

Inhalt

1. Aktuelles aus dem Expertenforum
2. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz spricht Pflegereform - Was ändert sich?
3. Die Tiefe Hirnstimulation zur Behandlung der Parkinsonkrankheit
4. Weingenuß erhöht Parkinson-Risiko?

1. Aus unserem Expertenforum

Autor	Nachricht
Sylvana	<p>Titel: Geruchssinn!</p> <p>Sehr geehrter Doktor Fornardi, ich kann schon länger nichts mehr riechen kein Parfum nichts ist dass auch von der Parkinson-Krankheit? Freundlich grüsst Sie Sylvana!</p>
nito	<p>Hallo Sylvana</p> <p>Habe seit Frühling 2008 die Diagnose Parkinson erhalte. Bei mir verschwindet der Geruchssinn ebenfalls gnz langsam. Hoffe der Geschmack wird nicht auch eingeschränkt.</p> <p>Freundliche Grüsse Nito</p>
Mungo4	<p>Ich habe seit der MP-Diagnose vor ca 4-5 Jahren gemerkt, dass der Geruchssinn und dann später auch der Geschmackssinn nachlassen. Ich hatte einfach nicht mehr den vollen Genuss beim Essen. Ich würze jetzt etwas stärker, das fiel auch meinen Gästen auf. Trotzdem nicht unterkriegen lassen.</p> <p>Gruß Mungo</p>
Experte Dr. Fornadi	<p>Das erste Zeichen der Parkinson-Krankheit ist in vielen Fällen der Verlust des Geruchssinnes. Die Krankheit beginnt entsprechend neuer Forschungsergebnisse (Prof. Braak) nicht in der Schwarzen Substanz, sondern in dem Teil des Gehirns, der für die Wahrnehmung von Gerüchen verantwortlich ist. In der Früherkennung wird deswegen auch ein Geruchstest eingesetzt.</p> <p>MfG Dr. Fornadi</p>
Franziska	<p>Dieses Thema beschäftigt mich auch noch so, dass ich folgende Fragen habe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wenn der Geruchssinn beeinträchtigt ist, wirkt sich das bei jedem Patienten unterschiedlich aus? 2. Ist der Sinn dafür plötzlich oder schleichend weg? 3. Beeinträchtigt der fehlende Geruchssinn den Geschmackssinn? 4. Kann es sein, dass die Geschmacksrichtung "süß" bevorzugt wird, weil sie stärker ist als andere Gewürze, d.h. mehr wahrgenommen wird? 5. Kann man den Test selbst durchführen - merkt man wirklich selbst,

	<p>wenn man weniger riechen kann, also der Sinn dafür noch nicht ganz weg sein sollte? Viele Fragen, für Antworten wäre ich dankbar, Franziska</p>
fila	<p>Wie frühzeitig kann man das Verschwinden des Geruchssinn denn feststellen, so als Frühdiagnostik und wer macht das? Ich bin jetzt 51 und habe wg. Fällen in der Familie auch Angst davor, Parkinson zu kriegen.</p>
Helia	<p>Hallo, fehlender Geruchssinn beeinträchtigt immer auch den Geschmackssinn, den wir können mit Zunge und Gaumen nur die vier Geschmacksrichtungen süß, salzig, sauer und bitter schmecken. Alles andere nehmen wir über den Geruchssinn wahr (wie jeder mit starkem Schnupfen sicherlich schon bemerkt hat). Ein Tipp: Das Essen optisch schön anrichten, das macht auch Appetit, denn man assoziiert den Geschmack oftmals beim Sehen und nach dem Gedächtnis (deswegen "schmeckt" einem blau gefärbtes Steak nicht!).</p> <p>Ich habe bei meinem Mann erlebt, dass nach der Einstellung mit Medikamenten der Geruchssinn wieder besser funktioniert hat, aber das ist sicher bei jedem anders. MfG Helia</p>
Experte Dr. Fornadi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nicht jeder Patient hat Geruchssinnstörung. 2. Schleichend entwickelt sich auch diese Störung. 3. Durch die Geruchssinnstörung ist auch der Geschmackssinn beeinträchtigt. 4. Selektive Wahrnehmungsstörungen sind möglich. 5. Wenn man das notwendige Testmaterial hat, ist es wahrscheinlich möglich, eine grobe Beurteilung zu bekommen. Eine quantitativ genaue Bestimmung ist nur mit den entsprechenden Test-Geräten möglich. <p>Den Test kann man jederzeit durchführen lassen, z.B. bei HNO-Ärzten. Das Problem ist aber, dass der Verlust des Geruchssinnes auch zahlreiche andere Ursachen haben kann (z.B. eine Entzündung im Nasenbereich. Dementsprechend ist es nicht aussagekräftig genug, ob Sie in der Zukunft Parkinson bekommen werden. Der Test hat dann einen Sinn, wenn aufgrund bestehender Symptome oder Beschwerden ein Verdacht auf M. Parkinson besteht.</p> <p>MfG Dr. Fornadi</p>
Ina-Eva	<p>Hallo,</p> <p>seit 6 Jahren lebe ich mit der Diagnose M.P. und bin in der (glücklichen)Lage , noch alles zu schmecken. Merkwürdigerweise reagiert nur der Geruchssinn bei bestimmten Gerüchen mit .Verzögerung, wobei dies meist die sehr unangenehmen Gerüche sind. Wie ich schon vermutete, könnte dies vielleicht mit meinen -zig Nebenhöhlenvereiterungen zusammenhängen und nicht mit dem M.P.</p>

	<p>Vielen Dank für die Ausführungen von Herrn Dr. Fornadi, die im Grunde diese Vermutung mit einer gewissen Sicherheit bestätigen.</p> <p>Alles Gute</p> <p>Ina</p>
<p>käfer01</p>	<p>hallo, ich habe meine diagnose MP seit febr. 2004. angefangen hat es viel früher, und zwar war ich schon 1999 beim neurologen, weil mein geruchs-und auch geschmackssinn nachliessen. ich konnte nur noch süß, sauer und bitter unterscheiden. trotzdem kam der neurologe nicht auf die idee, mich auf parkinson zu untersuchen. inzwischen stelle ich fest, das mein geruchs-und geschmackssinn sehr schwanken, ich weiß nicht, ob das normal ist. verschlechtert hat es sich aber in all den jahren nicht.</p> <p>lg conny</p>

2. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz spricht Pflegereform - Was ändert sich?

aus den dPV-Nachrichten Nr. 105

Einleitung

Hand beim Ausfüllen eines Formulars Zwei Drittel der Deutschen sind laut einer Forsa-Umfrage der ständigen Reformen müde und können das Wort Reform nicht mehr hören. Da es aber im Bereich der 1995 eingeführten Pflegeversicherung tatsächlich einen Reformbedarf gibt, hat die Große Koalition in Berlin eine Reform auf den Weg gebracht, die nicht Reform heißt, aber tatsächlich eine Reform ist, nämlich das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, kurz Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) genannt.

Ziel des Gesetzes ist es, die Pflegeversicherung besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen auszurichten. Daher werden strukturelle Änderungen in der Pflegeversicherung vorgenommen, die dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker als bisher Rechnung tragen. Hervorzuheben sind insbesondere die Anhebung der Leistungsbeträge, vor allem im Bereich der häuslichen Pflege, sowie die Einführung eines Anspruchs auf Pflegeberatung (Fallmanagement) und die Schaffung von Pflegestützpunkten.

Diese Maßnahmen sollen den Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen stärken und eine quartiersbezogene und an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung in Zukunft ermöglichen sollen. Schwerpunktmäßig sieht das Gesetz folgende Maßnahmen vor:

- Schaffung von Pflegestützpunkten
- Individualanspruch auf umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement)
- Verbesserung der Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen durch gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen
- Erweiterte Einsatzmöglichkeiten für Einzelpflegerkräfte
- Schrittweise Anhebung der ambulanten und stationären Leistungen

- Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Einbeziehung von Menschen der so genannten Pflegestufe 0
- Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege
- Leistungsdynamisierung
- Erhöhung der Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrighschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und die Selbsthilfe im Pflegebereich
- Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte
- Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege
- Ausbau der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Transparenz
- Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements
- Abbau von Schnittstellenproblemen, Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung
- Stärkung der Eigenvorsorge
- Portabilität (Mitnahmemöglichkeit) der Alterungsrückstellungen auch im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung
- Aber auch: Anhebung des Beitragsatzes der Pflegeversicherung um 0,25 Prozentpunkte.

Änderungen durch das PFWG

Was ändert sich nun für Pflegebedürftige und Angehörige durch das Inkrafttreten des Gesetz zum 01. Juli 2008?

MDK: Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weiter. Dem Antragsteller soll spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden.

In bestimmten Situationen gelten verkürzte Begutachtungsfristen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde, ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch für Antragsteller in einem Hospiz oder in ambulanter palliativer Versorgung. Die Begutachtung ist spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragsingang durchzuführen, wenn sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung befindet, ohne palliativ versorgt zu werden die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde. Der Antragsteller ist seitens des MDK unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der MDK an die Pflegekasse weiterleitet.

Der MDK hat im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit auch zu prüfen, ob erheblicher allgemeiner Beaufsichtigungsbedarf (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) vorliegt.

Rehabilitation

Ferner hat der MDK in jedem seiner Gutachten zur Pflegebedürftigkeit der Pflegekasse auch mitzuteilen, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Wenn eine Pflegekasse durch das MDK-Gutachten oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Sofern der Versicherte einverstanden ist, wird damit das Verfahren für eine Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet.

Beratungsanspruch

Wer Leistungen der Pflegeversicherung erhält, hat ab 01.01.2009 einen (einklagbaren) Anspruch auf individuelle und qualifizierte Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Vor dem 01.01.2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse bereits eine entsprechende Struktur geschaffen hat. Die Pflegekassen sollen für die persönliche Beratung und Betreuung entsprechend qualifiziertes Personal bereitstellen, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation.

Die Zuerkennung einer Pflegestufe ist nicht Voraussetzung für einen Beratungsanspruch. Ein Anspruch auf Beratung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Pflegeleistung gestellt wurde und erkennbar ein Hilfs- und Beratungsbedarf besteht. Die Inanspruchnahme der Beratung ist freiwillig.

Die Pflegekasse hat Pflegebedürftige unverzüglich nach Eingang ihres Beratungs-Antrages über den nächstmöglichen Pflegestützpunkt, die Pflegeberatung und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt und die Pflegeberatung unentgeltlich sind.

Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere: 1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren, 2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen, 3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, 4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie 5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Zu den Aufgaben der Pflegeberater zählt auch die Erstellung eines Versorgungsplans (die Erstellung eines Versorgungsplanes verpflichtet den Pflegebedürftigen nicht zur Inanspruchnahme der darin aufgelisteten Hilfen, er hat nur empfehlenden Charakter. Die Pflegekasse ist verpflichtet, über diesen Plan Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden anzustreben). Der Pflegeberater wirkt zudem darauf hin, dass die für die Durchführung des Versorgungsplanes erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger erfolgen. Auf Wunsch erfolgt die Beratung unter Einbeziehung von Angehörigen und Lebenspartnern und in der häuslichen Umgebung in der der Anspruchsberechtigte lebt. Die Beratungsperson sollte dann möglichst dauerhaft dem Pflegebedürftigen zugeordnet sein. Ein bestimmte Beratungsperson darf dem Pflegebedürftigen nicht aufgezwungen werden. Einzelheiten sind in der äußerst umfangreichen Vorschrift des § 7a SGB XI geregelt.

Selbstbestimmung

In der Pflegeversicherung sollen künftig geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden (letzteres meint: angesichts der zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund soll in der Pflege den kulturell bedingt unterschiedlichen Bedürfnissen von pflegebedürftigen Menschen Rechnung getragen werden). Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden, es gibt jedoch keinen Anspruch darauf (weil es z. B. viel mehr Frauen als Männer bei der Pflege gibt).

