

Parkinson ist mehr als Zittern

Moderne Therapien und mehr Lebensqualität im Alltag

Dr. med. Sirous Javidi — Facharzt für Neurologie, Schlafmedizin und Epileptologie

Medizinischer Leiter Hephata-MVZ Schwalmstadt-Treysa

Arzt-Patienten-Seminar · 1. September 2026 · Hephata-Klinik Treysa

Was Sie heute erwartet

1

Die Krankheit verstehen

Was im Gehirn passiert, wie Parkinson entsteht, wie die Diagnose gestellt wird und was sie nicht bedeutet.

2

Mehr als Zittern

Bewegung, Schlaf, Stimmung, Denken, Verdauung — die Begleitsymptome und warum sie zur Krankheit gehören.

3

Therapien

Medikamente, Bewegung und Therapieteam, tiefe Hirnstimulation und Pumpen — was heute möglich ist.

4

Leben mit Parkinson

Ernährung, Sexualität, Alltag, Autofahren, Angehörige, Hilfen — und ein realistischer Blick auf die Forschung.

Vier Botschaften für heute

Behandelbar, auch ohne Heilung

Parkinson ist nicht heilbar. Aber es ist eine der am besten behandelbaren neurologischen Erkrankungen — bei kaum einer anderen wirken Medikamente so deutlich.

Jeder Verlauf ist anders

Was Sie über einen anderen Betroffenen gehört haben, sagt über Ihren eigenen Verlauf wenig aus. Prognosen im Einzelfall sind nicht seriös möglich.

Bewegung ist Therapie

Kein Medikament ersetzt regelmäßiges, ausreichend anstrengendes Training. Es ist der Teil der Behandlung, den Sie selbst in der Hand haben.

Begleitsymptome ansprechen

Schlaf, Stimmung, Verdauung, Sexualität: Fast alle Betroffenen haben solche Beschwerden, und die meisten sind behandelbar. Sie müssen sie nur benennen.

Von 1817 bis heute

1817

James Parkinson beschreibt in London sechs Fälle einer „Schüttellähmung“ — Zittern, gebeugte Haltung, kleiner Schritt.

1912–1919

Friedrich Lewy findet die Eiweißklümpchen in den Nervenzellen, Konstantin Tretiakoff die betroffene Hirnregion.

1957–1960

Arvid Carlsson erkennt Dopamin als Botenstoff, Oleh Hornykiewicz den Dopaminmangel im Gehirn Verstorbener.

1961 · 1967

Erste Levodopa-Gabe in Wien; George Cotzias macht daraus die Tablettentherapie, die bis heute Standard ist.

1987

Alim-Louis Benabid entwickelt in Grenoble die tiefe Hirnstimulation mit hochfrequenten Impulsen.

1997

Alpha-Synuclein wird als Baustein der Lewy-Körper erkannt — die Grundlage der heutigen Therapieforschung.

Welt-Parkinson-Tag ist der 11. April — der Geburtstag von James Parkinson. Symbol ist seit 2005 die rote Tulpe.

Wie häufig ist Parkinson?

250.000–400.000

Menschen in Deutschland — je nach
Zählweise

1,4 %

der Menschen über 65 Jahre sind
betroffen

11,9 → 25 Mio.

weltweit 2021, geschätzt für 2050

Warum die Zahl schwankt: Krankenkassen-Abrechnungsdaten ergeben knapp 400.000, methodisch bereinigte Auswertungen etwa 295.000 (Robert Koch-Institut, 2025). Eine echte Bevölkerungsstudie gibt es in Deutschland nicht.

Alter: Etwa 95 Prozent der Betroffenen sind 60 Jahre oder älter; rund jeder Zehnte erkrankt vor dem 50. Lebensjahr. Männer und Frauen sind in den deutschen Daten etwa gleich häufig betroffen.

Was passiert im Gehirn?

Die schwarze Substanz: Tief im Mittelhirn liegt ein kleiner Kern, die Substantia nigra. Dort liegen die Nervenzellen, die den Botenstoff Dopamin herstellen.

Dopamin ist der Taktgeber: Dopamin sorgt dafür, dass Bewegungen automatisch, flüssig und im richtigen Ausmaß ablaufen — Gehen, Schlucken, Mimik, Handschrift.

Symptome erst spät: Bei den ersten Beschwerden ist bereits mehr als die Hälfte dieser Zellen verloren. Das Gehirn kompensiert den Mangel jahrelang.

Nicht Ihre Schuld: Warum diese Zellen absterben, ist nicht vollständig geklärt. Es ist keine Folge von Lebensführung, Charakter oder Willensstärke.



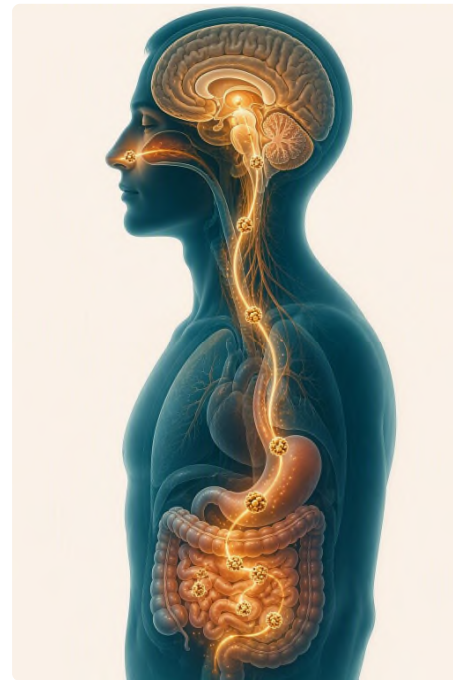
Warum Parkinson nicht im Kopf beginnt

Ein Eiweiß verklumpt: Im Zentrum steht das Eiweiß Alpha-Synuclein. Es faltet sich falsch und lagert sich in Nervenzellen ab — als sogenannte Lewy-Körper.

Ausbreitung von unten nach oben: Nach dem heute gängigen Modell beginnt die Veränderung in der Riehbahn und im Nervensystem des Darms, wandert über den Hirnstamm ins Mittelhirn und erreicht erst spät die Großhirnrinde.

Das erklärt die Frühzeichen: Riechverlust, Verstopfung und Traumausagieren im Schlaf treten oft Jahre vor der ersten Steifigkeit auf — weil die zuständigen Gebiete zuerst betroffen sind.

Ein Modell, kein Naturgesetz: Nicht jeder Verlauf folgt diesem Weg. Es erklärt aber gut, warum Parkinson mehr als eine Bewegungskrankheit ist.



