

Presseinformation

Parkinson-Krankheit: neue Leitlinie für Diagnostik und Therapie veröffentlicht

6. April 2016 – Rechtzeitig vor dem Welt-Parkinson-Tag am 11. April veröffentlicht die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) nach vierjähriger Arbeit heute die vollständig überarbeitete und erweiterte S3-Leitlinie „Idiopathisches Parkinson-Syndrom“ (IPS). Systematisch entwickelt, wissenschaftlich begründet und praxisorientiert stellt sie einen bedeutenden Fortschritt für die rund 200.000 Patienten dar, die in Deutschland von der neurodegenerativen Krankheit betroffen sind. So bestätigen die 85 Empfehlungen der Experten die entscheidende Bedeutung der medikamentösen Therapie in der Behandlung der Parkinson-Krankheit. Darüber hinaus erfolgen erstmals Bewertungen zu mehreren nichtmedikamentösen und alternativen Ansätzen – etwa der Physiotherapie. Gemeinsam mit 28 weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen sichteten und bewerteten die Experten annähernd 2200 Facharbeiten. Allein die Kurzversion der Leitlinie umfasst 73 Seiten. Alle Dokumente sind auf www.dgn.org/leitlinien zu finden.

„Von der Definition und Epidemiologie über die Diagnostik und medikamentöse Behandlung bis hin zur Tiefen Hirnstimulation umfasst der Schwerpunkt des Werkes sämtliche Aspekte der ärztlichen Behandlung“, so Prof. Richard Dodel (Marburg), der den Konsensusprozess über das Leitliniensekretariat koordiniert hat. „Darüber hinaus nimmt die Leitlinie aber auch Stellung zu wichtigen Aspekten der Pflege und Versorgung, und sie enthält erstmals Bewertungen zu mehreren nicht-medikamentösen und alternativen Ansätzen, etwa der Logo-, Ergo- und Verhaltenstherapie.“ Medizinische Leitlinien sind Empfehlungen für Ärzte, die zwar nicht bindend sind, aber den neuesten wissenschaftlichen Stand darstellen und daher große Beachtung in der Fachwelt finden. Eine S3-Leitlinie bedeutet die höchste Qualitätsstufe.

Bei Verdacht zum Spezialisten

Patienten mit der Verdachtsdiagnose eines Idiopathischen Parkinson-Syndroms (IPS) sollten zu einem Spezialisten mit einer Expertise in der klinischen Differentialdiagnose von Parkinson-Syndromen überwiesen werden, empfiehlt die Leitlinie. Die Begründung dafür lautet, dass in der allgemeinärztlichen Versorgung bei 47 Prozent der Patienten fälschlicherweise die Diagnose eines IPS gestellt wird, unter fachärztlicher Versorgung immer noch bei 25 Prozent. Dagegen liegt die Rate falscher Diagnosen bei ausgewiesenen Bewegungsstörungsspezialisten nur zwischen sechs und acht Prozent.

Anamnese und klinische Diagnose sind entscheidend – Riechtest und Bildgebung unterstützen die korrekte Frühdiagnose

„Als Faustregel gilt, dass die frühe Diagnose und Differentialdiagnose des Parkinson-Syndroms in erster Linie auf der kompetenten neurologischen Anamnese und Untersuchung basieren“, so

Prof. Heinz Reichmann aus Dresden, Mitglied der Leitlinien-Steuergruppe. In einigen unklaren Fällen können bildgebende Zusatzuntersuchungen jedoch über die rein klinische Untersuchung hinaus hilfreich sein, um so früh wie möglich eine korrekte Diagnose stellen zu können. So sollte zum Ausschluss symptomatischer Ursachen beim Parkinson-Syndrom grundsätzlich eine zerebrale Bildgebung, also craniale Computertomographie (cCT) oder craniale konventionelle strukturelle Magnetresonanztomographie (MRT) zur Differentialdiagnose beitragen. Die funktionelle MRT sei hier jedoch wenig bis gar nicht hilfreich. Bei klinisch unklarem Parkinson- oder Tremor-Syndrom wird zum Nachweis eines nigrostriatalen Defizits der Einsatz des präsynaptischen Dopamin-Transporter-SPECT (DAT-SPECT) empfohlen.