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Voraussetzungen zum Abschluss von Einzelverträgen mit geeigneten Pflegekräften erweitert wurden. Die Pflegekasse kann entsprechende Verträge abschließen, wenn dies dem Pflegebedürftigen in besonderem Maß hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dies dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht

Leistungsrechtsrechtliche Änderungen

Schrittweise Anhebung der Sach- und Geldleistungen

Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind bekanntlich nach dem Grad der Schwere der Pflegebedürftigkeit in drei Stufen eingeteilt: Erheblich Pflegebedürftige, Schwerpflegebedürftige und Schwerstpflegebedürftige. Der Art nach sind zu unterscheiden:

- Leistungen bei häuslicher Pflege in Form sog. ambulanter Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) oder Pflegegeld (§ 37 SGB XI),
- Leistungen bei teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege (§§ 41, 42 SGB VI) sowie
- Leistungen bei vollstationärer Pflege (§§ 43 ff. SGB XI).

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz werden die Leistungen in allen drei Bereichen stufenweise erhöht.

Ambulante Pflege – Sachleistungen

Häusliche Pflege wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder bei der Pflegekasse oder einer durch einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse beauftragten ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt sind. Die Pflegebedürftigen erhalten ambulante Pflegesachleistungen nicht unbegrenzt, sondern gestaffelt und begrenzt je nach Pflegestufe nur bis zu einem bestimmten Gesamtwert. Der monatliche Gesamtwert der Sachleistungen für ambulante Sachleistungsbeträge wird bis 2012 wie folgt stufenweise angehoben (in Euro):

Pflegestufe	ab 01.07.08	ab 01.01.10	ab 01.01.12
Stufe I	420 EUR	440 EUR	450 EUR
Stufe II	980 EUR	1.040 EUR	1.100 EUR
Stufe III	1.470 EUR	1.510 EUR	1.550 EUR
Härtefälle	unverändert 1.918 EUR		

Insgesamt darf die Härtefallregelung auf nicht mehr als 3 v. H. aller versicherten Pflegebedürftigen der Stufe III, die häuslich gepflegt werden, angewendet werden. Bisher war Bezugspunkt nicht die Gesamtzahl aller, sondern nur die Zahl der bei einer bestimmten Pflegekasse versicherten Pflegebedürftigen.

Häusliche Pflege – Pflegegeld

Organisiert der Pflegebedürftige seine Pflege selbst, indem er nicht auf Pflegepersonal der Pflegekasse oder kommerzieller Pflegedienste zurückgreift, sondern sich von Angehörigen oder Nachbarn etc. pflegen lässt, hat er Anspruch auf Pflegegeld (§ 37 SGB XI). Der monatliche Betrag für selbstbeschaffte Pflegehilfen (Pflegegeld) wird wie folgt angehoben (in Euro):

Pflegestufe	ab 01.07.08	ab 01.01.10	ab 01.01.12
Stufe I	215 EUR	225 EUR	235 EUR
Stufe II	420 EUR	430 EUR	440 EUR
Stufe III	675 EUR	685 EUR	700 EUR
Härtefälle	wie Pflegestufe III		

Die gesetzlich vorgeschriebenen Beratungsbesuche bei Inanspruchnahme von Pflegegeld (§ 37 Abs. 3 SGB XI, bei Pflegestufe I und II: halbjährlich einmal, Pflegestufe III: vierteljährlich einmal) können künftig nicht nur von zugelassenen Pflegeeinrichtungen, sondern auch von „anerkannten Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz“ wahrgenommen werden.

Tagespflege und Nachtpflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (einschließlich Beförderung von und zur Einrichtung), wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist (vgl. § 41 Abs. 1 SGB XI). Der monatliche Betrag für teilstationäre Pflege einschließlich der Aufwendungen für soziale Betreuung und notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege wird wie folgt angehoben (vgl. § 41 Abs. 2 SGB XI) (in Euro):

Pflegestufe	ab 01.07.08	ab 01.01.10	ab 01.01.12
Stufe I	420 EUR	440 EUR	450 EUR
Stufe II	980 EUR	1.040 EUR	1.100 EUR
Stufe III	1.470 EUR	1.510 EUR	1.550 EUR

Werden Tages- und Nachtpflege mit häuslicher Pflege oder mit Pflegegeld kombiniert, gelten besondere Höchstsätze, zumal der Gesetzgeber eine Kumulation durch Kombination nicht grenzenlos zulässt (vgl. § 41 Abs. 4 bis 6 SGB XI).

Vollstationäre Versorgung

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt (vgl. § 43 Abs. 1 SGB XI). Die bisherigen Beträge für pflegebedingte Aufwendungen bleiben für die Pflegestufe I (1.023 EUR) und die Pflegestufe II (1.279 EUR) unverändert. Angehoben wird nur der Wert für Pflegestufe III (§ 43 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB XI) sowie für besondere Härtefälle der Stufe III (dazu vgl. § 43 Abs. 3 SGB XI):

Pflegestufe	ab 01.07.08	ab 01.01.10	ab 01.01.12
Stufe I	unverändert 1.023 EUR		
Stufe II	unverändert 1.279 EUR		
Stufe III	1.470 EUR	1.510 EUR	1.550 EUR
Härtefälle	1.750 EUR	1.825 EUR	1.918 EUR

Insgesamt darf die Härtefallregelung auf nicht mehr als 5 v.H. aller Pflegebedürftigen der Stufe III, die stationär gepflegt werden, angewendet werden (§ 43 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Bisher war auch insoweit Bezugspunkt nicht die Gesamtzahl aller, sondern nur die Zahl der bei einer bestimmten Pflegekasse versicherten Pflegebedürftigen.

