

Inhalt

1. Aktuelles aus dem Expertenforum
2. Bericht über den "13. Internationalen Kongress der Movement Disorder Society" in Paris
3. Mit James verreisen...
4. DPG und DGN warnen vor Parkinson-Therapie mit adulten Stammzellen

1. Aus unserem Expertenforum

Autor	Nachricht
gigi	<p>Parki und Malaria-Prophylaxe</p> <p>Sehr geehrter Herr Dr. Fornadi, ich habe seit 7 Jahren MP und bin 59 Jahre alt. Zur Zeit geht es mir gut. So dass ich mir zutraue noch einmal eine größere Reise zu unternehmen. Es geht in verschiedene sumpfige Flußdeltas (Nationalparks von Namibia und Botswana). Dort gibt es die Malaria-Erreger Mefloquin-sensible P. falciparum Stämme 97 %. Nun beschäftigt mich das Thema Tabletten-Verträglichkeit. Ich nehme z. Z. 2x Levocarb 100 mmg/25, 2x Cabergolin dura 2mg, 1x Madopar 100mg, dazu kommt noch 1,5x Metogramma 100mg und Kinzalkomb 80/12,5 mg, 1x Citalopram 20mg und 1x L-Thyroxin 100 mg. Lt. meiner Recherchen nimmt man gegen die Malaria die Chemo-Prophylaxe mit Malarone, Lariam oder Doxycyclin ein. Meine Reise wird im Oktober 2009 mit meinem Ehegatten unternommen. Können Sie mir dazu einen Rat geben?</p>
Experte Dr. Fornadi	<p>Zwischen Ihren Parkinson-Medikamenten einerseits und den erwähnten Malaria-Mitteln andererseits finden wir in der zur Verfügung stehenden Literatur keine Interaktionen. Sie könnten sich auch im Tropenmedizinischen Insitut beraten lassen. Adresse u. Kontaktmöglichkeit unter :</p> <p>http://www.gesundes-reisen.de/</p> <p>Weitere Infos:</p> <p>http://www.fit-for-travel.de/Malaria/Medikamente</p> <p>MfG Dr. Fornadi</p>
gigi	<p>Sehr geehrter Herr Dr. Fornadi, recht herzlichen Dank für die schnelle Antwort. Ich werde mich mit einem Tropenmedizinischen Institut in Verbindung setzen. Das Patientenforum finde ich sehr gut. Bei den vielen Fragen und Ihren Antworten wurde mir schon oft bei meinen Problemen geholfen.</p>
Experte Dr. Fornadi	<p>Gern geschehen. MfG Dr. Fornadi</p>

2. Bericht über den "13. Internationalen Kongress der Movement Disorder Society" in Paris

Dr. med. Ilona Csoti
(Gertrudis-Klinik Biskirchen)

Vom 7. bis 11. Juni 2009 trafen sich Ärzte und Wissenschaftler aus der ganzen Welt zum "13. Internationalen Kongress der Movement Disorder Society" in Paris, um über die neuesten Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Bewegungsstörungen zu diskutieren. Im Rahmen des fünftägigen Kongresses griffen zahlreiche Vorträge und Workshops aktuelle Themen auf, um den Kongressteilnehmern neue Impulse für ihre tägliche Arbeit in Kliniken und Praxen zu geben. In anregenden Dialogen tauschten sich Referenten und Zuhörer über ihre Erfahrungen aus, im Rahmen der den Kongress begleitenden Ausstellung konnte man sich über Neuigkeiten der verschiedenen Pharmaunternehmen informieren.

In diesem Jahr hatte Paris eingeladen, dementsprechend groß war auch der Zuspruch. Etwa 5.000 Ärzte, Wissenschaftler und Vertreter der forschenden Pharmaunternehmen waren zu Gast. Die kurze Anfahrt hatte vor allem europäische Kollegen angesprochen. In den Pausen und an den Abenden konnte man die Sehenswürdigkeiten dieser faszinierenden Metropole auf sich einwirken lassen.

Themenübersicht und Eröffnungszeremonie

Vor der offiziellen Eröffnungszeremonie wurden am Sonntag Übersichtsvorträge zu wichtigen Schwerpunktthemen gehalten. Im Mittelpunkt standen insbesondere die sogenannten nichtmotorischen Störungen der Parkinson-Krankheit (z.B. Demenz) und deren Erfassung durch Fragebögen bzw. Skalen. Der Einfluss insbesondere der neuropsychiatrischen Störungen (Angst, Depression, Psychose, Demenz) auf die Lebensqualität von Patienten und Angehörigen wurde erörtert.