Die Frühphase: Zeichen Jahre vorher

Traumausagieren: Um sich schlagen, sprechen, aus dem Bett fallen im Traum (REM-Schlaf-Verhaltensstörung) ist das stärkste bekannte Frühzeichen: rund 60 von 100 Betroffenen entwickeln innerhalb von zehn Jahren Parkinson oder eine verwandte Erkrankung.

Riechverlust: Etwa drei Viertel der Parkinson-Betroffenen riechen schlechter, oft schon lange vor der Diagnose.

Verstopfung und gedrückte Stimmung: Beides ist häufig ein Frühzeichen — und wird fast immer anders erklärt.

Was Früherkennung heute kann: Sie kann bei Verdacht Klarheit schaffen. Einen sinnvollen Test für gesunde Menschen gibt es nicht, weil es noch keine Behandlung gibt, die den Ausbruch verhindert.



Ursachen und Einflussfaktoren

Das Alter: Der mit Abstand stärkste Risikofaktor. Alles andere ist im Vergleich klein.

Umwelt: Für Pestizide, chlorierte Lösungsmittel wie Trichlorethylen, Feinstaub und schwere Kopfverletzungen gibt es Hinweise auf ein erhöhtes Risiko. Belastbare Zahlen für den Einzelfall gibt es nicht.

Was mit niedrigerem Risiko einhergeht: Rauchen, Kaffee und körperliche Aktivität sind in Studien mit weniger Parkinson verbunden. Das ist eine Beobachtung, kein Schutz — und Rauchen ist niemals eine Empfehlung.

Der Einzelfall bleibt offen: Bei den meisten Betroffenen lässt sich keine Ursache benennen. Die Frage „Woran lag es?“ hat meist keine ehrliche Antwort.

HÖHERES RISIKO



Pestizide



Lösungsmittel



Feinstaub



Kopfverletzung

NIEDRIGERES RISIKO



Kaffee



Körperliche Aktivität

Beobachtungen aus Studien, kein Schutzversprechen. Stärkster Risikofaktor bleibt das Alter.

Ist Parkinson erblich?

Meist nicht: Bei etwa 5 bis 10 von 100 Betroffenen liegt eine einzelne krankheitsverursachende Genveränderung vor. Die große Mehrheit hat keine familiäre Form.

Die bekanntesten Gene: LRRK2 betrifft 1 bis 2 Prozent aller Betroffenen; Veränderungen im PRKN-Gen finden sich vor allem bei früh Erkrankten; GBA1 ist ein Risikofaktor, keine Ursache.

Genveränderung erben heißt nicht erkranken: Auch wer eine Variante trägt, erkrankt häufig nicht. Bei GBA1 entwickeln nur etwa 20 bis 30 von 100 Trägern bis zum 80. Lebensjahr Parkinson.

Wann ein Gentest sinnvoll ist: Laut Leitlinie bei Erkrankungsbeginn vor dem 50. Lebensjahr oder mehreren Betroffenen in der Familie — und immer erst nach Beratung. Ein allgemeines Gen-Screening ist nicht empfohlen.



Die Hauptsymptome

Verlangsamung: Bewegungsverlangsamung (Bradykinese) ist das Pflichtsymptom: kleiner werdende Schritte, kleine Handschrift, weniger Mimik, leisere Stimme, verminderter Armschwung.

Steifigkeit: Muskelsteife (Rigor) mit Schmerzen in Schulter, Nacken oder Rücken — häufig die erste Beschwerde und oft zunächst als Verschleiß gedeutet.

Zittern: Der typische Ruhetremor tritt auf, wenn die Hand entspannt liegt, und lässt bei Bewegung nach. Manche Betroffene zittern nie — Parkinson ohne Zittern ist keine Seltenheit.

Gleichgewicht: Unsicherheit und Sturzneigung gehören zum späteren Verlauf. Treten sie sehr früh auf, muss man an andere Erkrankungen denken.

DIE HAUPTSYMPTOME



Verlangsamung

Bradykinese: kleine Schritte, wenig Mimik



Steifigkeit

Rigor: Schmerz in Schulter und Nacken



Zittern

Ruhetremor, lässt bei Bewegung nach



Gleichgewicht

Unsicherheit im späteren Verlauf

Parkinson ohne Zittern ist keine Seltenheit.

Wie die Diagnose gestellt wird

Durch Untersuchung, nicht durch Apparate: Die Diagnose wird klinisch gestellt: Krankengeschichte und neurologische Untersuchung nach international festgelegten Kriterien. Deren Treffsicherheit liegt bei etwa 90 Prozent.

Das Ansprechen auf Medikamente: Eine deutliche Besserung durch Levodopa stützt die Diagnose. Sie wird über die Zeit sicherer, nicht unsicherer.

Bildgebung zur Abgrenzung: Eine Kernspinaufnahme des Kopfes gehört früh dazu. Bei Unklarheit hilft eine nuklearmedizinische Untersuchung (DAT-SPECT), die den Dopaminmangel sichtbar macht.

Was es noch nicht gibt: Einen Bluttest für die Routine gibt es nicht. Neue Nachweisverfahren für Alpha-Synuclein sind in Studien sehr treffsicher, aber noch keine Regelversorgung.

WEG ZUR DIAGNOSE



1 Anamnese und Untersuchung

klinische Kriterien, rund 90 % Treffsicherheit



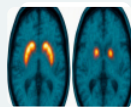
2 Ansprechen auf Levodopa

deutliche Besserung stützt die Diagnose



3 MRT des Kopfes

früh, zur Abgrenzung anderer Ursachen



4 DAT-SPECT bei Unklarheit

macht den Dopaminmangel sichtbar

Noch keine Routine: Bluttest und Alpha-Synuclein-Nachweis nur in Studien.

Vier Gruppen von Parkinson-Syndromen

Idiopathische Parkinson-Krankheit

Die klassische Form und mit Abstand die häufigste. „Idiopathisch“ heißt: ohne fassbare äußere Ursache. Sie ist gemeint, wenn von „Parkinson“ gesprochen wird — und um sie geht es heute überwiegend.

Genetische Formen

Etwa 5 bis 10 von 100 Betroffenen. Ausgelöst durch eine vererbte Genveränderung, zum Beispiel LRRK2 oder Parkin. Häufiger bei Erkrankungsbeginn vor dem 50. Lebensjahr.

Atypische Parkinson-Syndrome

Auch „Parkinson-Plus“: MSA, PSP, Lewy-Körper-Demenz. Weitere neurologische Beschwerden kommen früh hinzu, der Verlauf ist rascher, Levodopa wirkt schlechter.

