

„Sie haben Parkinson, das sehe ich Ihnen an den Augen an“

Erlebnisse einer Patientin bei 15 Neurologen

Die 75-jährige Hildegard¹ war entsetzt, als ihr die Neurologin² in ihrem Heimatort, die sie auf Drängen der Familie aufgesucht hatte, eröffnete: „Sie haben wahrscheinlich Parkinson, das sehe ich Ihnen an den Augen an. Hier, nehmen Sie dieses Mittel, und wenn die Symptome besser werden, ist es wirklich Parkinson.“

Mit diesen Worten nach wenigen Minuten Arztkontakt in die Diagnose entlassen, wandte sich die mutmaßliche Parkinson-Patientin an die Verbraucherzentrale Hamburg. Musste sie die so oberflächlich hingeworfene Diagnose einer unheilbaren Krankheit, die ihr künftiges Leben bestimmen und vermutlich stark verändern würde, stumm und geduldig hinnehmen?

Eine Studentin² der Gesundheitswissenschaften begleitete sie im Frühjahr 2015 zu 16 zufällig ausgewählten Hamburger Neurologen und protokollierte, welche Untersuchungs- und Beratungsqualität die Ärzte im Erstgespräch an den Tag legten und ob sie in der Lage waren, der inzwischen grundlegend verunsicherten Patientin fachkundig und einfühlsam neue Perspektiven und neuen Lebensmut zu vermitteln.

Mithilfe der Parkinson-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und nach Absprache mit zwei Referenzärzten erstellten wir eine Checkliste mit möglichst objektiven Bewertungskriterien, anhand derer wir die protokollierten Arztgespräche überprüften. Neben der Anamnese, die für die Klärung der Ursachen der Parkinson-Symptome unerlässlich ist, war uns vor allem die Aufklärung und Beratung der Patientin besonders wichtig. Ebenso hoch bewerteten wir die Sozialkompetenz der Ärzte und die Einbeziehung der Patientin in die Therapieentscheidung. Außerdem wollten wir überprüfen, ob sich stadtteil- oder geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen lassen.

1 Name geändert.

2 Aus Gründen der Sprachästhetik wird hier statt schwer lesbarer Formulierungen („Patientinnen und Patienten“, „Ärztinnen und Ärzte“...) in der Einzahl die weibliche und in der Mehrzahl die männliche Form verwendet. Meist sind dabei jedoch beide Geschlechter gemeint.

Parkinson ist eine häufige Erkrankung, die die Erkrankten bis zum Lebensende begleitet. Deshalb halten wir Patientenorientierung und Zugewandtheit in der Beratung der Ärzte sowie den mitfühlenden Umgang mit der Patientin für mindestens ebenso wichtig wie eine sorgfältige und medizinisch korrekte Diagnostik.

Kurzfassung der Ergebnisse

Erfreulich ist, dass mehr als die Hälfte der Ärzte mit ihrer Beratung unserer Patientin ein gutes Gefühl gegeben haben. Zwei Ärzte waren dabei so einfühlsam und zugewandt, dass Hildegard ihnen die Schulnote 1 geben würde. Beim Abarbeiten der laut Leitlinie notwendigen Fragen und Untersuchungen zur möglichst sicheren Diagnose des Parkinson-Syndroms war allerdings ein Großteil der Ärzte weniger sorgfältig. Und die Empfehlungen zur Therapie unterschieden sich zwischen den Ärzten stark, was Hildegard ziemlich verunsicherte.

Die Patientin

Hildegard kann als rüstige und für ihr Alter sehr aktive Frau beschrieben werden, die auch gerne sagt, wenn ihr etwas nicht passt. Abgesehen von einem Unfall vor Jahrzehnten und einer gut beherrschbaren Hormonstörung ist ihre Krankengeschichte frei von größerem Leid und sie erfreut sich mehrerer Kinder und Enkelkinder. Seit mehreren Jahren plagen sie jedoch ihre Familie und Freunde, sie solle nicht so krumm und steif gehen und sich nicht so langsam bewegen. Ihr selbst war nur ihr Stimmungsabfall und der Mangel an Initiative aufgefallen, doch schließlich ließ sie sich überzeugen und suchte ihre Hausärztin auf, die sowohl EKG als auch Schlaflabor veranlasste, beides aber ohne ergiebigen Befund und ohne jeglichen Hinweis auf Parkinson. Erst die als nächstes aufgesuchte Neurologin eröffnete ihr dann, wie oben beschrieben, ihren neuen Lebensbegleiter, die recht häufige Diagnose Parkinson.