Vorgestellt wurden Skalen zur Erfassung nicht-motorischer Symptome, motorischer Krankheitszeichen und Schlafstörungen. Die aktuellen Möglichkeiten der Behandlung von Halluzinationen, Psychosen und Demenz bei Morbus Parkinson wurden diskutiert, ebenso die in Studien für diese Indikation laufenden Medikamente. So gibt es Studien mit unter anderen Indikationen bereits zugelassenen Wirkstoffen, z.B. mit Aripiprazol und Melperon, aber auch gänzlich neue Entwicklungen, wie z.B. ACP 103 oder Pimavanserin für die Therapie der Psychose bei M. Parkinson. Die Rolle von Rivastigmin (Exelon) in der Therapie von Halluzinationen wurde erläutert, ebenso die möglichen Nebenwirkungen einer Behandlung mit den zugelassenen Medikamenten gegen Psychosen.

Neben den medikamentösen Therapiemöglichkeiten wurden auch neue klinische Ansatzpunkte und technische Neuerungen der tiefen Hirnstimulation vorgestellt. So gibt es zwei neue Neurostimulatoren, welche wesentlich kleiner sind als die bisherigen. Sie unterscheiden sich in der Wiederaufladbarkeit. Einer der beiden, der Activa RC Neurostimulator, ist der erste und kleinste wiederaufladbare Neurostimulator. Auch gibt es ein neues Patienten-Programmiergerät, welches die Einspeicherung von vier verschiedenen Programmen und damit eine individuellere Stimulation erlaubt. Gesucht wird nach neuen Stimulationsorten für besondere Indikationen, z.B. für das schwer zu beeinflussende "Freezing" (Festfrieren beim Gehen).

Studienergebnisse

Drei große abgeschlossene Studien wurden vorgestellt, ebenso die noch in Entwicklung befindlichen Medikamente. Die STRIDE-PD-Studie konnte leider nicht ihr gewünschtes Ziel erreichen. Durch den frühen Einsatz einer Kombination von L-Dopa/Carbidopa mit Entacapon sollte der Zeitpunkt des Auftretens von Dyskinesien hinausgezögert werden, tatsächlich jedoch traten Dyskinesien früher und häufiger unter der Kombinationstherapie auf. Unter diesem Aspekt hat der Hersteller den Antrag auf eine Erweiterung der Zulassung dieses Präparates für die frühe Kombination zurückgezogen. Auch die CERE 120 Studie mit dem Nervenwachstumsfaktor

Neurturin brachte nicht den erhofften Erfolg. Hier sollen jedoch weitere Studien mit einer größeren Anzahl von Patienten über einen längeren Zeitraum folgen. Im Rahmen dieser Sitzung konnte nur Rasagilin (ADAGIO-Studie) positiv bewertet werden. In einer Tagesmenge von 1 mg, nicht jedoch unter 2mg, wurde ein krankheitsmodifizierender Effekt nachgewiesen, so dass von einigen Referenten der frühe Einsatz dieses Präparates angeraten wurde.

Neue Entwicklungen

Neue Entwicklungen sind im Bereich folgender Wirkstoffgruppen zu erwarten und könnten in einigen Jahren Eingang in die klinische Praxis finden:

- **L-Dopa-Präparate:** IPX066, eine neue Retardtablette mit L-Dopa +Carbidopa verspricht eine deutlich bessere Wirksamkeit im Vergleich zu den vorhandenen Retardpräparaten (Studien-Bezeichnung: APEX-PD). Wiederum wurde über das L-Dopa-Pflaster berichtet.
- **Dopaminagonisten:** An neuen Präparaten mit dopamin-agonistischer Wirkung laufen Studien mit Pardoprunox und Aplindore.
- **MAO-B-Hemmer:** Safinamid. Die Resultate der ersten Phase-III-Studie mit Safinamid bei Parkinson im fortgeschrittenen Stadium wurden vorgestellt. Im letzten Jahr hatten wir die Ergebnisse der Studien bei Parkinson in frühen Stadien erfahren. Safinamid ist eine noch nicht zugelassene Substanz, welche über eine Hemmung der Monoaminoxidase B (MAO-Hemmer) zu einer Verbesserung der dopaminergen Funktion führt, zusätzlich wird die Ausschüttung des erregenden chemischen Botenstoffes Glutamat im Gehirn gehemmt und damit die gesteigerte glutamaterge Aktivität verringert.
- **Adenosin 2a-Rezeptor-Antagonisten:** Für die Wirkstoffe SYN-115, Preladenant und Fipamezole wurden positive Ergebnisse von Dosis-Findungsstudien vorgestellt. Es wird über eine Zunahme der Phasen guter Beweglichkeit berichtet ohne Zunahme der Dyskinesien (Überbewegungen) und ohne Verschlechterung der Beweglichkeit.
- **Glutamat-Rezeptor-Antagonisten:** Der Einsatz dieser Medikamente erfolgt insbesondere mit dem Ziel, Überbewegungen zu reduzieren ohne die Beweglichkeit zu verschlechtern. Sie führen zur Abschwächung von Glutamat, einem Überträgerstoff im Gehirn. Es wird angenommen, dass eine Überaktivität des glutamatergen Systems für Überbewegungen bei Parkinson-Patienten mitverantwortlich ist. Vorgestellt wurden Studienergebnisse zu einem neuen Studienpräparat: AFQ056.

Neuigkeiten zu altbewährten Substanzen

- **Ropinirol:** Seit einiger Zeit gibt es von Ropinirol eine retardierte Darreichungsform -- ReQuip Modutab. Durch die relativ konstante Wirksamkeit über 24 Stunden mit einem leichten Abfall gegen Abend gelingt es vielen Patienten, besser mit der frühmorgendlichen Unbeweglichkeit zurecht zu kommen. In Paris wurden Analysen gezeigt, dass vor allem Patienten mit vorbestehenden nächtlichen Problemen eine Besserung der Schlafqualität erfahren.
- **Pramipexol:** Auch von Pramipexol wurde eine retardierte Darreichungsform in Studien untersucht (Pramipexol-ER). Es muss nur 1x täglich eingenommen werden im Vergleich zum vorhandenen Pramipexol, welches dreimal täglich eingenommen werden muss. Mit einer Marktzulassung wird in den nächsten Monaten gerechnet.

Studien mit dem Ziel einer krankheitsmodifizierenden Wirkung:

Früher wurde von neuroprotektiver Wirkung gesprochen, heute wurde dieser Begriff durch "Krankheitsmodifikation" ersetzt. Darunter versteht man einen positiven Einfluss auf den Verlauf im Sinne einer Verlangsamung des Fortschreitens der Erkrankung.

Studien laufen unter dieser Fragestellung unter anderem mit folgenden Medikamenten: Pramipexol, Q10, Kreatin, grüner Tee, Isradipine, Inosine, Cogane TM.

Neues zur Therapie vegetativer Störungen:

Zur Behandlung der Parkinson-bedingten Reizblase mit häufigem Wasserlassen, auch in der Nacht, und Dranginkontinenz laufen Studien mit den Präparaten Desmopressin und Darifenacin. Bezüglich der orthostatischen Hypotension (Schwindel beim Aufstehen durch Blutdruckabfall) wird erneut über DOPS berichtet. DOPS = Dihydroxyphenylserine oder auch Droxidopa ist ein Vorläufer von Noradrenalin und ist in Japan bereits für die Therapie bestimmter Kreislaufstörungen zugelassen.

Neue Diagnostikgeräte:

Kinesia TM (CleveMed): Im Rahmen der Diagnostik wurde ein neues Messsystem zur Tremoranalyse vorgestellt. Kabellos ist es mit diesem System möglich, das Zittern in verschiedenen Positionen darzustellen und die Ergebnisse mit Hilfe eines Computerprogrammes auszulesen. Da nicht nur Parkinson-Patienten zittern, ist ein solches Messgerät hilfreich in der Abgrenzung zum familiären Tremor (essentieller Tremor), welcher auch heute noch mit Parkinson verwechselt wird.

Neue Krankheiten:

In der Differenzialdiagnose von Parkinson-Syndromen wurde insbesondere ein neues Krankheitsbild intensiv erörtert, um dessen Erkennung und Abgrenzung von anderen Verlaufsformen in der täglichen Praxis zu erleichtern:

Perry-Syndrom

Das Perry-Syndrom ist eine seltene autosomal-dominante Erbkrankheit, welche mit Parkinson-artigen Symptomen, Depressionen, Gewichtsabnahme und Atemstörungen (Hypoventilation) einhergeht. Die Krankheit zeigt einen sehr raschen Verlauf und spricht nicht auf L-Dopa an. Die genetische Analyse hat ergeben, dass ein Protein (Eiweiß) geschädigt ist, welches eine wichtige Funktion innerhalb des Transportsystems der Zelle einnimmt.