Sekundäre Parkinson-Syndrome

Von außen ausgelöst — durch Medikamente, Durchblutungsstörungen oder Giftstoffe. Wird die Ursache behoben, bilden sich die Beschwerden oft ganz oder teilweise zurück.

Nicht jedes Zittern ist Parkinson

Essentieller Tremor: Häufiger als Parkinson. Das Zittern tritt beim Halten und bei Bewegung auf, meist beidseits, oft familiär gehäuft — und ohne Verlangsamung.

Medikamentenbedingt: Bestimmte Mittel gegen Übelkeit (Metoclopramid) und Antipsychotika können ein Parkinson-Syndrom auslösen. Es bildet sich nach dem Absetzen oft zurück.

Andere Ursachen: Durchblutungsstörungen im Gehirn oder ein Nervenwasser-Überdruck (Normaldruckhydrozephalus mit Gangstörung, Blasenschwäche und Gedächtnisproblemen) können ähnlich aussehen — Letzterer ist operativ behandelbar.

Warnzeichen: Stürze schon im ersten Jahr, sehr früh Blutdruckabfall oder Blasenstörung, fehlendes Ansprechen auf Levodopa, rasche Verschlechterung — dann muss die Diagnose neu geprüft werden.



Drei Verlaufstypen der Parkinson-Krankheit

Tremordominanter Typ

Im Vordergrund steht das Zittern in Ruhe, oft an einer Hand. Steifigkeit und Verlangsamung sind geringer ausgeprägt. Dieser Typ verläuft im Mittel langsamer und günstiger.

Akinetisch-rigider Typ

Bewegungsarmut und Muskelsteife bestimmen das Bild, Zittern fehlt oft ganz. Gehen, Aufstehen und Gleichgewicht sind früher betroffen — Physiotherapie ist hier besonders wichtig.

Äquivalenztyp (Mischtyp)

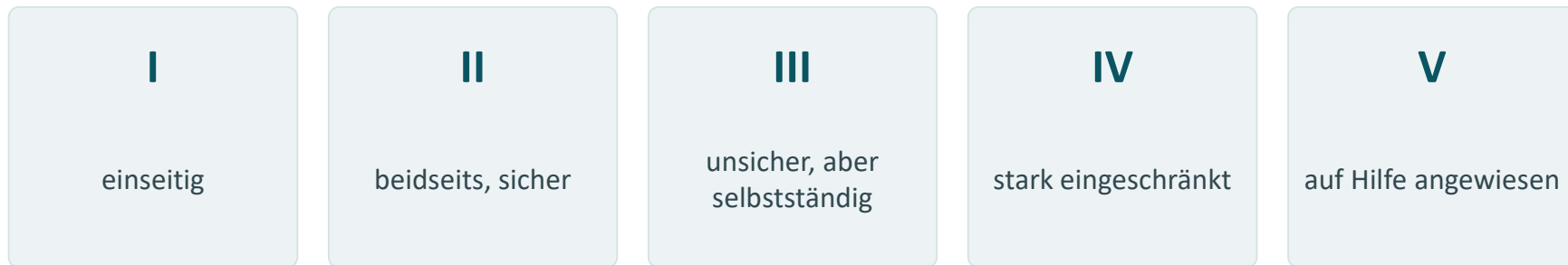
Zittern, Steifigkeit und Verlangsamung sind etwa gleich stark. Die häufigste Konstellation im Alltag — und die, die am ehesten eine fein abgestimmte Kombination verlangt.

Wichtig: Der Typ kann sich im Verlauf verschieben, und er sagt nichts über den Wert einer Behandlung aus — er hilft nur, Schwerpunkte zu setzen: mehr Medikament, mehr Bewegungstherapie oder beides.

Vergleich der Symptomprofile

Merkmal	Tremordominant	Akinetisch-rigide	Äquivalenztyp
Was im Vordergrund steht	Zittern in Ruhe, meist an einer Hand beginnend	Bewegungsarmut und Muskelsteife	Alle drei Kernsymptome etwa gleich stark
Muskelsteife	Leicht bis mäßig	Deutlich, oft ruckartig beim Bewegen des Arms	Mäßig bis deutlich
Was im Alltag stört	Feinmotorik: Schreiben, Knöpfe, Besteck, Blick von anderen	Gehen, Aufstehen, Umdrehen im Bett, Gleichgewicht	Wechselnd, je nach Tagesform
Verlauf	Im Mittel langsamer	Früher Gang- und Gleichgewichtsprobleme	Dazwischen
Schwerpunkt der Behandlung	Medikamente; bei starkem Zittern kommt die Hirnstimulation gut in Frage	Früh Physiotherapie, Gangtraining, Sturzprophylaxe	Kombination, regelmäßig nachjustieren

Verlauf: was realistisch zu erwarten ist



Kein Zeitplan: Diese Stadien beschreiben Schweregrade, keine Jahreszahlen. Manche Betroffene bleiben über zehn Jahre im Stadium I bis II. Ein tremordominanter Verlauf ist im Durchschnitt langsamer.

Wirkungsschwankungen: Etwa ein Drittel der Betroffenen erlebt nach vier bis sechs Jahren, dass die Medikamentenwirkung ungleichmäßig wird. Ältere Zahlen von 90 Prozent stammen aus einer Zeit mit deutlich höherer Dosierung.

Lebenserwartung: Sie ist gegenüber Gleichaltrigen leicht verkürzt, aber nicht dramatisch. Parkinson ist keine Erkrankung mit kurzer Frist.

Begleitsymptome gehören zur Krankheit

98,6 %

haben mindestens ein Begleitsymptom

rund 8

Begleitsymptome gleichzeitig im Mittel

75 %

riechen schlechter

58 %

leiden unter Erschöpfung

50 %

haben Verstopfung

37 %

entwickeln eine Depression

Diese Beschwerden sind neurologisch, nicht „psychisch“ — und die meisten sind behandelbar.

Antrieb, Stimmung und Angst

Antriebsmangel ist nicht Faulheit: Bei etwa jedem fünften Betroffenen fehlt der Antrieb (Apathie), ohne dass Traurigkeit besteht: Interessen versanden, aber die Stimmung ist nicht gedrückt. Das ist ein eigenes Symptom.

Depression: Rund 37 von 100 Betroffenen entwickeln eine Depression — deutlich häufiger als Gleichaltrige. Sie ist behandelbar und keine verständliche Reaktion, die man aushalten muss.

Angst: Etwa 40 Prozent leiden unter Angst; manche erleben Angst und innere Unruhe vor allem dann, wenn die Medikamentenwirkung nachlässt.