Hintergrund

Parkinson ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen in Deutschland: 100 bis 200 Menschen pro 100.000 Einwohner sind von ihr betroffen, bei den über 65-jährigen sogar 1.800 pro 100.000 Einwohner (fast 2 Prozent der Senioren). Aufgrund des demografischen Wandels ist mit einer wachsenden Zahl an Patienten zu rechnen.³

Kennzeichnend für Parkinson sind die Bewegungsarmut sowie die unterschiedlich schwerwiegenden Kardinalsymptome Muskelsteifheit, Zittern in Ruhe und mangelnde Stabilität der aufrechten Körperhaltung.⁴ Mögliche Begleitsymptome können sein:

- ▶ „sensorische Symptome (Dysästhesien [Empfindungsstörungen], Schmerzen, Hyposmie [unvollständiger Verlust des Geruchssinns])
- ▶ vegetative Symptome (Störungen von Blutdruck, Temperaturregulation, Blasen- und Darmfunktion sowie sexuelle Funktionen)

3 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2012, S.2

4 Vgl. ebd.

- ▶ psychische Symptome (vor allem Depression), Schlafstörung
- ▶ kognitive [verstandesmäßige] Symptome (frontale Störungen [Störungen des Frontalhirns], in fortgeschrittenen Stadien Demenz)⁵.

Die Erkrankung wird in vier Gruppen eingeteilt:⁶

- ▶ das idiopathische Parkinson-Syndrom, von dem man keine Ursache kennt. Es entsteht durch ein Absterben der Dopamin erzeugenden Zellen im Gehirn, der sogenannten Substantia Nigra.⁷ Dopamin ist ein Botenstoff, der an den Steuerungsabläufen von Bewegungen mitwirkt; warum genau diese Hirnbereiche allerdings absterben, ist ungeklärt,⁸
- ▶ genetische Formen des Parkinson-Syndroms;
- ▶ das atypische Parkinson-Syndrom im Rahmen anderer neurogenerativer Erkrankungen;
- ▶ und das symptomatische oder sekundäre Parkinson-Syndrom. Es kann nach Einnahme gewisser Medikamente, nach einem Trauma, aufgrund einer Vergiftung, wegen eines Tumors, nach Entzündungen oder allgemein stoffwechselbedingt auftreten.⁹

Die Diagnose wird aufgrund der Anamnese und Untersuchung durch die Ärztin gestellt, nachdem die Differenzialdiagnosen ausgeschlossen sind.

Fragestellung und Methodik

Bereits im Herbst 2014 zogen wir aus einer Liste der kassenärztlich tätigen Neurologen in Hamburg zufällig und unter juristischer Aufsicht eine Stichprobe von 22 Ärzten, wobei wir darauf achteten, dass Geschlecht und sozioökonomischer Status der Stadtteile in etwa gleich verteilt waren. Daraufhin begann Hildegard, Termine zu vereinbaren. Für telefonisch nicht erreichbare Ärzte wurden weitere nachgezogen. Da Hildegard nach 16 besuchten Ärzten keinen weiteren Erkenntnisgewinn für sich sah, wurde das Projekt abgebrochen. 15 Arztbesuche waren gültig (siehe unten). Ihre Begleiterin protokollierte, was die Ärzte taten und sagten.

Die kurz in „arm“ und „reich“ eingeteilten Stadtteile ermittelten wir anhand aktueller Daten des Statistikamts Nord¹⁰ aufgrund ihrer Anzahl an ALG-II-Empfängern und des durchschnittlichen Jahreseinkommens der Steuerzahler:

- ▶ „Arm“: Harburg, Barmbek-Nord, Altona-Altstadt, Fuhlsbüttel, Neustadt¹¹
- ▶ „Reich“: Othmarschen, Niendorf, Altstadt, Eppendorf, Volksdorf, Groß Flottbek

Die besuchten Neurologen verteilten sich so auf Geschlechter und Stadtteile:

5 Vgl. ebd., Erklärungen in eckigen Klammern von uns hinzugefügt

6 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2012, S.3

7 Vgl. Apotheken-Umschau 2008, <http://www.apotheken-umschau.de/Parkinson>

8 Vgl. ebd.

9 Vgl. ebd.

10 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2012, http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/NR13_Stadtteil-Profile_2012.pdf

11 Der Stadtteil Neustadt durchbrach unser System. In Hamburg-Neustadt als eigentlich „armem“ Stadtteil besuchte Hildegard eine sehr reich wirkende Praxis, außerdem arbeiten in der Innenstadt viele Menschen, die in anderen, vermutlich auch überwiegend reicheren Stadtteilen wohnen.