Diagnostisch unterstützend ist auch der Riechverlust, der regelmäßig früh im Krankheitsverlauf auftritt. „Wegen der geringen Spezifität sollte ein Riechtest aber nicht als alleiniges Screening-Instrument zum Einsatz kommen, sondern mit motorischen Tests kombiniert werden“, so Reichmann weiter.

Medikation berücksichtigt steigende Lebenserwartung

Die medikamentöse Therapie im frühen Stadium des IPS zielt darauf ab, die verfügbaren Substanzklassen der Dopaminagonisten, MAO-B-Hemmer und Levodopa individuell einzusetzen, um Symptome zu kontrollieren und Funktionsbeeinträchtigungen zu lindern. Künftig soll dabei die steigende Lebenserwartung der Patienten stärker berücksichtigt werden: „Da bei fast allen Patienten nach zehn Jahren Levodopa-Therapie motorische Fluktuationen und Dyskinesien auftreten, sind bei jüngeren Patienten in der Differentialtherapie die Vor- und Nachteile der jeweiligen initialen Therapie wie die mit einem Dopaminagonisten oder L-DOPA-Präparat zu erörtern und gegeneinander abzuwägen. Dann kann die Wahl des Präparates gemeinsam mit dem Patienten getroffen werden“, so Prof. Wolfgang Oertel (Marburg), ebenfalls Mitglied der Steuergruppe. „Bei Parkinson-Patienten im höheren Lebensalter, die eine Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit aufweisen, besteht unter den Dopaminagonisten ein erhöhtes Risiko, Halluzinationen und psychotische Zustände zu entwickeln. Bei dieser Patientengruppe ist die Gabe von Dopaminagonisten nicht angezeigt oder sollte ausschleichend beendet werden. Generell empfiehlt sich deshalb bei älteren Patienten, Levodopa-Präparate als medikamentöse Kerntherapie zu verwenden“, so Oertel.

Für Patienten mit fortgeschrittenem IPS und motorischen Komplikationen stehen neue invasive Therapien zur Verfügung, die nur bei geeigneten Patienten eingesetzt werden sollten. Die Experten heben hier die gut untersuchte Tiefe Hirnstimulation hervor. Die Tiefe Hirnstimulation kann schon in den ersten drei Jahren nach Beginn von Fluktuationen oder Dyskinesien bei geeigneten Patienten angeboten werden, wie die EARLYSTIM-Studie gezeigt hat. Bei der Pumpenbehandlung mit der intrajejunalen Levodopa/Carbidopa-Infusion liegen mittlerweile Daten vor, die eine gute Wirksamkeit belegen. Die subkutane Apomorphin-Infusion ist ein Verfahren, das derzeit geprüft wird.

Nach wie vor gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass Monoamin-Oxidase-B-Hemmer oder Dopaminagonisten den Krankheitsprozess modulieren. Weiterhin ist weder Levodopa noch

Coenzym Q10 noch Vitamin E als krankheitsmodifizierende bzw. neuroprotektive Behandlung bei Patienten mit IPS wirksam.

Bekanntnis zur Physiotherapie

Die Belastbarkeit der 85 Expertenempfehlungen wird anhand des Evidenzgrades gekennzeichnet. Eine Empfehlung der höchsten Evidenzstufe erhält in der neuen Leitlinie in allen Phasen der Erkrankung die Physiotherapie mit Schwerpunkten wie Gangtraining, Gleichgewichtsübungen, Kraft- und Dehnungsübungen sowie Sturzprävention. „Das Ziel ist die Wiederherstellung, Erhaltung oder Förderung der Beweglichkeit, dabei aber auch häufig Schmerzfreiheit, Wohlbefinden, Partizipation und Selbstständigkeit“, so Prof. Günther Deuschl, drittes Mitglied der Steuergruppe. Die Grundlagen für eine wissenschaftliche Bewertung der verschiedenen Techniken seien besser geworden, sodass der Therapeut auf ein „Menü“ klinisch geprüfter Techniken zugreifen und ein den Bedürfnissen, Interessen und Präferenzen des Betroffenen angepasstes Programm auswählen könne.