Mutationen in einem Gen des Fettstoffwechsels könnten zu Parkinson-Erkrankungen bei jüngeren Menschen beitragen. Diese vererbte Sonderform der neurologischen Erkrankung, das familiäre juvenile Parkinson-Syndrom oder autosomal-rezessives Parkinson-Syndrom mit frühem Beginn, unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von der klassischen Form der Krankheit und trifft vor allem Patienten im Lebensalter unter 50. Bei diesen Patienten kommen Mutationen in der Bauanleitung für das Enzym Glukocerebrosidase (GBA) vor. GBA ist ein Eiweiß, welches in den Lysosomen (Bläschen mit Verdauungsaufgaben in den Zellen) von Körperzellen eine bestimmte Zuckerart in ihre Einzelteile zerlegt.

Ähnliche Veränderungen werden bei Patienten mit der Stoffwechsel-Krankheit Morbus Gaucher gefunden. Auch hier kommt es zur Anhäufung von Glukocerebrosiden. Berichtet wurde in diesem Zusammenhang über die Therapie dieser Patienten mit einem neuen Chaperon. Chaperone sind kleine, zuckerähnliche Substanzen, welche in der Lage sind, die richtige Faltung eines Enzyms zu fördern und auf diesem Weg die Aktivität des Stoffes wieder herzustellen. Die mangelhafte Wirksamkeit des Enzyms Glukocerebrosidase liegt nun wiederum darin begründet, dass sich das Enzym "nicht richtig faltet".

Bisher galt die MSA (Multisystematrophie) als rein sporadische Erkrankung. Mit 5 bis 10 Erkrankten pro 100.000 Menschen ist die MSA die häufigste Form der sogenannten "atypischen Parkinson-Syndrome". Die meisten Patienten erkranken zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Auf dem Kongress wurde darüber berichtet, dass Variationen in dem Gen für Alpha-Synuklein (SNCA) mit einem erhöhten Risiko verbunden sind, an einer MSA zu erkranken. Seit 2007 gibt es eine Überarbeitung der Diagnosekriterien für eine MSA, diese neuen Kriterien wurden vorgestellt.

Das zweithäufigste atypische Parkinson-Syndrom ist die PSP (progressiv supranukleäre Blickparese). Obgleich nicht einmal die Diagnose selbst jedem bekannt ist, gibt es in der

Zwischenzeit mehrere Unterformen mit eigenen Krankheitsbezeichnungen. Die typische PSP wird Richardson-Syndrom genannt, eine eher gutartige Verlaufsform PSP vom Parkinson-Typ. Hier ist der Verlauf langsamer und es kann auch ein typischer Parkinson-Tremor beobachtet werden. In den ersten Krankheitsjahren gibt es ein positives Ansprechen auf Parkinson-Medikamente. Als weitere Unterformen werden der PAGF-Typ (pure akinesia with gait freezing = reine Akinese mit Freezing), der CBS-Typ (corticobasales Syndrom), eine zerebelläre und eine frontale Verlaufsform unterschieden. Das typische nach Hinten fallen beim Aufstehen oder Gehen der PSP Patienten wird "Rebound Zeichen" genannt.

Insbesondere im Bereich Genetik wird nach Genotyp-Phänotyp (welche Genveränderung führt zu welchem klinischen Bild) Zuordnungen gesucht, um anhand der Klinik ein bestimmtes Symptom-Muster einer speziellen Genveränderungen zuordnen zu können.

Im Rahmen neuer Ergebnisse genetischer Studien wurden auch noch einmal die Kriterien für eine Parkinson-Demenz vorgestellt und die Unterschiede bzw. Ähnlichkeiten mit der Lewy-Körperchen-Demenz verglichen.

In diesem Zusammenhang wurden ebenso die Probleme von Impulskontrollstörungen und dem sogenannten Dopamin-Dysregulations-Syndrom sowie Möglichkeiten der Behandlung diskutiert

3. Mit James verreisen

Dr. med. Ilona Csoti und Dr. Ferenc Fornadi
(Gertrudis-Klinik Biskirchen)

Reiseratgeber für Parkinson-Patienten

Die Parkinson-Krankheit ist seit der Einführung der modernen Parkinson-Therapie vor mehr als 35 Jahren eine der am besten therapierbaren neurologischen Krankheiten.

