfall, bei dem vorwiegend im Nachhinein auf das plötzliche Ereignis reagiert werden kann – proaktiv ausgelegt, als Investition in die Zukunft. Wir zielen darauf, dass die Betroffenen möglichst früh mit Rehabilitationsmassnahmen beginnen, um die Ressourcen für später zu verbessern. Ein gutes Beispiel sind die chronischen Rückenschmerzen, unter denen viele Betroffene leiden. Diese sind mit Medikamenten zwar stillbar – aber die Ursache geht davon nicht weg. Parkinsonbetroffene sind unbeweglich, sitzen oft starr und neigen zu dauerhaften Fehlhaltungen. Die ewig gleiche Belastung und die Dauerfehllhaltung führen zu Skelettveränderungen, die sich mit dem fortschreitenden Muskelabbau noch verstärken. Die Folge sind chronische Schmerzen und eine hohe psychische Belastung. Langfristig profitieren Patienten stärker, die früh aktiv werden, sich bewegen, trainieren, ihre Muskeln dehnen sowie lernen, sich aufrecht zu halten.

Welche Methoden kennzeichnen die Therapie?

Es gibt aufgrund der Individualität der Parkinsonsymptomatik keine Patentrezepte. Man muss genau jene Symptome gezielt angehen, die dem Einzelnen die grösste Mühe bereiten. Dabei setzen wir ganz unterschiedliche Therapien ein, abhängig von den

Symptomen, aber auch von den Vorlieben der Patienten. Es bringt ja nichts, jemanden, der Wasser nicht mag, täglich im Schwimmbaden zu bewegen.

Bei den Therapien haben sich einige Methoden, wie etwa in der Logopädie das Lee-Silverman-Voice-Treatment (LSVT), aufgrund guter Erfolge etabliert. Von Letzterem abgeleitet wurde übrigens das neue Physiotherapiekonzept LSVT-Big, das auf grossen Bewegungen, Ausfallschritten und ähnlicher Mobilisierung basiert. In diesem Bereich sind wir Pioniere in Europa, verfügen mit Susanne Brühlmann über die derzeit einzige Physiotherapeutin in der Schweiz, die diese Methode in den USA erlernt hat. Und ich stelle fest: Die ersten Erfahrungen mit LSVT-Big sind vielversprechend.

Also bedeutet Parkinson-Rehabilitation heute vor allem körperliches Training?

Nein, viel mehr als das! Die Parkinson-Rehabilitation baut – ähnlich wie die Arbeit Ihrer Vereinigung – auf mehreren Säulen auf. Erstens auf der korrekt eingestellten Medikation. Diese ist die Basis für eine optimale Kontrolle von Tremor, Rigor und genereller Beweglichkeit. Die zweite Säule ist das Beherrschen der axialen Symptome, von Körperhaltung und Gleichgewicht. Das geht nur über Training. Drittens müssen wir allfällige kognitive, vegetative und psychiatrische Störungen berücksichtigen. Diese nicht-motorischen Probleme belasten die Betroffenen oftmals erheblich – was leider lange Zeit nicht erkannt und in der Rehabilitation vernachlässigt wurde.

Die vierte Säule ist die Hilfsmittelversorgung. Ein wichtiges, aber auch bisweilen heikles Thema. Es braucht nicht selten Überzeugungsarbeit, Einfühlungsvermögen und Zeit, um die Betroffenen vom Nutzen eines Hilfsmittels wie Gehstock oder Rollator zu überzeugen. Und es braucht auch Hinwendung, um die korrekte Handhabung zu vermitteln. Der Erfolg entschädigt aber, denn sind die Patienten ein Hilfsmittel erst einmal gewohnt, wollen sie es meist nicht mehr missen! Bringt ihnen die Nutzung doch Sicherheit und Bewegungsfreiheit.

Fünftens kümmern wir uns um Patienten mit Apomorphin- oder Duodopa-Pumpen sowie um Betroffene, die sich einer Tiefen Hirnstimulation unterziehen wollen oder unterzogen haben. Wir unterstützen die operierenden Kliniken mit Voruntersuchungen und bei der Feineinstellung der Stimulatoren nach der Operation.