Was hilft: Zuerst wird die Parkinson-Therapie optimiert. Dann kommen wirksame Antidepressiva wie Venlafaxin, Citalopram oder Sertralin in Frage, dazu Psychotherapie und Bewegung.



Denken, Gedächtnis, Halluzinationen

Langsamer denken ist nicht Demenz: Viele Betroffene brauchen länger, um zu antworten oder umzuschalten. Das Wissen ist da, der Zugriff dauert. Angehörige sollten Zeit lassen, nicht ergänzen.

Leichte kognitive Störung: Etwa jeder Vierte hat bereits bei Diagnosestellung messbare Einschränkungen von Aufmerksamkeit oder Planung, ohne im Alltag wesentlich beeinträchtigt zu sein.

Demenz ist nicht das Schicksal aller: Die Studienlage ist widersprüchlich: In einer Langzeituntersuchung waren nach 20 Jahren die meisten Überlebenden betroffen, in einer anderen nur etwa jeder Fünfte. Unvermeidlich ist es nicht.

Halluzinationen: Sie sind meist behandelbar. Zuerst sucht man Auslöser: Infekt, Flüssigkeitsmangel, neue Medikamente. Klassische Antipsychotika sind schädlich; geeignet sind Clozapin und, mit Einschränkungen, Quetiapin. Bei Demenz ist Rivastigmin belegt.



Schlaf: der unterschätzte Faktor

Ein- und Durchschlafstörungen: Rund 40 von 100 Betroffenen schlafen schlecht. Ursachen sind oft mechanisch: nächtliche Steifigkeit, Schmerzen, Schwierigkeiten beim Umdrehen, häufiges Wasserlassen.

Traumausagieren: Ein Viertel bis ein Drittel der Betroffenen agiert Träume aus. Wichtigste Maßnahme ist eine sichere Schlafumgebung; Melatonin oder Clonazepam können erwogen werden.

Unruhige Beine: Etwa 16 Prozent haben ein Restless-Legs-Syndrom mit Bewegungsdrang am Abend — behandelbar.

Tagesschläfrigkeit: Ein Viertel bis ein Drittel ist tagsüber auffällig müde. Das kann an der Krankheit, am Schlaf oder an den Medikamenten liegen — und ist beim Autofahren ein Sicherheitsthema.



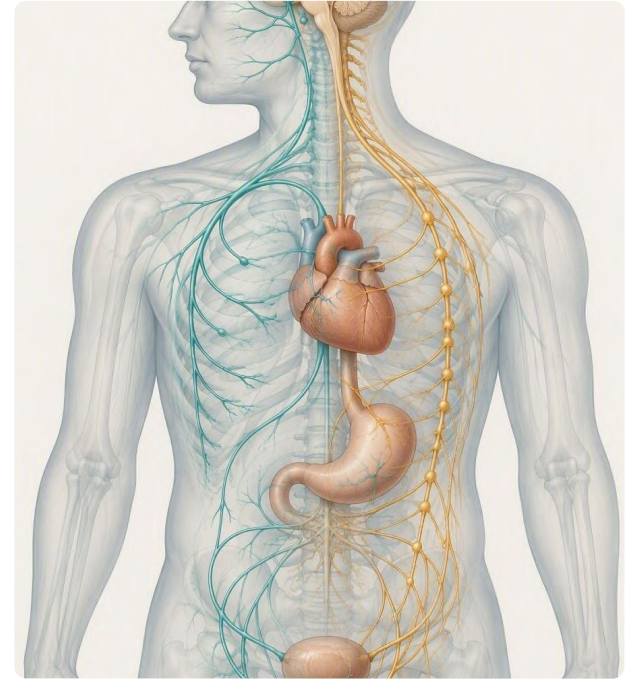
Wenn der innere Autopilot streikt

Verdauung: Verstopfung betrifft bis zu zwei Drittel der Betroffenen und beginnt oft Jahre vor der Diagnose. Sie ist behandelbar — und sie beeinflusst, wie gut die Medikamente aufgenommen werden.

Blase und Blutdruck: Häufiger Harndrang, nächtliches Wasserlassen bei etwa einem Drittel; Blutdruckabfall beim Aufstehen bei etwa 30 Prozent — eine häufige, oft übersehene Sturzursache.

Speichel, Schwitzen, Schmerz: Speichelfluss bei rund 30 Prozent, Schweißattacken, Muskel- und Gelenkschmerzen, Erschöpfung bei fast 60 Prozent.

Schlucken: Bis zu 80 Prozent haben im Verlauf eine Schluckstörung — und die meisten merken sie selbst nicht. Verschlucken ist die häufigste Ursache lebensbedrohlicher Lungenentzündungen. Logopädie früh einbeziehen.



Fünf Minuten Pause

Aufstehen, bewegen, etwas trinken.

Danach Teil 3: was heute therapeutisch möglich ist.

Therapieziel und Levodopa

Das Ziel: Wir ersetzen den fehlenden Botenstoff. Das lindert die Symptome sehr wirksam, hält aber den Verlauf nicht auf. Ziel ist Beweglichkeit und Lebensqualität.

Levodopa: Die wirksamste Substanz. Sie wird im Gehirn zu Dopamin umgebaut und immer mit einem Zusatzstoff kombiniert, der den Abbau im Körper bremst und Übelkeit verhindert.

Aufsparen ist widerlegt: Die frühere Regel, Levodopa möglichst lange zurückzuhalten, ist durch Studien überholt. Behandelt wird, wenn Beschwerden den Alltag beeinträchtigen — nicht nach Kalender.

Einnahme entscheidet mit: 30 bis 60 Minuten vor oder 60 bis 90 Minuten nach eiweißreichen Mahlzeiten einnehmen; fettreiches Essen verzögert die Aufnahme zusätzlich. Eisenpräparate mit Abstand nehmen. Retardformen gehören laut Leitlinie in die Nacht, nicht in den Tag.



Die weiteren Bausteine

Dopaminagonisten: Wirken direkt am Dopamin-Empfänger, als Tablette oder Pflaster. Vor allem bei biologisch jüngeren Betroffenen eine Option der ersten Wahl — mit Nebenwirkungen, die man kennen muss (nächste Folie).

MAO-B-Hemmer: Rasagilin, Selegilin, Safinamid bremsen den Abbau des vorhandenen Dopamins. Mild wirksam, gut verträglich, einmal täglich.

COMT-Hemmer: Entacapon und Opicapon verlängern die Wirkdauer jeder Levodopa-Dosis — hilfreich, wenn die Wirkung zu früh nachlässt.