Die maßgeschneiderte und ständig angepasste Kombinationsbehandlung ermöglicht die Erhaltung der Lebensqualität bei normaler Lebenserwartung. Wenn der Patient den ersten Diagnoseschock schnell überwindet, die Krankheit akzeptiert, aktiv bleibt und sein Leben mit der Krankheit neu einrichtet, dann steht im Allgemeinen nichts im Wege, gewohnte frühere Aktivitäten wie z.B. das Verreisen weiterhin auszuüben. Viele finden sogar erst nach dem Ausbruch der Krankheit Zeit und Lust, die Welt kennen zu lernen oder Erholung in der Ferne zu suchen.

Bei all diesen Aktionen hat der Patient jedoch einen ständigen Mitreisenden, den Parkinson oder wie viele Patienten ihn scherzhaft nennen: den „James“. (Hinweis auf den Erstbeschreiber der Krankheit, auf den englischen Arzt James Parkinson.)

In Anfangsstadium der Krankheit bei minimaler Symptomatik oder nach Einführung der medikamentösen Therapie in der so genannten „Honey moon“-Phase bei fast völliger Symptommfreiheit kann der Patient seinen diesbezüglichen Aktivitäten fast ohne jegliche Einschränkung nachkommen. Bei fortschreitender Krankheit müssen aber bei der Reiseplanung und Reisevorbereitung bzw. auch während der Reise bestimmte Besonderheiten der Parkinson-Krankheit berücksichtigt werden.

Krankheitsbedingte Probleme bei Reisen

- Stress, insbesondere Bedrängnis, räumliche Enge, große Menschenansammlungen, Zeitnot kann die Parkinson-Symptome vorübergehend deutlich verstärken.
- Auch eine körperliche Überanstrengung führt zur Symptomverstärkung.
- Infolge der Wärmeregulationsstörung der Patienten besteht eine schlechte Hitzetoleranz, sie sind bei mangelnder Flüssigkeitsaufnahme durch Überhitzung oder Austrocknung gefährdet. Extreme Kälte steigert die Muskelverspannung, den Rigor und das Zittern. Auch die Adaptation an den Klimawechsel ist erschwert.

- Die Kreislaufstabilität vieler Patienten kann durch klimatische Einflüsse (Hitze mit hoher Luftfeuchtigkeit) verstärkt werden und zum Kreislaufkollaps führen, insbesondere wenn der Betroffene an orthostatischer Hypotonie (= Blutdruckabfall beim Lagewechsel, insbesondere beim Aufstehen) leidet.
- Die allgemeine Adaptation an die Zeitumstellung ist auch erschwert, ein großer, mehrstündiger Zeitunterschied kann auch bei der Medikation Probleme aufwerfen.
- Die notwendige Umstellung der Ernährung und ein eventueller Reisedurchfall können die Wirkung der Medikamente gefährlich abschwächen.
- Eine erhöhte Fallneigung kann die Patienten im Straßenverkehr oder bei Geländeausflügen vermehrt gefährden.
- Die plötzlichen Schwankungen der Medikamentenwirkung (On-Off-Phasen) können den Patienten während der Reise in eine erhebliche Zwangslage bringen.
- Eine begleitende dementielle Entwicklung des Patienten birgt die Gefahr einer psychotischen Entgleisung während der Reise in sich.

Es ist zur Vermeidung größerer Schwierigkeiten nachdrücklich zu empfehlen, die Reise dem aktuellen Krankheitszustand anzupassen, wobei es erwähnt werden muss, dass viele Patienten bei guter Vorbereitung und angepasstem Verhalten auch Reisen in ferne Länder, in ungewohnte Klimazonen ohne Schwierigkeiten unternehmen.

Reiseziele

Das Reiseziel wird einerseits durch die individuellen Vorlieben und Wünsche, andererseits durch die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit bestimmt. Das Wiederholen früherer Reisen und Erholungsaufenthalte ist sicherlich vorteilhaft, wobei allerdings nicht vergessen werden darf, dass die damalige körperliche Leistung krankheitsbedingt nicht mehr erreicht werden kann. Aufenthalte für mehrere Tage an dem selben Ort bieten gute Erholung und bedeuten weniger Stress. Ebenso sind Schiffsreisen (bei gutem Wetter!) eher stressfrei und geben durch die Erholungstage auf See zwischen den Landausflügen ausreichend Gelegenheit für die körperliche Regenerierung. Auch Flussreisen (Donau, Rhein) werden von Parkinson-Patienten als angenehm empfunden, Reisebüros bieten sogar medizinisch begleitete Schifffahrten zwischen Passau und dem Eisernen Tor auf der Donau an. Auch geführte Busreisen im klimatisierten Reisebus ohne Hektik (keine „Deutschland in 3 Tagen“- Reise) sind empfehlenswert.