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Verhinderungspflege besteht nach sechs Monaten Pflege in häuslicher Umgebung (bisher 12 Monate). Der Leistungsbetrag wird sowohl für die Verhinderungs- als auch für die Kurzzeitpflege angehoben und zwar in Euro:

ab 01.07.08	ab 01.01.10	ab 01.01.12
1.470 EUR	1.510 EUR	1.550 EUR

Besonderer Betreuungsaufwand Demenzkranker – Betreuungsbetrag

Nach § 45a SGB XI erhalten Personen mit einem besonderen Betreuungsaufwand, die häuslich gepflegt werden, besondere zusätzliche Betreuungsleistungen. Der berechnete Personenkreis wird in § 45a SGB XI definiert. Voraussetzung hierfür ist neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14, 15 SGB XI) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Dies waren bisher nach § 45a Abs. 1 Satz 2 SGB XI nur Pflegebedürftige der Stufen I bis III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen Auswirkungen auf die Aktivität des täglichen Lebens festgestellt sind, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen.

Dieser Personenkreis wird nunmehr erweitert auf Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, bei denen aber ebenfalls demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen, die Auswirkungen auf die Aktivität des Täglichen haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen (zum zusätzlichen Anspruch dieser Personen auf einen vergüteten Beratungsbesuch vgl. § 37 Abs. 3 SGB XI). Diese Personen können neben den Leistungen der ambulanten oder teilstationären Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt (vgl. § 45b Abs. 1 SGB XI).

Ab 01.07.2008 werden je nach Betreuungsbedarf ein Grundbetrag und ein erhöhter Betrag eingeführt. Der Betreuungsbetrag steigt von bisher 460 EUR jährlich auf bis zu 100 EUR monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 EUR monatlich (erhöhter Betrag), also auf 1.200 EUR bzw. 2.400 EUR jährlich. Personen mit einem vergleichsweise geringeren allgemeinen Betreuungsaufwand erhalten den Grundbetrag. Personen mit einem im Verhältnis dazu höheren allgemeinen Betreuungsbedarf bekommen den erhöhten Betrag. Die in einem Kalenderjahr nicht in Anspruch genommenen Leistungen können begrenzt, d. h. in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Die Höhe des Betrages wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) festgesetzt (vgl. § 45b Abs. 2 SGB XI).

Verfahrensrecht

Herabsetzung der Vorversicherungszeit

Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit werden auf Antrag gewährt, wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt und die Wartezeit erfüllt ist. Die Wartezeit wird ab 01.07.2008 von bisher fünf auf zwei Jahre herabgesetzt, so dass die Wartezeit erfüllt ist, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre in der Pflegeversicherung als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war (vgl. § 33 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI).

Möglichkeit zu Befristungen

Die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs nach der Einschätzung des MDK zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum darf drei Jahre nicht überschreiten (vgl. § 33 Abs. 1 Sätze 4 ff. SGB XI).

Soweit bisher Leistungen unbefristet gewährt worden sind, bleibt es dabei. Für „Altfälle“ bleibt es bei unbefristeter Bewilligung. Deren Rücknahme bzw. Aufhebung ist gemäß §§ 45, 48 SGB XI ggf. nur aus anderen Gründen möglich.

Verkürzung der Vorpflegezeit bei Verhinderungspflege

Wer einen Angehörigen pflegt, hat schon bisher über die Pflegeversicherung Anspruch auf so genannte Verhinderungspflege. Das heißt: Will ein pflegender Angehöriger Urlaub machen, besteht Anspruch auf eine Pflegevertretung für bis zu vier Wochen im Jahr, wenn bereits „geraume Zeit“ Pflegeleistungen erbracht worden sind. Das waren bisher mindestens zwölf Monate. Die Vorpflegezeit für die erstmalige Inanspruchnahme der Verhinderungsbzw. Urlaubspflege wird nunmehr auf sechs Monate verkürzt (vgl. § 39 Satz 2 SGB XI).

„Poolen“ von Leistungsansprüchen

Neu eingeführt wird die Möglichkeit, Leistungsansprüche zu „poolen“. Nach § 36 Abs. 1 Sätze 5 ff. SGB XI können mehrere Pflegebedürftige Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistungen in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Damit soll dem Bedürfnis Pflegebedürftiger Rechnung getragen werden, im Alter in anderen Wohnformen, z. B. in Senioren-WGs, und möglichst selbstbestimmt zu leben. Das so genannte „Poolen“ von Leistungsansprüchen soll u. a. die Nutzung neuer Wohnformen oder Wohn- oder Hausgemeinschaften verbessern.

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass z. B. mehrere Pflegebedürftige in einer Wohngemeinschaft, einem Gebäude oder in der Umgebung, etwa in einer Straße, „gepoolte“ Leistungen in Anspruch nehmen können. Die hierdurch entstehenden Zeit- und Kosteneinsparungen seien ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen. In der Gesetzesbegründung wird zutreffend darauf hingewiesen, dass dadurch keine Benachteiligungen bei der notwendigen Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung eintreten dürfen. Jeder am „Pool“ Beteiligte muss die ihm aus dem „Pool“ zustehenden Leistungen in angemessenem Umfang erhalten (vgl. BT-Drs. 16/7439, S. 54 zu Nr. 17 -§ 36). Die Regelung wird durch eine „poolspezifische“ Vergütungsregelung der Pflegedienste ergänzt (vgl. § 89 Abs. 3 SGB XI).

Nach Ansicht von Sozial-Juristen fußt die gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen, d. h. das „Poolen“, auf freiwilliger Basis. Kein Pflegebedürftiger kann gezwungen werden, sich mit den ihm persönlich als subjektiv-öffentliches Recht zustehenden Pflegeleistungs-Ansprüchen an einem „Pool“ zu beteiligen, in dem seine und die Ansprüche anderer nicht mehr unterscheidbar „zusammengelegt“ werden. Zur Herstellung der erforderlichen Rechtsklarheit sollte eine schriftliche Vereinbarung der am „Pool“ beteiligten Hilfebedürftigen einerseits und der Pflegedienste andererseits angestrebt werden. Zudem steht jedem Hilfebedürftigen das Recht zu, seine Beteiligung am „Pool“ jederzeit zu beenden, ohne dies im Einzelnen sachlich begründen zu müssen. (L.J.)