Die sechste und vielleicht wichtigste Säule: Im Parkinsonzentrum nimmt man sich Zeit! Wir nehmen uns der Patienten an, versuchen herauszufinden, wie ihr Parkinson «tickt», welche Symptome sie am meisten belasten, was sie gerne haben, was sie weniger schätzen, womit sie sich motivieren können. Nur so können wir die Therapie individuell abstimmen und den grössten Nutzen stiften. Zu dieser Hinwendung gehört auch, dass wir mit ihnen ganz einfache Dinge trainieren. Etwa die pünktliche

Medikamenteneinnahme! Oder wir geben Tipps für den Alltag: Schuhe mit flachen Absätzen, Bekleidung mit grossen Knöpfen, Besteck mit dicken Griffen. Bei der dafür nötigen, intensiven Betreuung fallen uns oft Probleme auf, die bisher übersehen wurden: latente Sehstörungen, eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, nächtliche Atempausen, psychische Störungen – etwa Impulskontrollstörungen – oder auch familiäre Probleme. Dinge, die in der ambulanten Sprechstunde, oft genug aus Zeitmangel, manchmal aber auch aus verständlicher Scham der Betroffenen und Angehörigen, nie angesprochen werden, die aber die Grundlage jeder erfolgreichen Therapie sind. Wir nehmen uns daher auch die Zeit, den Patienten gewisse Dinge vor Augen zu führen, sie zu sinnvollem Handeln zu sensibilisieren und zu motivieren. Denn Vertrauen und Offenheit führen zur Erkenntnis – und diese zur Besserung.

Wann ist denn der Zeitpunkt da, an dem ein stationärer Aufenthalt angezeigt ist?

Sobald eine stärkere Überwachung von bestimmten Funktionen nötig ist, die im Rahmen der ambulanten Versorgung durch den behandelnden Neurologen und den Hausarzt nicht mehr möglich ist. Etwa, wenn motorische Fluktuationen eine medikamentöse Feineinstellung bedingen, die ambulant nicht zu leisten ist. Zweitens, wenn Symptome auftreten, die nicht auf die Medikation ansprechen oder von dieser provoziert werden, wie etwa Halluzinationen, Gleichgewichtsstörungen, erhöhte Sturzgefahr, Blutdruckschwankungen oder Schluckstörungen. Oft sind nächtliche Störungen wie Schmerzen oder andere Schlafstörungen der Grund für eine Überweisung zu uns. Kurz: Alles, was mit einer einmal monatlichen Sprechstunde nicht mehr lösbar ist, sollte zum stationären Aufenthalt führen. Gerade die nächtlichen Störungen und die Fluktuationen haben oft dramatische Auswirkungen – auch auf das Leben der Angehörigen. Überdies behandeln wir immer wieder auch Patienten, deren Parkinsonerkrankung – etwa nach einem operativen Eingriff oder aufgrund einer anderweitigen Erkrankung – sich akut verschlechtert hat.

Sie sagten vorher, einer der grossen Vorteile der stationären Rehabilitation sei die Zeit, die Sie dort für die Betroffenen haben. Wie wird das sein, wenn ab 1. Januar 2012 die Fallpauschalen kommen?

Vorderhand bleibt die Rehabilitation davon unberührt, weil die Fallpauschalen für die Reha frühestens 2015 eingeführt werden sollen. Dennoch soll sich das Swiss-DRG-System für Parkinsonbetroffene nicht nachteilig auswirken. Es gäbe jetzt die Chance, Fehler anderer Länder zu vermeiden und die wirklich im europäischen Vergleich sehr hohe Versorgungsqualität in der Schweiz aufrechtzuerhalten. Zum Glück gibt es noch viele Krankenkassen, welche die Wichtigkeit der stationären Rehabilitation →



Dr. med. Matthias Oechsner leitet seit 1. Mai 2011 das Parkinsonzentrum der Helios Klinik Zihlschlacht. Der 1963 geborene Neurologe studierte und promovierte in München und konzentriert sich seit 1995 auf die Therapie von Bewegungsstörungen und Parkinson. Nach seiner Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie war er als Oberarzt an der Neurologischen Klinik der Universität Giessen sowie während acht Jahren als Leitender Arzt und Ärztlicher Direktor der Parkinsonklinik Bad Nauheim, des grössten Parkinsonzentrums Deutschlands, tätig.



Die Helios Klinik in Zihlschlacht

Das 1999 unter Mithilfe von Prof. Hans-Peter Ludin gegründete und 2003 modernisierte Parkinsonzentrum hat aktuell 24 Betten und wird seit Mai 2011 von Dr. Matthias Oechsner geleitet.

anerkennen. Wir freuen uns natürlich immer, wenn Vertreter von Krankenkassen oder Vertrauensärzte zu unseren Informationstagungen und Symposien kommen. Diese Leute wissen, dass die Erhaltung der funktionellen Ressourcen im Endeffekt nicht nur die Lebensqualität der Patienten erhöht, sondern auch Kostenvorteile bringt und dass eine frühzeitig gefällte richtige Entscheidung sich nachträglich günstig für alle auswirkt. Zum Beispiel kann die neurologische Rehabilitation auch bei nicht-neurologischen Komplikationen wie zum Beispiel zur Nachbehandlung nach einem Knochenbruch oder einer Operation dazu beitragen, dass Komplikationen bei Parkinsonpatienten vermieden werden.