Fernere Reiseziele können nur per Flugzeug erreicht werden, aber auch innerhalb Europas kann ein 2-stündiger Flug weniger belastend sein als eine 12-stündige Bahn- oder Autofahrt. Bei längerer Anreise mit dem eigenen Auto, wenn der Patient in der Lage ist, selbst zu fahren, ist die richtige Routenplanung mit kürzeren Fahrtstrecken und längeren Ruhepausen von großer Bedeutung. Ein Auto mit Klimaanlage erleichtert die Anreise, besonders in den heißen Sommermonaten.

Auch die Jahreszeit spielt bei der Auswahl der Reiseziele eine wichtige Rolle. Tropische Klimazonen sollten nicht in der wärmsten Jahreszeit aufgesucht werden, andererseits ist eine Reise ins wohlige Klima der spanischen Inseln, wenn bei uns winterliche Verhältnisse herrschen, erholsam.

Je fortgeschrittener die Krankheit wird und je stärker die körperlichen Symptome werden, desto weniger wird man exotische Ziele mit großem Zeitunterschied und drastischer klimatischer Umstellung wählen. Die Zunahme der Symptomatik schließt aber nicht aus, dass Patienten, die auf Gehhilfen oder auf einen Rollstuhl angewiesen sind, nicht verreisen dürfen. In diesem Falle ist aber zu empfehlen, nicht ohne Begleitung zu reisen.

Besonders zu erwähnen ist das so genannte Reizklima am Meer oder im Hochgebirge. Ältere Lehrbücher schreiben bezüglich der Parkinson-Krankheit, dass das Reizklima für Parkinson-Patienten ungünstig sei. Diese Empfehlung stammt aus einer Zeit nach dem ersten Weltkrieg, in der die meisten Parkinson-Patienten eine besondere Form der Erkrankung hatten. Diese Krankheit mit schweren vegetativen Symptomen war Folge einer Gehirnentzündung, der so genannten „spanischen Epidemie“. Mindestens seit der Eröffnung einer Parkinson-Abteilung im

Hochseeklima auf Helgoland wissen wir aber, dass diese Einschränkung für die meisten Parkinson-Patienten nicht gilt.

Bei Reisen von Parkinson-Patienten, die eine fortgeschrittene dementielle Entwicklung haben und zur Verwirrtheit neigen, ist Vorsicht geboten. Diese Patienten dürfen selbstverständlich nie alleine, ohne gut bekannte Bezugspersonen reisen, aber auch die Auswahl der Reiseziele ist besonders wichtig. Neben der sehr eingeschränkten körperlichen und psychischen Belastbarkeit ist auch die Tatsache zu berücksichtigen, dass schon der reisebedingte Stress aber insbesondere der Milieuwechsel eine akute Verschlechterung des psychischen Zustandes mit sich bringen kann. Für solche Patienten kommt eine Reise in eine von früher gut bekannte Umgebung mit wenig Stress in Frage.