		Männlich	Weiblich
	Anzahl Ärzte	7	8
„Arme“ Stadtteile	8	4*	4
„Reiche“ Stadtteile	7	3	4

*Tabelle 1: Aufteilung der Ärzte auf „arme“ und „reiche“ Stadtteile und Geschlechter
* Enthält eine Ärztin in Hamburg-Neustadt*

Der Besuch einer Neurologin aus einem „reichen“ Stadtteil war ungütig, da die Sprechstundenhilfe zuerst einen angeblich obligatorischen Test für 30 Euro verlangte, den die Patientin ablehnte – sie wollte die Ärztin sehen und keinen teuren Test machen. In der Auflistung ist dies bereits berücksichtigt, sodass die Auswertung nur 15 gültige Arztbesuche umfasst.

Die Checkliste, die wir anhand der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und zusammen mit zwei Referenzärzten erstellten, enthält Elemente, die unsere Referenzärzte für unbedingt erforderlich hielten, und solche, die sie als optional empfahlen. Manche Aspekte konnten sowohl erfragt als auch untersucht werden, beispielsweise der Geruchssinn, die Schrift oder der Gang. Die Checkliste umfasst daher folgende Kategorien:

1. Anamnese: Erforderlich
2. Anamnese: Optional
3. Anamnese und/oder Untersuchung: Erforderlich
4. Anamnese und/oder Untersuchung: Optional
5. Untersuchung: Erforderlich
6. Untersuchung: Optional
7. Zusatzuntersuchung: Erforderlich
8. Zusatzuntersuchung: Optional
9. Aufklärung
10. Sonstiges.

Anamnese: Erforderlich

Die höchste Punktzahl ließ sich unter „Anamnese: Erforderlich“ erzielen, da hier die Differentialdiagnosen abgegrenzt werden müssen. Denn das idiopathische Parkinson-Syndrom ist eine Ausschlussdiagnose. Idealerweise wird die Patientin folgendes gefragt:

- ▶ Dauer und Beginn der Symptome
- ▶ Sprechstörungen und Schluckbeschwerden?
- ▶ Stimmung/Antrieb, Ängste?
- ▶ Gedächtnisstörung?
- ▶ Orientierungsstörung?
- ▶ Blasenfunktion, Verstopfung; Schwindel?
- ▶ Zittern?
- ▶ Missempfindungen oder Schmerzen?
- ▶ Schlafstörungen, Albträume etc.?
- ▶ Andere Erkrankungen?
- ▶ Medikation?

- ▶ Erkrankungen in der Familie, auch Parkinson?
- ▶ Früherer Beruf?

Hier waren 25 Punkte möglich. Wenn Hildegard der Ärztin eine Frage vorwegnahm, vergaben wir für das entsprechende Item – wie in allen Kategorien – die Hälfte der Punktzahl.

Anamnese: Optional

Fragen, die der Patientin gestellt werden konnten, aber nicht mussten, waren folgende:

- ▶ Einschränkungen der Mimik?
- ▶ Halluzinationen?
- ▶ Probleme beim Autofahren?
- ▶ Temperaturregulationsstörungen?
- ▶ Restless-Legs-Beschwerden?
- ▶ Private/berufliche Belastung mit Giftstoffen?
- ▶ Unfälle oder Verletzungen, auch am Kopf?
- ▶ Hobbies?
- ▶ Impulskontrollstörungen (z.B. Kaufrausch, viel essen...)?
- ▶ Seitenbetonung?

Insgesamt konnten hier zehn Punkte erreicht werden.

Anamnese und/oder Untersuchung: Erforderlich und Optional

Hier werden Aspekte genannt, die entweder erfragt oder untersucht werden sollten. Unter Erforderlich fallen hierbei:

- ▶ Gehen, Gangbild, Gleichgewicht
- ▶ Feinmotorik der Hände
- ▶ Geruchssinnveränderung und seit wann?