Quellen: Paritätischer Gesamtverband; www.bmg.bund.de

3. Die Tiefe Hirnstimulation zur Behandlung der Parkinsonkrankheit

Dr. Jens Volkmann, Klinik für Neurologie, Kiel

Einleitung

Mann mit Stimulationselektrode und Schrittmacheraggregat Operative Behandlungsverfahren spielen heutzutage eine größere Rolle bei der Parkinsonkrankheit als noch vor 10 Jahren. Die Tiefe Hirnstimulation ist mittlerweile ein etabliertes Verfahren zur Behandlung der fortgeschrittenen Parkinsonkrankheit, zu dem umfangreiche Studienergebnisse vorliegen und das in den Leistungskatalog aller gesetzlichen und privaten Krankenkassen aufgenommen wurde.

Grundlage dieses Behandlungsverfahrens ist die Erkenntnis, dass den Symptomen der Parkinsonkrankheit eine krankhaft veränderte Nervenzellaktivität in wenigen, umschriebenen tiefen Hirnkernen zugrunde liegt. Eine Schlüsselrolle nimmt der subthalamische Kern ein, in dem die Aktivität der Nervenzellen abnorm gesteigert ist und der andere hemmende Kerngebiete antreibt, die wie eine „Bremse“ auf Bewegungszentren in der Hirnrinde wirken. Hierdurch entstehen die abnorm verlangsamten Bewegungen bei der Parkinsonkrankheit und die Unfähigkeit Bewegungen willentlich zu starten (Akinese). Im Tiermodell der Parkinsonkrankheit konnte gezeigt werden, dass eine Beseitigung der Überaktivität des subthalamischen Kerns durch eine gezielte Zerstörung Parkinsonsymptome lindern kann.

Als schonende Alternative zur läsionellen Chirurgie, bei der über eine Thermokoagulationssonde wenige Kubikmillimeter Gewebe durch Erhitzen zerstört werden, wurde seit den 1980er Jahren die Tiefe Hirnstimulation entwickelt. Durch eine hochfrequente elektrische Reizung des Zielgebietes kann die Nervenzellaktivität im erkrankten Hirnareal reversibel blockiert werden. Die Effekte einer Läsion werden so nachgeahmt ohne das Gewebe tatsächlich schädigen zu müssen. Für die dauerhafte elektrische Reizung wird eine Stimulationselektrode in das Zielgebiet implantiert und mit einem Impulsgenerator (Schrittmacheraggregat) verbunden, der unter dem Schlüsselbein eingepflanzt wird. Alle Kabelverbindungen verlaufen unter der Haut. Das Schrittmachersystem kann mit Hilfe eines Arzt- oder Patientenprogrammiergerätes von außen durch eine Funkverbindung eingestellt werden. Durch Veränderung der elektrischen Parameter kann die Wirkung verstärkt oder abgeschwächt und eventuelle Nebenwirkungen der Stimulation behoben werden.

Der Vorteil des Verfahrens gegenüber den früher praktizierten Hirnläsionen liegen daher auf der Hand: Die Tiefe Hirnstimulation ist prinzipiell reversibel, weil kein Gewebe zerstört wird und lässt daher alle Optionen für eventuelle zukünftige Behandlungsverfahren offen, die eine intakte Hirnstruktur voraussetzen. Bei Nebenwirkungen oder Fortschreiten der Symptome im Krankheitsverlauf können die Einstellungen angepasst werden. Darüber hinaus sind im Unterschied zu läsionellen Verfahren auch beidseitige Eingriffe ohne erhöhtes Risiko möglich, die praktisch immer bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung notwendig sind.

Indikationsstellung

Die Tiefe Hirnstimulation kommt in erster Linie für Patienten in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium in Frage, bei denen medikamentös nicht beherrschbare motorische Komplikationen vorliegen. Als wesentliche Indikationskriterien gelten derzeit:

1. Schwere Off-Phasen mit einer ausgeprägten Akinesie (die z. B. das Gehen behindert und die Mobilität erheblich einschränkt),
2. ausgeprägte medikamenteninduzierte Dyskinesien (Überbewegungen) mit einer funktionellen Beeinträchtigung,
3. schwerer hochamplitudiger Parkinsontremor, der die Alltagsverrichtungen behindert.

Für die Indikationsstellung ist von entscheidender Bedeutung, ob sich die Off-Phasen-Symptome nach Gabe einer ausreichenden Levodopa-Dosis verbessern. Grundsätzlich sprechen auf die Tiefe Hirnstimulation nur diejenigen Symptome an, die auch doparesponsiv sind. Der beste On-Zustand

– d. h. der Zustand, den ein Patient unter optimaler Medikamentenwirkung im Tagesverlauf erreicht – kann den bestmöglichen Effekt der Tiefen Hirnstimulation recht genau vorhersagen. Wenn ein Patient beispielsweise auch in den Zeiten optimaler Medikamentenwirkung eine Gangstörung mit Freezing (Festkleben der Füße am Boden) hat, so muss man annehmen, dass dieses Problem auch nach einer erfolgreichen Operation fortbestehen wird. Ideale Kandidaten haben unter bester Medikamentenwirkung praktisch keine Parkinsonsymptome, leiden aber unter den Wirkschwankungen der Medikamente mit häufigen Unbeweglichkeitsepisoden oder störenden Überbewegungen.

Der so genannte „Levodopatest“ ist daher wichtigster Bestandteil der präoperativen Evaluation von Operationskandidaten. Für diesen Test werden über Nacht alle Parkinsonmedikamente abgesetzt. Am nächsten Morgen wird der Schweregrad der Parkinsonsymptome mit einer standardisierten Symptomskala erhoben. Danach erhält der Patient eine überschwellige Dosis löslichen Levodopas, die sicherstellt, dass der bestmögliche Zustand der Beweglichkeit (zumindest kurzfristig) erreicht wird. Bei der erneuten Untersuchung sollten die Parkinsonsymptome um mindestens 50 Prozent oder mehr gebessert sein, um einen guten Operationserfolg vorhersagen zu können. Eine Ausnahme stellt der Parkinsontremor dar, der hervorragend auf die Tiefe Hirnstimulation ansprechen kann, selbst wenn vorher keine signifikante Besserung im Levodopatest festzustellen war.