Reisevorbereitung

- Voraussetzung der gut gelungenen Reise eines Parkinsonpatienten ist die richtige Reiseplanung und Vorbereitung.
- Wenn die Reisezeit fest steht, sollte rechtzeitig ein Besuch beim behandelnden Neurologen erfolgen. Er kann auch bezüglich des geplanten Reiseziels seine Meinung äußern und den Patienten auf Besonderheiten der geplanten Reise hinweisen.
- Mit dem Arzt sollte die Einnahme der Medikation während der An- und der Rückreise und auch während des Aufenthaltes besprochen werden. Dies ist besonders bei Flugreisen wichtig, wenn das Reiseziel mit einer erheblichen Zeitverschiebung verbunden ist. Eventuell muss die Medikation während des Fluges auch in der Nacht weiter genommen werden.
- Wenn neben der Parkinson-Krankheit auch andere z.B. internistische Krankheiten bestehen, sollten auch die anderen behandelnden Ärzte um Rat gefragt werden! Häufig ist nicht die Parkinson-Krankheit, sondern z.B. eine bestehende Herzerkrankung der einschränkende Faktor bei der Reise.
- In einigen Ländern wird bei Einfuhr von Medikamenten an der Grenze eine ärztliche Bescheinigung verlangt. Die behandelnden Ärzte können solche Bescheinigungen (möglichst in englischer Sprache) ausstellen, mit den Diagnosen und mit der notwendigen Menge der Medikamente. Die Botschaften und die Reisebüros können Auskunft erteilen, ob der Reisende für das Reiseland eine solche Bescheinigung benötigt.
- Für die ganze Dauer der Reise sollte man mehr als ausreichend Medikamente aus Deutschland mitnehmen. Es ist gar nicht sicher, dass man im Zielland die notwendigen Medikamente bekommen kann. Die Medikamente sollen lieber im Handgepäck verstaut sein, nicht im aufgegebenen Koffer. Wie oft landet das Gepäck sogar auf einem anderen Kontinent! Der Ausfall der Medikation kann in kürzester Zeit zu erheblichen gesundheitlichen Komplikationen führen, deswegen sollte man auch eine Notfallration separat mitführen.
- Für den Fall, dass man im Reiseland doch Medikamente kaufen muss, kann der Apotheker Auskunft geben, auf welchen Namen Ihre Medikamente im Reiseland erhältlich sind. Häufig hilft auch der Wirkstoffname weiter. Auch der Wirkstoffgehalt in mg ist wichtig!
- Mit dem Arzt sollte auch geklärt werden, was zu tun ist, wenn während der Reise gesundheitliche Probleme auftreten. Leider können wir nicht immer damit rechnen, dass die gesundheitliche Versorgung in jedem Land ähnlich ist wie zu Hause. Hinzu kommen häufig noch die Sprachschwierigkeiten. Zu klären ist auch, was neben den Parkinsonmitteln und anderen regelmäßig genommenen Medikamenten zusätzlich in die Reiseapotheke gehört. So z.B.: Was soll eingenommen werden, wenn einem übel wird? (Keine Metoclopramid-haltigen Medikamente sondern Domperidon, wegen Gefahr der akuten Verschlechterung der Parkinson-Symptome!), Was ist zu tun bei einem Reisedurchfall? (Kohle-Kompressen, Imodium, eventuell Antibiotikum, mindestens 3 Liter Flüssigkeit und daran denken, dass infolge des Durchfalls Austrocknung droht und auch die Wirkung der Antiparkinson-Mittel abgeschwächt ist!)
- Besprechen sollte der Patient mit dem behandelnden Arzt auch den Fall, wenn sich aus irgendeinem Grund die Parkinson-Symptomatik verschlechtern sollte. Wie sollte die Medikation geändert werden, was sollte man eventuell zusätzlich nehmen.

- Der Arzt kann auch darüber Auskunft geben, ob die notwendigen Medikamente im Reiseland zu stärkeren Nebenwirkungen führen können, z.B. Sonnenallergie, Wasseransammlung, verstärkte Austrocknung usw.
- Für die Reise sollte der Parkinson-Ausweis, der Narkose-Anhänger, die Narkose-Broschüre der dPV und ein Zettel mit den wichtigsten Krankheiten, möglichst mit den lateinischen Namen der Krankheiten, mitgenommen werden.
- Eine Information über deutsch sprechende Ärzte und medizinische Einrichtungen im Reiseland ist oft hilfreich. Auch die Reiseunternehmen haben solche Informationen.
- Bei Bahn- oder Flugreisen gibt es häufig besondere Hilfen für kranke Menschen. Der Reiseveranstalter oder das Reisebüro kann solche Hilfen organisieren.
- Wichtig ist auch die Mitnahme geeigneter Kleidung. Für das warme, feuchte Klima ist durchlässige, leichte Kleidung geeignet, möglichst ohne Kunststofffaser. Kopfbedeckung und Sonnenschutz sind unbedingt notwendig! Wegen der starken Schweißbildung ist noch häufigerer Wechsel der Kleidung notwendig als zu Hause! Für kältere Klimazonen ist ausreichend warme, mehrschichtige Kleidung erforderlich. Die Wärmeempfindung von Parkinson-Patienten ist häufig gestört, infolge dessen droht Erkältungsgefahr!
- Die Planung der Reiseroute sollte sorgfältig geschehen, ohne Zeitnot, mit Ruhetagen.
- Insbesondere bei starker Zeitverschiebung sollte nach der Ankunft am Reiseziel aber auch nach der Rückreise genügend Zeit (1-2 Tage) für die Akkommodation eingeplant werden. Es ist zweckmäßig, sich nach der Ankunft an der Ortszeit zu orientieren.