Amantadin und Altlasten: Amantadin dämpft Überbewegungen. Anticholinergika und Budipin werden wegen ihres Nebenwirkungsprofils nicht mehr empfohlen — wer sie noch nimmt, sollte das besprechen.



Nebenwirkungen, die man kennen muss

Impulskontrollstörungen: Unter Dopaminagonisten entwickeln 17 von 100 Betroffenen ein zwanghaftes Verhalten: Kaufen, Glücksspiel, Essattacken, gesteigertes sexuelles Verlangen — auch stundenlanges zweckfreies Sortieren oder Basteln (Punding). Ohne Agonist sind es 7 von 100.

Es ist eine Nebenwirkung: Kein Charakterwandel und keine Willensschwäche. Betroffene erzählen selten davon — Angehörige sollten freundlich, aber direkt fragen, und der Neurologe muss davon erfahren.

Plötzliche Einschlafattacken: Sie können ohne Vorwarnung auftreten. Wer sie erlebt hat, darf nicht Auto fahren, bis die Situation geklärt ist.

Weitere: Wassereinlagerungen in den Beinen, Übelkeit, Halluzinationen, Blutdruckabfall. Niemals eigenmächtig absetzen — abruptes Absetzen kann ein Entzugssyndrom mit Angst, Schmerzen und Schwitzen auslösen.



Fünf Sicherheitsregeln — bitte merken

- 1 Niemals abrupt absetzen** — plötzliches Weglassen kann ein gefährliches Entzugssyndrom mit hohem Fieber und schwerer Steife auslösen. Nur ausschleichend und in Absprache reduzieren.
- 2 Metoclopramid meiden** — das verbreitete Mittel gegen Übelkeit ist bei Parkinson ausdrücklich gegenanzeigen. Geeignete Alternative ist Domperidon.
- 3 Klassische Antipsychotika meiden** — Haloperidol oder Risperidon können die Beweglichkeit dramatisch verschlechtern. Bei Halluzinationen sind Clozapin oder Quetiapin die Mittel der Wahl.
- 4 Einnahmezeiten sind Therapie** — die Medikamente wirken nur bei pünktlicher Einnahme. Im Krankenhaus ist der Stationsrhythmus zu grob — eigenen Plan mitbringen und darauf bestehen.
- 5 Vor Operationen und Narkosen sprechen** — Aufnahmeteam und Anästhesie über Parkinson und alle Medikamente informieren; Notfall- und Medikamentenausweis mitführen.

Wenn die Wirkung schwankt

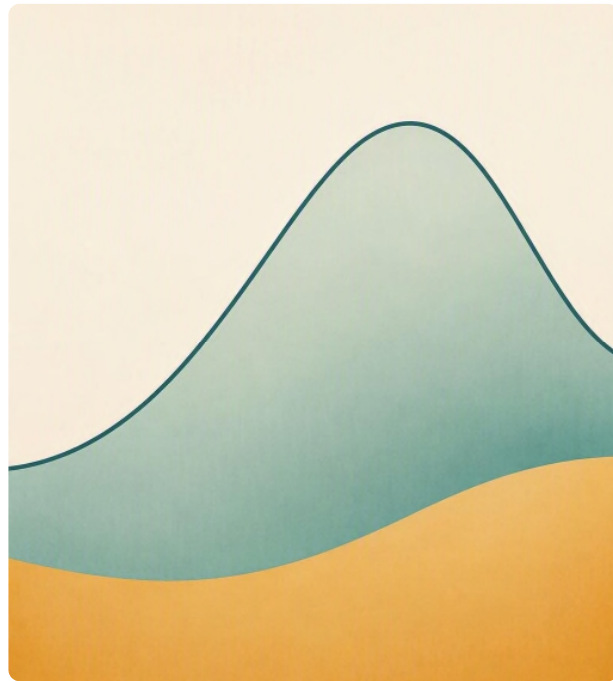
Nachlassen vor der nächsten Dosis: Wearing-off: Die Wirkung hält nicht bis zur nächsten Tablette. Der häufigste Grund, den Plan zu ändern — kein Zeichen von Wirkungsverlust.

Gute und schlechte Phasen: On- und Off-Phasen wechseln, manchmal unvorhersehbar. Ein Tagebuch über drei Tage zeigt mehr als jede Erinnerung.

Überbewegungen: Unwillkürliche Bewegungen (Dyskinesien) treten meist im Wirkmaximum auf. Sie werden durch Umverteilung der Dosis und durch Amantadin gedämpft.

Blockaden beim Gehen: Freezing — die Füße kleben am Boden, besonders in Türrahmen und beim Losgehen. Dagegen hilft kein Medikament zuverlässig, sondern Technik und Training: Rhythmus, Zählen, Gewicht verlagern.

Neue Packung, andere Wirkung: Wechselt die Apotheke wegen Rabattverträgen den Hersteller, kann sich die Aufnahme ändern. Bei guter Einstellung mit der Ärztin über das Aut-idem-Kreuz sprechen.



Bewegung ist Therapie

Die Datenlage ist eindeutig: Eine Auswertung von 154 Studien mit fast 7.800 Teilnehmern zeigt: Training verbessert Beweglichkeit und Lebensqualität messbar. Am besten belegt sind Tanz sowie Gang- und Gleichgewichtstraining.

Die Sportart ist zweitrangig: Nordic Walking, Radfahren, Tai Chi, Wassergymnastik, Krafttraining, Boxen — entscheidend ist, dass es regelmäßig, ausreichend anstrengend und auf Dauer stattfindet.

Eine brauchbare Dosis: Als Orientierung: zwei- bis dreimal pro Woche 45 bis 60 Minuten Ausdauertraining, dazu Kraft und Gleichgewicht. Lieber täglich 20 Minuten als einmal im Monat zwei Stunden.

Ehrlich bleiben: Dass Sport den Krankheitsverlauf im Gehirn bremst, ist nicht bewiesen. Dass er Beweglichkeit, Stimmung, Schlaf und Sturzrisiko verbessert, ist es. Und die Wirkung endet, wenn das Training endet.

DOSIS PRO WOCHE

2–3×

Einheiten pro Woche

45–60

Minuten Ausdauer

+ Kraft und Gleichgewicht

Lieber täglich 20 Minuten als einmal im Monat zwei Stunden.

SPORTARTEN



Nordic Walking



Radfahren



Tai Chi



Krafttraining

Ebenfalls gut belegt: Tanz sowie Gang- und Gleichgewichtstraining. Auch Wassergymnastik und Boxen.