Die wichtigsten Ausschlusskriterien für eine Operation sind eine schwere Gleichgewichts- oder Gangstörung trotz optimaler Medikamentenwirkung, eine Demenz, eine deutliche Hirnatrophie (Aufweitung der Hirnwindungen) in der Kernspintomographie des Schädels, eine Blutungs- oder Infektneigung und ein reduzierter Allgemeinzustand. Ein hohes Lebensalter allein stellt bei gutem Allgemeinzustand nicht unbedingt eine Kontraindikation für die Operation dar. Der zu erwartende symptomatische Nutzen ist bei Patienten über 70 Jahren aber geringer als bei jüngeren Patienten und das Risiko, insbesondere einer Verschlechterung des Gehens oder der geistigen Leistungsfähigkeit, ist höher.

Klinische Ergebnisse

Stimulation des Nucleus subthalamicus

Die bilaterale Implantation von Stimulationselektroden in den Nucleus subthalamicus (STN) ist zurzeit der am häufigsten durchgeführte funktionelle stereotaktische Eingriff zur Behandlung des Morbus Parkinson. Zur STN-Stimulation liegen auch die meisten klinischen Studien vor, die bei bilateraler Therapie einer durchschnittlichen Reduktion der Off-Phasen-Symptome um ca. 50-60 Prozent und der Dyskinesien um ca. 70 Prozent gerechnet werden. Die medikamentösen Wirkschwankungen werden in erheblichem Ausmaß reduziert. Auch die Antiparkinsonmedikation kann durchschnittlich um ca. 50-60 Prozent reduziert werden. Die Aktivitäten des täglichen Lebens bessern sich gegenüber dem präoperativen Zustand ebenfalls signifikant. Diese Effekte der STN-Stimulation scheinen über lange Jahre anzuhalten, wie erste Langzeitstudien bis zu fünf Jahre nach Operation belegen.

Die STN-Stimulation ist allerdings keine Heilung der Parkinsonkrankheit. Bestimmte Symptome, die auch schwer durch Medikamente zu behandeln sind, können fortschreiten und den Patienten trotz guten Ansprechens auf die Stimulationsbehandlung im weiteren Verlauf beeinträchtigen: Hierzu zählen Sprechstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Gangstörungen wie das Freezing, aber auch nichtmotorische Symptome wie Inkontinenz, Antriebsstörungen oder Gedächtnisstörungen. Nach den vorliegenden Daten wird deutlich, dass unter der STN-Stimulation Nebenwirkungen in relevantem Ausmaß vorkommen. Klinisch besonders bedeutsam sind psychiatrische Nebenwirkungen mit dem Auftreten einer behandlungsbedürftigen Depression, Freudlosigkeit oder Antriebsstörung bei etwa 5-10 Prozent der Patienten, die in erster Linie als Entzugssymptome einer zu raschen oder umfassenden Reduktion der Parkinsonmedikamente auftreten. Andere stimulationsbedingte Nebenwirkungen umfassen Sprechstörungen (ca. 10%), Überbewegungen (ca. 3%) und die so genannte Apraxie der Augenöffnung (ca. 3%). In aller Regel sind diese Nebenwirkungen vorübergehend und lassen sich durch eine Anpassung der Stimulationsparameter oder der Medikation für den Patienten zufrieden stellend reduzieren.

Medikation für den Patienten zufrieden stellend reduzieren

Trotz der möglichen Komplikationen konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden, dass die Tiefe Hirnstimulation die Lebensqualität der Betroffenen entscheidend verbessert. In einer großen Untersuchung des Kompetenznetzwerkes Parkinsonsyndrom wurde kürzlich erstmalig nachgewiesen, dass bei fortgeschrittener Parkinsonkrankheit mit motorischen Fluktuationen und Dyskinesien, die Nucleus-subthalamicus-Stimulation der bestmöglichen Medikamentenbehandlung in Hinblick auf die Verbesserung der Krankheitssymptome, der Alltagsaktivitäten und der Lebensqualität signifikant überlegen ist. Bei dieser Untersuchung wurde eine Patientengruppe für ein halbes Jahr bestmöglich medikamentös eingestellt, während eine zweite Gruppe sofort mittels einer Tiefen Hirnstimulation behandelt wurde. Am Ende des Beobachtungszeitraumes war die Lebensqualität in der operierten Patientengruppe um 25 Prozent gebessert, während sich keine Änderung in der Medikamentengruppe ergab.

Als Alternative zum subthalamischen Kern stehen zwei weitere Kerngebiete als Ziel für eine Tiefe Hirnstimulation zur Verfügung. Ihre Wahl ist aber speziellen Fällen vorbehalten, sodass sie hier nur kurz angesprochen werden.

Stimulation des Globus pallidus internus (Gpi)

Auch die GPi-Stimulation führt zu einer Verbesserung aller Symptome der Parkinsonkrankheit. Nach den vorliegenden Studien ist jedoch insgesamt mit einem geringeren Effekt als bei der STN-Stimulation zu rechnen. Die durchschnittliche Verbesserung der motorischen Symptome liegt bei ca. 35 Prozent, die Dyskinesien werden um durchschnittlich 65 Prozent und die täglichen Off-Phasen um 35 Prozent reduziert. Im Gegensatz zur STN-Stimulation kann die Antiparkinsonmedikation postoperativ nicht reduziert werden, im Gegenteil kommt es im Verlauf eher zu einem geringen durchschnittlichen Anstieg von ca. 10 Prozent.