Unter Optional fällt ein Schrifttest oder die Frage nach einer Veränderung im Schriftbild. Insgesamt konnten hier sieben Punkte erreicht werden.

Untersuchung: Erforderlich

Die Untersuchung soll Differentialdiagnosen abgrenzen helfen; die zu untersuchenden Aspekte sind:

- ▶ Augenbewegungen (Okulomotorik)
- ▶ Muskelstarre/-steifheit (Extrapyramidale: Rigor)
- ▶ „Klavierspielen“ oder Finger nacheinander an den Daumen tippen (Finger-/Handtapping)
- ▶ Zittern (Tremor) in Ruhe und bei Provokation
- ▶ Tremor im Armvorhalteversuch
- ▶ Tremor im Finger-Nase-Versuch (Finger zur Nase führen)
- ▶ Patientin aus dem Stand an den Schultern nach hinten ziehen (Pullback-Test)
- ▶ Muskeleigenreflexe (z.B. Kniesehnenreflex)
- ▶ Krankhafte Reflexe bei einigen Extremitäten (Pyramidenbahnzeichen)

- ▶ Balancieren (Seiltänzerengang)
- ▶ Glühbirnendrehen (Pronation/Supination)

Insgesamt konnten hier elf Punkte erreicht werden.

Untersuchung: Optional

Zu den optional zu untersuchenden Aspekten gehören die folgenden:

- ▶ Blicksprünge (Sakkaden)
- ▶ Zehen- oder Fußstapping
- ▶ Lähmungserscheinungen (Paresen)
- ▶ Vibrationsempfinden
- ▶ Oberflächensensibilität
- ▶ Kognitive Screenings
- ▶ Vorschlag bzw. Überweisung zum EKG oder EEG
- ▶ Vorschlag bzw. Überweisung für Doppler-/Duplexsonographie
- ▶ Aufstehen vom Stuhl

Insgesamt konnten hier 4,5 Punkte erreicht werden.

Zusatzuntersuchungen

Hier geht es hauptsächlich um Untersuchungen, die laut Leitlinie optional sind, jedoch wurde von den Referenzärzten ein craniales (Schädel-) CT oder MRT als sinnvoll hervorgehoben, wir haben sie daher als erforderlich eingestuft. Weiterhin genannt werden:

- ▶ L-Dopa-Test
- ▶ Ultraschall des Nervenzellgewebes (Hirnparenchymsonographie)
- ▶ Schlaflabor
- ▶ Szintigraphie (d.h. mit radioaktiven Stoffen) des Gehirns DaTSCAN (auch Dopamintransporterszintigraphie – soll erst nach L-Dopa-Test durchgeführt werden!)

Zwar haben drei Ärzte den DaTSCAN vorgeschlagen, allerdings ohne vorherigen L-Dopa-Test, daher konnten dafür keine Punkte vergeben werden. Für die Zusatzuntersuchungen waren insgesamt 2,5 Punkte möglich.

Aufklärung

Hier ging es nicht nur darum, die Krankheit zu erläutern, sondern auch Medikamente aufzuzählen, (nicht medikamentöse) Therapiealternativen anzubieten oder z.B. auf Selbsthilfegruppen hinzuweisen. Die Aufklärung beinhaltet idealerweise:

- ▶ Diagnosestellung
- ▶ Erläuterung des Krankheitskonzepts
- ▶ Allgemeine medikamentöse Therapieverfahren
- ▶ Nicht-medikamentöse Verfahren
- ▶ Prognose (falls gewünscht, z.B. verschlimmert sich minimal)
- ▶ Zusammenfassung der beobachteten Symptome

Sofern die Ärztin sich der Diagnose Parkinson sicher war, konnten hier 14 Punkte erreicht werden; in einigen Fällen war sich die Ärztin jedoch noch nicht sicher, weswegen u.a. medikamentöse Therapieverfahren nicht genannt und somit nicht bewertet wurden. Dann war hier eine geringere Punktzahl zu erreichen.