Das Behandlungsteam nutzen

Physiotherapie: Gezielt gegen Gangstörung, Freezing und Sturzangst: große Bewegungen üben, mit Rhythmus und Hinweisreizen arbeiten (Cueing), Gleichgewicht trainieren. Laut Leitlinie soll jeder Betroffene mit Alltagseinschränkung Zugang dazu haben.

Ergotherapie und Logopädie: Ergotherapie für Hand, Haushalt und Hilfsmittel. Logopädie für Stimme und Schlucken — beides ausdrücklich empfohlen und viel zu selten verordnet.

Langfristige Verordnung möglich: Bei fortgeschrittenem Parkinson gilt ein langfristiger Heilmittelbedarf: Verordnungen sind dann außerhalb der üblichen Mengenbegrenzung möglich und werden dem Heilmittelvolumen der Praxis nicht hinzugerechnet. Das Budget-Argument entfällt also — fragen Sie danach.

Netzwerke und Komplexbehandlung: In Deutschland gibt es 25 regionale Parkinson-Netzwerke und die spezialisierte Parkinson-Pflegekraft. Eine stationäre multimodale Komplexbehandlung bündelt über zwei bis drei Wochen mindestens 7,5 Therapiestunden pro Woche.



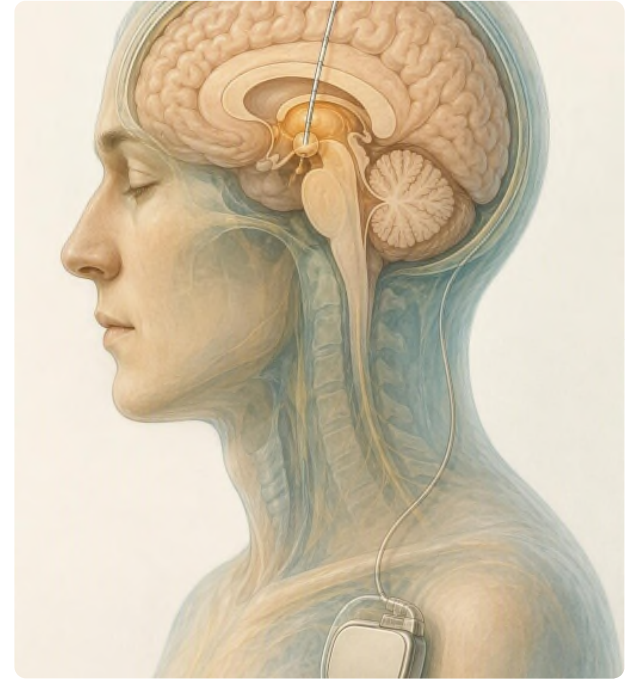
Tiefe Hirnstimulation

Wann sie in Frage kommt: Wenn trotz gut eingestellter Tabletten Wirkungsschwankungen bleiben: etwa ab fünf Levodopa-Einnahmen täglich, mehr als zwei Stunden Off-Zeit oder störenden Überbewegungen. Voraussetzung ist ein gutes Ansprechen auf Levodopa.

Was sie bewirkt: Deutlich weniger Zittern, kürzere Off-Zeiten, weniger Überbewegungen, meist reduzierte Medikamentendosis. Der Nutzen hält über Jahre an.

Was sie nicht bewirkt: Was auf Levodopa nicht anspricht, spricht meist auch auf die Stimulation nicht an: Gleichgewicht, Gedächtnis, Sprechen. Die Aussprache kann sich unter der Stimulation sogar verschlechtern — Logopädie bleibt wichtig.

Risiken und Ablauf: Symptomatische Hirnblutung bei etwa 3 von 100 Eingriffen, Infektionen in ähnlicher Größenordnung. Die Elektroden werden teils im Wachzustand platziert, der Impulsgeber in Narkose. In den ersten drei Monaten danach darf nicht Auto gefahren werden.



Pumpen und fokussierter Ultraschall

Apomorphin unter die Haut: Eine kleine Pumpe gibt über den Tag ein dopaminähnliches Mittel ab; als Pen auch für Notfälle. Häufigste Nebenwirkung sind Knötchen an den Einstichstellen.

Levodopa als Gel über eine Sonde: Über eine Bauchdeckensonde direkt in den Dünndarm. Sehr wirksam bei Schwankungen, dafür ein kleiner Eingriff und Pflegeaufwand am Stoma. Die Dreifachkombination (Lecigon) braucht weniger Volumen und damit ein kleineres Pumpensystem.

Levodopa unter die Haut: Seit 2024 in Europa verfügbar: Foslevodopa/Foscarbidopa als 24-Stunden-Infusion unter die Haut — ohne Bauchoperation. Reaktionen an der Infusionsstelle sind häufig.

Fokussierter Ultraschall: Ohne Schnitt wird durch den Schädel eine kleine Läsion erzeugt. In Studien wirksam gegen Zittern, aber unumkehrbar und meist nur einseitig — in Deutschland derzeit Studien und Register, keine Regelversorgung für Parkinson.



Ernährung: belegt und Mythos

Eiweiß nicht streichen, sondern verschieben: Eiweißbausteine konkurrieren mit Levodopa. Sinnvoll ist der zeitliche Abstand und, wenn nötig, die Hauptmenge Eiweiß am Abend. Wer Eiweiß weglässt, baut Muskeln ab — das ist schädlich.

Verstopfung ernst nehmen: Macrogol ist in Studien klar wirksam. Dazu ausreichend trinken, Bewegung, Ballaststoffe. Ein träger Darm verschlechtert auch die Medikamentenwirkung.

Gewicht und Schlucken im Blick behalten: Ungewollter Gewichtsverlust ist ein Warnzeichen: Riech- und Appetitverlust, Schluckstörung, hoher Energieverbrauch durch Überbewegungen. Bitte wiegen und ansprechen.

Nahrungsergänzung realistisch: Coenzym Q10 war in einer großen Studie wirkungslos. Vitamin D nur bei nachgewiesenem Mangel. Mediterrane Kost ist gesund und sinnvoll — ein Beweis, dass sie den Verlauf bremst, fehlt. Ketogene Diät und Fasten sind keine Therapie.



Sexualität und Partnerschaft

Häufig und selten besprochen: Sexuelle Probleme betreffen Frauen und Männer etwa gleich häufig und können sogar zu den Frühzeichen gehören. Sie gehören ins Gespräch mit dem Behandlungsteam — auch wenn niemand danach fragt.

Die Ursachen sind vielfältig: Beweglichkeit und Schmerzen, das gestörte autonome Nervensystem, Medikamente, gedrückte Stimmung, veränderte Rollen in der Partnerschaft.