Darüber hinaus gibt es auch Hinweise darauf, dass der Langzeiteffekt der GPi-Stimulation bei einigen Patienten nicht ausreichend ist. Die Häufigkeit von Nebenwirkungen scheint nach der GPi-Stimulation allerdings geringer zu sein als nach einer Stimulation des Nucleus subthalamicus, sodass es eine „schonendere“ Alternative z. B. für ältere Patienten darstellt oder solche, die aus anderen Gründen nicht ideal für eine STN-Stimulation geeignet sind.

Stimulation des Thalamus (VIM-Kern)

Die Stimulation innerhalb des Nucleus ventralis intermedius (VIM), einem Kerngebiet innerhalb des Thalamus, ist eine effektive Behandlung verschiedener Zitterformen. Auch der Parkinsontremor spricht gut auf diese Therapie an, nicht aber die anderen Kardinalsymptome der Erkrankung. D. h. eine Bewegungsverlangsamung, die Muskelsteifigkeit (Rigor) oder eventuelle Überbewegungen würden unverändert fortbestehen. Die VIM-Stimulation ist daher nur für Patienten geeignet, die ganz überwiegend an einem Tremor leiden und bei denen aufgrund ihres Alters unwahrscheinlich ist, dass die anderen Symptome wesentlich fortschreiten werden. Studien mit einem Langzeitverlauf bis zu 10 Jahren zeigen, dass bei einer Mehrheit der Patienten eine vollständige oder nahezu vollständige Tremorsuppression über Jahre erzielt werden kann.

Risiken

Verglichen mit anderen Hirnoperationen sind die Risiken einer stereotaktischen Hirnoperation sehr gering. Der Eingriff wird in örtlicher Betäubung durchgeführt und der Patient befindet sich in ständiger Überwachung durch einen Neurochirurgen und einen Neurologen. Das Risiko einer Infektion der Wunden kann nicht ganz ausgeschlossen werden und macht gelegentlich die Entfernung des Fremdmaterials notwendig. Eine Hirnblutung mit ernsthaften Folgen stellt die am meisten gefürchtete Komplikation dar und ist als ganz seltene Ausnahme anzusehen. Das Risiko einen dauerhaften Schaden durch die Operation zu erleiden, liegt bei etwa 1-2 Prozent je nach Art der stereotaktischen Operation. Das Risiko steigt minimal, wenn die Operation in beiden Hirnhälften durchgeführt wird. Operationen mit Todesfolge oder schweren Behinderungen sind extrem selten (<1 Prozent). Aus diesem Grund ist die Risiko/Nutzen Relation zumindest bei schwer betroffenen Patienten akzeptabel.

Eine sorgfältige Patientenauswahl zum Ausschluss eines erhöhten chirurgischen Risikoprofils, trägt dazu bei, die Nebenwirkungsraten auf dem aktuell niedrigen Niveau zu halten. Insbesondere ist hier die enge Kooperation zwischen neurochirurgischem und neurologischem Team von außerordentlicher Bedeutung. Stimulationsbedingte Nebenwirkungen werden in der Regel durch eine ungewollte Ausbreitung des Stroms in benachbarte Faserzüge oder Kerngebiete hervorgerufen.

Eine sorgfältige intraoperative neurologische Beurteilung der Stimulationseffekte und eine optimale Elektrodenpositionierung tragen dazu bei, das Auftreten dieser Nebenwirkung zu reduzieren. Durch die Stimulation induzierte Nebenwirkungen sind durch das Unterbrechen der Stimulation vollständig reversibel und können meistens durch das Ändern der Stimulationsparameter verbessert werden. Bei einigen Patienten ist eine wirksame Stimulation allerdings nicht ohne das Auftreten von Nebenwirkungen zu erreichen, sodass Patient und Arzt gemeinsam entscheiden müssen, bis zu welchem Grad stimulationsinduzierte Nebenwirkungen vom Patienten toleriert werden können.

Verlauf der Operation

Stereotaktische Operationen sind Eingriffe am Gehirn, bei denen über ein kleines Bohrloch im Schädel mit Hilfe eines Zielgerätes Sonden an genau vorausberechneten Stellen im Gehirn platziert werden können. Das Anlegen des stereotaktischen Zielgerätes erfolgt in der Regel in Kurznarkose. Nachfolgend werden Schichtbilder (Computer- oder Kernspintomographie) mit dem am Kopf befestigten Rahmensystem durchgeführt, die der Berechnung des Zielpunktes und des Sondenverlaufes dienen. Zum Einbringen der Elektroden ist auf jeder Seite ein kleines Bohrloch im Schädel (wenige mm Durchmesser) erforderlich. Meist erfolgt zunächst eine Ableitung der Nervenzellaktivität in Zielpunktnähe mit Hilfe von Mikroelektroden, um das Zielgebiet exakt zu definieren, danach werden Testreizungen durchgeführt, die die Mitarbeit des Patienten erfordern. Dieser Teil der Operation erfolgt daher nur noch in örtlicher Betäubung, um die Wirkung der Stimulation auf die Parkinsonsyndrome beurteilen zu können und mögliche Nebenwirkungen Kribbeln, Sprechstörungen, Augenbewegungsstörungen, Muskelverkrampfungen usw. festzustellen.

Während der Operation wird vorrangig der Rigor bzw. ein eventuell vorhandener Tremor vom behandelnden Neurologen zur Beurteilung einer optimalen Lokalisation herangezogen. Die Fortführung des Eingriffs kann in örtlicher Betäubung vorgenommen werden, da Eingriffe im Gehirn selbst schmerzfrei sind. Nachdem der optimale Wirkort gefunden ist, wird die endgültige Stimulationselektrode mit vier Elektrodenkontakten eingeführt und am Schädeldach fixiert. In einem zweiten Eingriff an einem der Folgetage oder in vielen Zentren auch im Anschluss an die Elektrodeimplantation wird unter Vollnarkose das Schrittmacheraggregat eingepflanzt und über ein Verlängerungskabel an die Elektroden angeschlossen. Die Dauer des Eingriffes variiert von Zentrum zu Zentrum sowie von Patient zu Patient und beträgt zurzeit ca. 6-10 Stunden.