Etwa 70 bis 80 Prozent der Parkinson-Patienten entwickeln im Verlauf der Krankheit eine Sprechstörung. Sie kann am ehesten, wenn auch nur mit vorübergehender Wirkdauer, mit einer logopädischen Sprechtherapie behandelt werden, die daher ebenfalls empfohlen wird. Auch bei Schluckstörungen wird der Logopädie ein Nutzen bescheinigt, während Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind, eine Ergotherapie angeboten werden soll.

Depressionen optimal behandeln, Schulungsprogramme für Patienten

Neu evaluiert wurden auch zahlreiche Studien zur Behandlung psychiatrischer Symptome, die häufig im Rahmen der Parkinson-Krankheit auftreten. Gleich fünf Empfehlungen haben die Experten zur Behandlung von Depressionen abgegeben, unter denen 40 Prozent der Patienten leiden: Hier sollten die neuere Medikamentenklasse der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer bzw. der Wirkstoff Venlafaxin genutzt werden. Viel stärker als früher werden Patienten heute in die Behandlung mit eingebunden. Dem tragen die Experten Rechnung, indem sie Aufklärung und Information über pathophysiologische Zusammenhänge befürworten und sich für strukturierte Schulungsprogramme auch für Begleitpersonen einsetzen. Zudem sollten die Patienten in allen Phasen der Erkrankung Zugang zu psychosozialer und sozialrechtlicher Beratung erhalten.

Quelle

Idiopathisches Parkinson-Syndrom – S3-Leitlinie, Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2016
Derzeit nur online: www.dgn.org/leitlinien

Pressebilder zur Behandlung von Parkinson-Patienten finden Sie auf der Website der Deutschen Parkinson Vereinigung e.V.: www.parkinson-vereinigung.de

Fachlicher Kontakt bei Rückfragen

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Günther Deuschl
Direktor emeritus der Neurologischen Universitätsklinik Schleswig-Holstein in Kiel
Tel.: +49 (0)431 5978707, E-Mail: g.deuschl@neurologie.uni-kiel.de
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Oertel
Hertie-Senior-Professor, Philipps-Universität Marburg, Klinik für Neurologie
Tel.: +49 (0)6421 5863731, E-Mail: oertelw@med.uni-marburg.de

Prof. Dr. med. Heinz Reichmann
Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Tel.: +49 (0)351 4583565, E-Mail: Heinz.Reichmann@uniklinikum-dresden.de

Prof. Dr. med. Richard Dodel
Kommissarischer Leiter der Klinik für Neurologie, Philipps-Universität Marburg,
Tel: +49 (0)6421 5866251, E-Mail: dodel@med.uni-marburg.de

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

Tel.: +49 (0)89 46148622, Fax: +49 (0)89 46148625, E-Mail: presse@dgn.org
Pressesprecher: Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener, Essen

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN)

sieht sich als neurologische Fachgesellschaft in der gesellschaftlichen Verantwortung, mit ihren mehr als 8000 Mitgliedern die neurologische Krankenversorgung in Deutschland zu sichern. Dafür fördert die DGN Wissenschaft und Forschung sowie Lehre, Fort- und Weiterbildung in der Neurologie. Sie beteiligt sich an der gesundheitspolitischen Diskussion. Die DGN wurde im Jahr 1907 in Dresden gegründet. Sitz der Geschäftsstelle ist Bundeshauptstadt Berlin.

www.dgn.org

Präsident: Prof. Dr. med. Ralf Gold
Stellvertr. Präsident: Prof. Dr. med. Gereon R. Fink
Past-Präsident: Prof. Dr. med. Martin Grond
Geschäftsführer: Dr. rer. nat. Thomas Thiekötter

Geschäftsstelle:

Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin, Tel.: +49 (0) 30 531437930, E-Mail: info@dgn.org