Sonstiges

Hierzu gehören die Softskills der Ärzte:

- ▶ zugewandt, empathisch etc.
- ▶ aktiv zugehört
- ▶ patientenfreundliche Sprache
- ▶ Einbeziehung der Patientin in die Therapieentscheidung
- ▶ Hat sich die Ärztin Zeit genommen oder war es wie am Fließband?
- ▶ Hat sie darauf reagiert, dass die Patientin seit einiger Zeit ein Taubheitsgefühl in den Füßen spürt? [nur wenn die Patientin es genannt hat]

Je nachdem, ob Hildegard ihre problematischen Füße genannt hat, konnten hier zehn oder elf Punkte erreicht werden.

Bewertung

Wenn alles berücksichtigt wird, also alle optionalen Aspekte inklusive, die Diagnose gestellt und auch das Taubheitsgefühl der Füße hinterfragt wurden, konnten schließlich 85 Punkte erreicht werden. Da die optionalen Punkte allerdings eher als Bonus gedacht sind, der hinzuaddiert wird, beläuft sich die Punktzahl in toto – mit Diagnose und Berücksichtigung der Füße – auf 67,5 Punkte (ohne Diagnose und ohne Füße: 63,5; ohne Diagnose mit Füße: 64,5; mit Diagnose ohne Füße: 66,5).

Im Kapitel Auswertung wird gezeigt, dass so gut wie alle Ärzte die Parkinsonkrankheit problemlos erkannt haben, obwohl die Mehrzahl bei Anamnese und Untersuchung längst nicht alle notwendigen Fragen gestellt und Maßnahmen ergriffen haben. Daher neigen wir dazu, diese Defizite nicht allzu negativ zu bewerten. Andererseits zwingt uns die Leitlinie dazu, strenger zu sein, denn es geht um die differenzialdiagnostische Abgrenzung der Ursache der Parkinson-Symptome. Wir wählen den Ausweg, keine Gesamtbeurteilung vorzulegen und den Lesern dieses Berichts das Urteil zu überlassen.

Auswertung

Warte- und Sprechzeit

Eine Ärztin wollte die körperliche Untersuchung erst beim zweiten Termin durchführen; Warte- und Sprechzeit wurden hier addiert. Bei zwei Ärzten wurden zwischendurch Untersuchungen mit der Sprechstundenhilfe gemacht, hier wurden die Warte- und Sprechzeiten jeweils addiert; die eine Untersuchung war ein EEG, die andere eine Untersuchung der Füße.

In Minuten	Wartezeit (Ø)	Von–bis	Sprechzeit (Ø)	Von–bis
Durchgehend (12 Ärzte)	20,6	0–45	30,3	15,5–45
Unterbrochen (3 Ärzte)		2,5–56		15,5–50

Tabelle 2: Warte- und Sprechzeiten

Arzt-Patient-Beziehung

Wie bereits erwähnt, schlossen die meisten Ärzte im Bereich der Sozialkompetenz mit guten Noten ab. Nach Hildegards Eindruck sogar zwei mit Bestnote, nach unserer strengeren Bewertung immer noch überwiegend gut bis befriedigend. Die meisten waren zugewandt, hörten aktiv zu und benutzten eine patientenfreundliche Sprache. Bei den meisten Ärzten hatte Hildegard den Eindruck, dass sie sich genug Zeit für sie nahmen; lediglich bei vier (männlichen) Ärzten hatte sie ein anderes Gefühl. Tatsächlich lag die Sprechzeit, die sich diese Ärzte für sie genommen haben, unter dem Durchschnitt. Dies war zwar auch bei einigen anderen Ärzten der Fall, allerdings fühlte sich das bei jenen nicht so gehetzt an.

Partnerschaftliches Entscheiden

Die Patientin wurde leider in keinem Fall so in die Therapieentscheidung einbezogen, wie sie sich das gewünscht hatte. Einige Ärzte vermittelten den Eindruck, als hätte die Patientin die Möglichkeit, die Entscheidung selbst zu treffen, ließen aber nonverbal spüren, dass es nur *eine* richtige Entscheidung gab. Mit drei Ärzten hat Hildegard sogar darüber diskutiert:

- ▶ Eine Ärztin war partout nicht bereit, Hildegards Wunsch entsprechend einen Dopamin-Agonisten zu verschreiben – obwohl das auch unsere Referenzärzte empfohlen hatten.
- ▶ Eine andere Ärztin ließ sich doch dazu erweichen.
- ▶ Eine Ärztin fand, dass es ja nichts bringe, wenn sie ihr ein Medikament verschriebe, das sie dann nicht nehme.