Nachbetreuung

Die Nachbetreuung – und dies gilt besonders für Patienten mit einer STN-Stimulation – ist der zeitlich aufwändigste Teil der operativen Behandlung. Er dient einer möglichst optimalen Abstimmung zwischen Medikamentenwirkung und Wirkung des Stimulationssystems. Hierzu ist es erforderlich, dass die vier Kontakte der implantierten Elektrode einzeln überprüft werden. Hierfür sind wie bereits während der Operation Testreizungen erforderlich, um die Einstellungen für den bestmöglichen Stimulationseffekt zu ermitteln. Dauerhafte Nebenwirkungen können durch Anpassung der Stimulationsparameter in der Regel vollständig vermieden werden. Nach der Operation verbleibt der Patient für ca. 2-3 Wochen stationär, während eine erste grobe Anpassung von Medikamenten und Stimulationsparametern erfolgt. In den nachfolgenden Monaten sind meist nur geringe Änderungen dieser Einstellungen erforderlich, um die Behandlungseffekte zu stabilisieren. Nach spätestens 6-12 Monaten ist die Einstellung in der Regel abgeschlossen und die Parameter bleiben weit gehend stabil.

Patientenauswahl

Hauptziel der Patientenauswahl ist es, diejenigen Patienten zu identifizieren, bei denen der erwartete Nutzen die Risiken der Operation überwiegt. Die funktionelle Stereotaxie hat das Ziel, die motorischen Funktionen zu verbessern und die Behinderung durch eine Linderung der Symptome der Bewegungsstörung zu mildern. Der Begriff Behinderung bezieht sich dabei auf die körperliche Ebene, die Funktionseinschränkungen und auch die sozialen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung. Der Grad der funktionellen Beeinträchtigung und sozialen Einschränkung, der für den Patienten aus der körperlichen Behinderung resultiert, hängt daher von persönlichem Umfeld und der individuellen Einschätzung durch den Patienten selbst ab. Vor der Indikationsstellung zur Tiefen Hirnstimulation müssen die behandelnden Ärzte folgende Fragen in die Entscheidungsfindung einbeziehen:

- Ist das Zielsymptom des stereotaktischen Eingriffs die Hauptursache für die Behinderung des Patienten?
- Welche anderen Quellen tragen wesentlich zur Behinderung des Patienten bei?
- Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit für eine relevante Linderung des Zielsymptoms durch die tiefe Hirnstimulation?
- Wie hoch ist das individuelle Risiko für das Auftreten von Nebenwirkungen?
- Welche Ziele können in der Rehabilitation des Patienten erreicht werden?
- Hat der Patient realistische Einschätzungen im Hinblick auf die zu erwartende Beschwerdelinderung?
- Wurde der Patient ausführlich über das persönliche Risiko/Nutzen-Verhältnis und Behandlungsalternativen aufgeklärt?
- Wurden die zur Verfügung stehenden Medikamente ausreichend lange in ausreichend hoher Dosis eingenommen?

- Welchen natürlichen Verlauf hat die zugrunde liegende Bewegungsstörung?
- Bestehen neurochirurgische Kontraindikationen (unkontrollierter Hypertonus, Antikoagulation, Herzschrittmacher, relevante Hirnatrophie)?
- Leidet der Patient an einer Demenz, einer schweren Depression, Zwangs-, Angst- oder Wahnstörungen als Kontraindikation?
- Ist die Lebenserwartung des Patienten durch eine Zweiterkrankung mit ungünstiger Prognose reduziert?

Die zunehmende Erfahrung mit der Tiefen Hirnstimulation, ihrer hohen Effektivität und ihrer relativen Sicherheit, haben dazu geführt, dass aktuell ein früherer Einsatz dieser Therapie im Krankheitsverlauf diskutiert wird. Hintergrund ist, dass in Spätstadien der Erkrankung durch die Tiefe Hirnstimulation zwar eine weit reichende Verbesserung der motorischen Symptome erreicht werden kann, dass bei vielen Patienten im langjährigen Krankheitsverlauf aber bereits psychosoziale Folgen eingetreten sind, die trotz erfolgreicher Behandlung nicht mehr reversibel sind. Hierzu zählen der Verlust der Erwerbsfähigkeit, die gesellschaftliche Ausgrenzung oder der Verlust von Freundeskreis und Familie. Erste klinische Fallbeispiele sprechen dafür, dass durch einen früheren Einsatz der Tiefen Hirnstimulation diese Krankheitsfolgen auf der psychosozialen Ebene gemindert oder vermieden werden können. Eine klinische Studie, die den Einsatz der Nucleus-subthalamicus-Stimulation am Ende der medikamentösen "Honeymoon"-Phase, zu Beginn der Wirkfluktuationen und Dyskinesien prüfen sollen, wird derzeit in Deutschland und Frankreich durchgeführt. Über die so genannte EARLYSTIM-Studie informiert das Kompetenznetzwerk Parkinsonsyndrom und das Koordinierungszentrum an der Neurologischen Universitätsklinik Kiel.

4. Weingenuss erhöht Parkinson-Risiko?

Prof. Naughton und Dr. Petroczi von der Kingston Universität, England berichteten in dem Chemistry Central Journal über ihre Untersuchungen von der Analyse der Weinproduktion von 16 Ländern. Aufgrund dieser Untersuchungen halten sie den Metallgehalt der Weine aus den meisten Ländern für problematisch. Diese Metalle könnten den oxidativen Stress erhöhen und demzufolge die Entstehung einiger Krankheiten wie Parkinson und anderer degenerativen Krankheiten begünstigen.

In den meisten untersuchten Weinsorten war die Konzentration der Metal-Ionen deutlich über dem Grenzwert, der noch als ungefährlich gilt.

Für Sie gelesen:
Dr. Fornadi

Impressum

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

Geschäftsführer: Dr. Cameron Marshall (Vors.), Dr. Thomas Werner, 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.