Was praktisch hilft: Die gute Wirkphase der Medikamente bewusst nutzen, vorher die Blase entleeren, Zeit und Ruhe einplanen. Erektionsmittel (PDE-5-Hemmer) sind möglich — vorher Blutdruck im Stehen prüfen, nicht mit Nitraten kombinieren.

Gesteigertes Verlangen kann Nebenwirkung sein: Eine deutlich veränderte Sexualität unter Dopaminagonisten ist eine bekannte Impulskontrollstörung. Ansprechen statt verurteilen — und die Dosis ärztlich anpassen lassen.



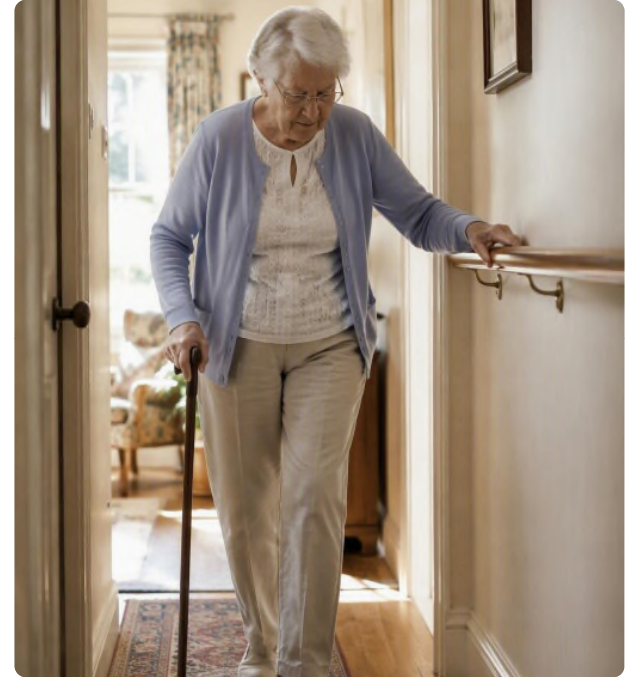
Alltag: Tricks, die funktionieren

Wenn die Füße kleben: Bei Freezing hilft Rhythmus: laut zählen, ein Marschlied oder Metronom, Gewicht bewusst von einem Fuß auf den anderen verlagern, über eine gedachte Linie steigen, den ersten Schritt groß machen. Nicht ziehen oder schieben lassen — das verstärkt die Blockade.

Stürze vermeiden: Teppichkanten und Kabel weg, Nachtlicht zum WC, Haltegriffe im Bad, festes Schuhwerk statt Pantoffeln, beim Gehen nicht gleichzeitig telefonieren oder etwas tragen.

Bett und Anziehen: Satin-Bettwäsche oder Gleitlaken erleichtern das Umdrehen; Bewegungen in einzelne Schritte zerlegen und mitzählen; Klettverschlüsse und große Knöpfe statt feiner Verschlüsse.

Autofahren und Reisen: Fahrtauglichkeit ehrlich prüfen: Tagesschläfrigkeit, Reaktion, Beweglichkeit; nach einer Hirnstimulation drei Monate Pause. Auf Reisen Medikamente auf Handgepäck und Koffer verteilen, Liste mit Wirkstoffnamen mitnehmen, Zeitzone vorher besprechen, bei Hitze mehr trinken.



Angehörige und Unterstützung

Was Angehörige wirklich belastet: Nicht die Steifigkeit, sondern Halluzinationen, Antriebslosigkeit und Gedächtnisprobleme belasten pflegende Angehörige am stärksten. Eigene Erschöpfung ernst nehmen und Hilfe annehmen.

Im Umgang hilft: Zeit lassen — langsames Antworten ist nicht Desinteresse. Das maskenhafte Gesicht ist keine Ablehnung. Aufgaben nicht vorschnell übernehmen: Selbstständigkeit ist Training.

Ansprüche kennen: Schwerbehinderung: bei deutlicher Bewegungsstörung mit Gleichgewichtsproblemen liegt der Grad der Behinderung orientierend bei 50 bis 70, bei schwerer Beeinträchtigung höher. Pflegegrade 1 bis 5 werden über die Pflegekasse beantragt; Rehabilitation ist möglich.

Selbsthilfe: Deutsche Parkinson Vereinigung, Landesverband Hessen: Frank Deiß, Telefon 06652 9859429; Gruppen unter anderem in Kassel und Kirchhain/Marburg. Dort gibt es auch den Parkinson-Notfallausweis.



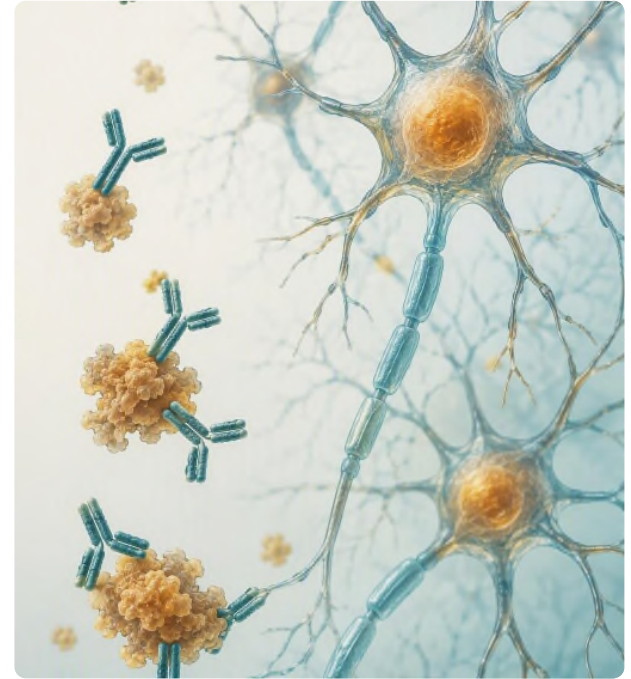
Forschung: was kommt, was ist Hype

Zellersatz: Im Labor gezüchtete Dopaminzellen werden ins Gehirn eingesetzt. Eine japanische Studie an sieben Betroffenen zeigte 2025, dass es sicher machbar ist; eine große Zulassungsstudie läuft seit 2025. Ein Wirksamkeitsnachweis fehlt noch.

Antikörper gegen das Eiweiß: Prasinezumab soll die Ausbreitung von Alpha-Synuclein bremsen. Die entscheidende Studie verfehlte 2025 ihr Hauptziel knapp; eine weitere Phase-3-Studie läuft.

Was nicht funktioniert hat: Das Diabetesmedikament Exenatid war 2025 in einer großen Studie wirkungslos. Auch Ambroxol erreichte sein Ziel nicht. Coenzym Q10 ist seit Jahren widerlegt.