Anamnese und Untersuchung

Die anderen Aspekte haben etwas dürftig abgeschnitten; so erfragten bei der Anamnese nur drei Ärzte (20%) zumindest annähernd die Hälfte der von der Leitlinie und den Referenzärzten empfohlenen Kriterien. Bei der Untersuchung führten nur vier Ärzte (27%) die Hälfte oder mehr der empfohlenen Maßnahmen durch. Da so gut wie alle Ärzte die Parkinsonkrankheit problemlos erkannt haben, bewerten wir die Defizite bei Anamnese und Untersuchung weniger negativ.

Besondere Details

Fünf der 15 Ärzte wollten noch nicht mit der Medikation beginnen, da sie sich der Diagnose noch nicht sicher waren. Eine Ärztin wollte erst das MRT abwarten, das aber noch nicht vorlag; die andere war erst nach Sichtung des MRT wirklich überzeugt, dass die Symptome keine andere Ursache haben. Drei Ärzte – alle drei aus „reichen“ Stadtteilen – wollten mit der Medikation erst nach Durchführung eines DaTSCANS beginnen. Alle wollten diesen etwa 900 Euro teuren Test ohne vorherigen L-Dopa-Test durchführen – der jedoch ist nach Leitlinie notwendig.

Nur zwei Ärzte erklärten das Krankheitskonzept zu unserer vollen Zufriedenheit. Den Hinweis auf die Bedeutsamkeit von nicht-medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten – vor allem Sport

zur Unterstützung der Beweglichkeit – gab etwa die Hälfte der Ärzte. Nur eine Ärztin wies auf die Möglichkeit hin, in einer Selbsthilfegruppe das Leben mit der Krankheit gemeinsam zu besprechen und gegenseitig voneinander zu lernen.

Bei sechs Ärzten erwähnte Hildegard ihre Fußprobleme. Zwei gingen nicht darauf ein, zwei stellten eine Frage dazu oder erklärten, dies habe eine andere Ursache, ohne weiter darauf einzugehen. Die übrigen beiden gaben dem Leiden einen Namen, die letzte widmete der Erkrankung auch eine Zusatzuntersuchung.

Stadtteil und Geschlecht

Die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Ärzten sowie armen und reichen Stadtteilen sind bei einer so kleinen Stichprobe vermutlich nicht besonders aussagekräftig. Wir erwähnen sie trotzdem, da wir sie nun einmal erhoben haben.

Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten wir nicht feststellen, außer dass es männliche Ärzte waren, bei denen Hildegard nicht das Gefühl hatte, dass sie genug Zeit für sie hatten. Andererseits gaben männliche Ärzte ihrem Fußleiden einen Namen bzw. führten deswegen sogar eine Untersuchung durch. Außerdem waren es männliche Ärzte, die das Krankheitskonzept zu unserer vollen Zufriedenheit erklärten. Bei den weiblichen Ärzten hingegen hatte Hildegard mehr das Gefühl, sie seien „Heiler“, also dass ihre Berührungen und Worte bei ihr eine heilende Wirkung und Hoffnung auslösten.

Bezüglich der insgesamt recht kurzen Wartezeiten ergibt sich allerdings ein auffälliger Unterschied: Mit durchschnittlich 24 Minuten wartete Hildegard bei weiblichen Ärzten länger als bei männlichen mit 16,7 Minuten. Dafür nahmen sich weibliche Ärzte mit durchschnittlich 32 Minuten geringfügig mehr Zeit im Sprechzimmer, die Männer hatten im Schnitt 28 Minuten.

Stadtteilspezifische Unterschiede gab es inhaltlich nur insofern, als dass Ärzte in „reichen“ Stadtteilen den teuren DaTSCAN veranlassen wollten und zwei aus „armen“ Stadtteilen nicht auf ihre Fußprobleme eingingen. In „reichen“ Stadtteilen wartete Hildegard mit durchschnittlich 19,6 Minuten länger als in „armen“ mit 16,5 Minuten – die Sprechzeit hingegen war in „reichen“ Stadtteilen mit 29 Minuten etwas kürzer als in „armen“ mit 32 Minuten.¹²

Fazit und Empfehlungen

Die meisten Ärzte haben bei Hildegard den Morbus Parkinson richtig diagnostiziert und sind dabei angemessen auf sie eingegangen. Hinsichtlich Aufklärung und Untersuchung werden wir keine Ratschläge erteilen, wie jemand seinen Job zu machen hat, da viele Ärzte wohl auch schon wegen ihrer Erfahrung Parkinson schnell diagnostizieren können. Auch die Referenzärzte sagten, dass es in Hildegards Fall recht offensichtlich eine klassische Parkinsonerkrankung sei, daher ist es – zumindest bei ihr – wohl in Ordnung, dass nicht alle Items zur Abgrenzung zur Differenzialdiagnose abgefragt wurden.