Im Reiseland

- Genügend Zeit ohne Hektik, ausreichend lange Ruhepausen sind wichtige Voraussetzungen der gut gelungenen Reise.
- Die ungewohnte, häufig scharfe Nahrung, die anderen Essenszeiten, die mangelnde Hygiene kann schnell zu Magenverstimmung und Durchfall führen. Diese beeinflussen auch die Aufnahme der Medikamente und schwächen dadurch deren Wirkung ab. Dies kann zu krisenhafter Verschlechterung der Parkinson-Krankheit führen und ist deshalb sehr ernst zu nehmen.
- Besonders wichtig ist die Trinkwasserhygiene. Man sollte in den Ländern, wo solche Probleme bekannt sind, nur aus industriell verschlossenen Flaschen trinken und auf die sonst so beliebten Eiswürfel verzichten. Auch Obst auf der Straße ist häufig Ursache des Reisedurchfalls!
- Auch ohne Durchfall können die Hitze und das vermehrte Schwitzen zu einer schnellen Austrocknung führen. Deswegen die Empfehlung: ca. 3 Liter Flüssigkeit pro Tag zu trinken!
- Einige Medikamente (z.B. die so genannten Anticholinergika) können die Schweißsekretion hemmen. In solchen Fällen kann die Hitze zu einer Überhitzung des Körpers führen (Hyperthermie, Hitzeschlag). Sonnenschutz, Aufhalten auf schattigen Plätzen, Hotel mit Klimaanlage, Kühlung, Eisbeutel können vorbeugend bzw. hilfreich sein. In schweren Fällen ist sofortige ärztliche Hilfe (Krankenhaus) notwendig.
- Auch im Reiseland darf nicht vergessen werden, dass die gleichzeitige Einnahme von L-Dopa und eiweißreicher Nahrung die Wirkung des Medikaments aufheben kann
- Die körperlichen Anstrengungen sollen dem aktuellen Krankheitszustand und den klimatischen Verhältnissen des Reiselandes angepasst werden. Je wärmer das Wetter und je höher die Luftfeuchtigkeit ist, desto kleiner die Leistungsfähigkeit der Parkinson-Patienten. In sehr warmen Ländern empfiehlt sich, die heißesten Stunden des Tages im kühlen Hotelzimmer zu verbringen. Andererseits kann Kälte das Zittern und die Steifheit deutlich verstärken.
- Eventuelle sportliche Aktivitäten sollten dem aktuellen Krankheitszustand angepasst werden und nicht zur Überanstrengung oder Gefährdung führen.

Das sorgfältig ausgesuchte Reiseziel, die gute Reiseplanung und die dem Krankheitsbild angepasste Aktivität während der Reise trägt viel dazu bei, dass der Parkinson-Patient seine Lebensqualität erhalten kann.

Reiseinformationen zu einzelnen Ländern finden Sie unter <http://www.fit-for-travel.de>.

4. DPG und DGN warnen vor Parkinson-Therapie mit adulten Stammzellen

Die Deutsche Parkinson Gesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie warnen vor einer Parkinson-Therapie mit adulten Stammzellen. Die Pressemitteilung können Sie unter

<http://www.dgn.org/pressemitteilung-23.06.2009.html>

lesen.

Für Sie gelesen unter www.kompetenznetz-parkinson.de:

Dr. Fornadi.

Impressum

Herausgeber: GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Vertreten durch die GlaxoSmithKline Verwaltungs GmbH, Luxemburg

Geschäftsführer: Dr. Cameron Marshall (Vors.), Jean Vanpol, Pamela Somerset, Georges Dassonville

Anschrift: Theresienhöhe 11
D-80339 München
Germany
Tel. +49 (0) 89 360 44-0
Fax +49 (0) 89 360 44-8000

Internet: www.glaxosmithkline.de

Diesen Newsletter können Sie kostenlos per E-Mail abonnieren. Melden Sie sich an unter www.parkinson-web.de. Der Newsletter wird Ihnen regelmäßig einmal im Monat zugesandt und informiert Sie über aktuelle Nachrichten und Neuigkeiten von www.parkinson-web.de.