Was müsste geschehen, damit es besser wird?

Wie gesagt, im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist die Qualität der Versorgung in der Schweiz bereits sehr gut. Wir müssen wahrschein-

«Die Qualität der Versorgung in der Schweiz ist bereits sehr gut. Natürlich müssen wir auch die Kosten im Auge behalten – wir dürfen dabei aber nicht die Fehler anderer Länder wiederholen!»

lich noch für mehr Transparenz gegenüber den Kostenträgern sorgen, was welche Therapie wirklich bringt, was sie kostet und wie sie sich langfristig auswirkt. Manches, was heute teuer erscheint, erweist sich langfristig als Kostenvorteil. Und wir brauchen, angesichts der Komplexität der Methoden und Krankheiten, in der Neurologie mehr spezialisiertes Fachpersonal, Ärzte, Pflegende ebenso wie Therapeuten.

Apropos Spezialisierung: Brauchen wir – angesichts der demoskopischen Entwicklung – bald mehr als die zwei bestehenden Schweizer Parkinsonzentren in Zihlschlacht und Tschugg?

Nein, das denke ich nicht. Die Kapazitäten dieser zwei Zentren reichen mittelfristig aus. Was wir aber brauchen, sind spezialisierte Neurorehabilitationszentren, die sich auf ein dezidiertes Kerngebiet wie Parkinson, Alzheimer, MS oder Schlaganfall konzentrieren. Das senkt Kosten, steigert die Effizienz des Spitals und auch die Qualität der Behandlung. Wenn die spezialisierten Zentren überdies bei Forschung und Fallstudien enger kooperieren würden, könnte eine stärkere Sensibilisierung der Verantwortlichen bei den Kassen erreicht werden.

Was punkto differenzierte Behandlung noch wichtig wäre, ist die Schaffung von Sensibilität und Wissen bezüglich der atypischen Parkinsonsyndrome wie etwa der Multisystematrophie (MSA) oder der Progressiven supranukleären Blickparese (PSP). Diese machen doch bis zu 25 Prozent aller Parkinsonfälle aus, sind aber dennoch weitgehend unerforscht und haben häufig einen ganz anderen Verlauf als das idiopathische Parkinsonsyndrom. Die korrekte Diagnose wird ambulant häufig nicht gestellt, weil das gerade im Frühstadium sehr schwierig sein kann. Hier ist die stationäre Behandlung oft die einzige Möglichkeit, zu einer realen Diagnose zu gelangen. Weil die normalen Anti-Parkinson-Medikamente bei den atypischen Syndromen häufig nicht so gut wirken, sind die begleitenden Therapien, die Instruktion bezüglich Hilfsmitteln und die pflegerische Betreuung oft noch viel wichtiger.

Und wo sehen Sie die Zukunft der normalen Parkinson-Rehabilitation? Gibt es Neuigkeiten, die noch mehr Therapieerfolge versprechen?

Die Entwicklung schreitet stetig voran. Neben Versuchen mit Computer-gestützten Therapien, etwa mit der Spielkonsole Wii, gibt es auch Überlegungen, die für die Schlaganfall-Rehabilitation entwickelten Robotikgeräte bei Parkinson einzusetzen. Überdies entwickeln wir aktuell mit der ETH einen Stimulator, den Parkinsonpatienten bei unerwarteten Blockaden, also beim sogenannten Freezing, einsetzen können.

Parallel dazu läuft ein Pilotprojekt unseres Ergotherapeuten Roger Stadelmann. Er kam auf die Idee, die sogenannte «Slackline», ein Band, das zum Freizeitvergnügen normalerweise zwischen zwei Bäume gespannt und als Balancegerät benutzt wird, in die Therapie einzubringen. Er führte für seine Diplomarbeit Messungen mit MS- und Schlaganfall-Patienten durch – und stellte fest, dass sich durch das Balancieren auf der Slackline Gleichgewicht, Koordination, Bewegungsausmass und auch die Konzentration verbessern. Nun werden wir untersuchen, ob es auch bei Parkinson positive Effekte ermöglichen kann.

jro