12 Hamburg-Neustadt wurde hier ausgeklammert, siehe Fußnote 11.

- ▶ Wünschenswert wäre allerdings, dass die Ärzte auch von sich aus gefragt hätten, ob Hildegard noch Auto fährt, weil sie in der Hinsicht doch etwas unsicher geworden ist. Keiner der Ärzte hat von sich aus dieses Thema angesprochen.
- ▶ Hildegards Hauptproblem war ihre depressive Verstimmung. Darunter leiden nach Aussage der Referenzärzte mehr als zehn Prozent der Parkinsonpatienten. Sie hätte sich gewünscht, dass mehr Ärzte daran Anteil genommen hätten.
- ▶ Auch ein Hinweis an jene Ärzte, die den DaTSCAN machen wollten, ohne vorher den L-Dopa-Test gemacht zu haben: Das ist nicht leitliniengerecht.
- ▶ Bezüglich der Aufklärung hätten einige Ärzte die Krankheit etwas umfangreicher erklären können. Allerdings kann ein schrift- und internetaffiner Mensch wie Hildegard so etwas notfalls nachlesen, von daher ist es in unserem Fall nicht zwingend erforderlich, Parkinson bis ins kleinste Detail zu erläutern.
- ▶ Wesentlich wichtiger wäre es gewesen, Wirkungsweise und mögliche Nebenwirkungen der verordneten Medikamente zu benennen, die sinnvolle Dosierung mit der Patientin zu besprechen (anstatt sie ihr vorzuschreiben) sowie andere Möglichkeiten und Alternativen aufzuzeigen. Das alles haben kaum Ärzte getan; es hätte Hildegard das Gefühl gegeben, in die Therapieentscheidung miteinbezogen worden zu sein.
- ▶ Zuletzt hätten die besuchten Neurologen mehr auf die Bedeutung von Sport und Musik eingehen können. Zwar haben einige – bei Hildegards Erwähnung ihrer Reha-Erfolge – angemerkt, dass Sport hilfreich ist, aber wenige haben gesagt, was konkret förderlich sein kann.
- ▶ Eines mögen sich die Neurologen besonders zu Herzen nehmen: Nur eine Ärztin von 15 hat Hildegard vorgeschlagen, ggf. zu einer Selbsthilfegruppe zu gehen. Das könnte ja durchaus mit dem Hinweis verbunden werden, dass die Konfrontation mit anderen Kranken, die vielleicht teilweise schon viel kränker sind, zu Beginn schockierend wirken kann. Andererseits wäre der Hinweis auf Selbsthilfegruppen ein Zeichen dafür, dass die Ärztin eine Krankheit in Verbindung mit dem Leben ihrer Patienten und nicht isoliert davon betrachtet.

Literatur

- Apotheken-Umschau (2008): Parkinson-Krankheit (Morbus Parkinson) – Welche Symptome auf die Erkrankung hindeuten, wie der Arzt die Diagnose stellt, welche Rolle Dopamin spielt, und wie Medikamente und andere Therapien helfen. <http://www.apotheken-umschau.de/Parkinson> Letzter Zugriff: 30.06.2015
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012): Parkinson-Syndrome – Diagnostik und Therapie. <http://www.dgn.org/leitlinien/11-leitlinien-der-dgn/2346-ll-09-2012-parkinson-syndrome-diagnostik-und-therapie> Letzter Zugriff: 30.06.2015
- Nuklearmedizin Spitalerhof: Dopamintransporter-Szintigraphie. http://www.nuklearmedizin-spitalerhof.de/leistungen/patienteninformationen/dopamintransporter_szintigraphie_datscan.html Letzter Zugriff: 30.06.2015
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2012): Hamburger Stadtteil-Profile 2012. NORD.regional. Band 13. http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/NR13_Stadtteil-Profile_2012.pdf Letzter Zugriff: 30.06.2015