Realistische Erwartung: Eine Heilung ist in den nächsten Jahren nicht in Sicht. Es kommen aber bessere Darreichungsformen und mehr Optionen. Vorsicht bei Wundermitteln im Internet — und Studienteilnahme ist eine seriöse Möglichkeit, mitzuwirken.



Bekannte Betroffene

Muhammad Ali (1942–2016)

Boxweltmeister. Diagnose 1984, drei Jahre nach dem Karriereende. 1996 entzündete er in Atlanta mit sichtbar zitternder Hand das olympische Feuer — vor einem Milliardenpublikum.

Seine Neurologen ordnen es heute als Parkinson-Krankheit ein; das Boxen gilt als Risikofaktor, nicht als bewiesene Ursache.

Michael J. Fox (geboren 1961)

Schauspieler, erkrankt mit 29 Jahren, öffentlich seit 1998. Seine Stiftung ist heute der größte private Geldgeber der Parkinson-Forschung weltweit.

„Für viele Betroffene ist der Umgang mit der Krankheit ein Vollzeitjob — ein ständiger Balanceakt.“ (US-Senat, 1999)

Helmut Dubiel (1946–2015)

Deutscher Soziologe, erkrankt mit 46 Jahren, schrieb in „Tief im Hirn“ offen über Krankheit und tiefe Hirnstimulation.

„Vor fünfzehn Jahren »hatte« ich die Krankheit. Jetzt hat mich die Krankheit.“

Ottfried Fischer (geboren 1953)

Kabarettist und Schauspieler, seit 2008 öffentlich. Er trat weiter auf und machte die Erkrankung selbst zum Thema — mit dem Satz beim ersten Auftritt danach:

„Keine Angst, ich mach keine Schüttelreime!“

Scham, Rückzug und Selbstwert

Der Rückzug ist verständlich: Zittern, langsames Gehen, eine leise Stimme oder verschüttete Suppe im Restaurant — sichtbare Symptome erzeugen Blicke, und der Impuls, zu Hause zu bleiben, ist zutiefst menschlich.

Er ist aber der Anfang eines Kreislaufs: Wer seltener hinausgeht, bewegt sich weniger, verliert Kondition und Kontakte, wird unsicherer — und geht noch seltener hinaus. Der Rückzug verschlechtert genau das, wovor er schützen soll.

Sie sind nicht Ihre Krankheit: Parkinson verändert Bewegungen. Es verändert nicht Ihren Charakter, Ihre Urteilskraft, Ihre Lebenserfahrung und nicht Ihren Wert als Mensch. Das maskenhafte Gesicht ist kein Ausdruck Ihres Inneren.

Offenheit entwaффnet: Ein Satz genügt meistens: „Ich habe Parkinson, deshalb dauert das bei mir etwas länger.“ Die allermeisten Menschen reagieren dann mit Verständnis statt mit Verlegenheit.

Jeder Ausflug zählt: Der Chor, der Stammtisch, die Selbsthilfegruppe, der Spaziergang mit dem Enkel: Das sind keine Kleinigkeiten, sondern Therapie — sie halten Bewegung, Stimmung und Zugehörigkeit aufrecht.

Was eine Krankheit auch lehren kann

Entschleunigung: Parkinson erzwingt ein langsames Tempo. Manche Betroffene berichten, dass sie den einzelnen Tag dadurch bewusster wahrnehmen als in den Jahrzehnten davor.

Verbundenheit: Wenn Leistung und Tempo in den Hintergrund treten, zeigt sich, welche Beziehungen tragen. Viele erleben Familie und Freundschaft in dieser Zeit als belastbarer, als sie dachten.

Ein anderer Blick auf Menschen: Wer eigene Begrenzung erfährt, sieht die Begrenzungen anderer genauer — und beurteilt Menschen weniger nach Tempo und Leistungsfähigkeit.

Und ehrlich bleiben: Wachstum ist ein Angebot, keine Pflicht. Niemand muss seiner Krankheit etwas Gutes abgewinnen, und an schlechten Tagen ist nichts daran ein Geschenk. Beides darf nebeneinander stehen.



Was Sie mitnehmen können

1

Behandeln lohnt sich

Parkinson ist nicht heilbar, aber sehr wirksam behandelbar. Die Behandlung wird laufend angepasst — bleiben Sie in Kontakt mit Ihrer Neurologin oder Ihrem Neurologen.

2

Begleitsymptome ansprechen

Schlaf, Stimmung, Antrieb, Verdauung, Sexualität: Fragen Sie selbst danach, wenn niemand fragt. Das meiste davon ist behandelbar.

3

Bewegen Sie sich dauerhaft

Regelmäßig, ausreichend anstrengend, am besten in einer Gruppe. Das ist der Teil der Therapie, der Ihnen gehört.

4

Medikamente pünktlich nehmen

Nie abrupt absetzen. Eigener Einnahmeplan, Notfallausweis, Vorsicht bei Metoclopramid und klassischen Antipsychotika — besonders im Krankenhaus.

Ihre Fragen

Jetzt ist Zeit für alles, was offen geblieben ist.

Quellen und Leitlinien

Leitlinie: S2k-Leitlinie „Parkinson-Krankheit“, Deutsche Gesellschaft für Neurologie, AWMF 030-010, 2023

Patientenversion: Patientenleitlinie Parkinson, Deutsche Hirnstiftung/DGN/DPG, 2025

Diagnosekriterien: MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease, 2015

Häufigkeit: Robert Koch-Institut, Journal of Health Monitoring 1/2025; Versorgungsatlas 2022; GBD, BMJ 2025

Frühzeichen: Postuma et al., Brain 2019 (Traumausagieren und Verlauf)

Begleitsymptome: PRIAMO-Studie, Movement Disorders 2009; Chen et al., Transl Neurodegener 2015

Levodopa-Beginn: LEAP-Studie, New England Journal of Medicine 2019

Impulskontrollstörungen: Weintraub et al., Archives of Neurology 2010; Corvol et al., Neurology 2018

Bewegung: Cochrane-Übersichtsarbeit Ernst et al., 2024 (154 Studien)

Verfahren: Krishna et al., NEJM 2023 (fokussierter Ultraschall); Fachinformationen Produodopa, Duodopa, Lecigon

Forschung: Nature 2025 (Zelltherapie Kyoto); Roche 2025 (PADOVA); Lancet 2025 (Exenatid); JAMA Neurology 2025 (Ambroxol)

Sozialrecht: Versorgungsmedizin-Verordnung Teil B 3.1; Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung (BAST)