

Inhalt

1. Aktuelles aus dem Expertenforum
2. Medikamentöse Therapie der Parkinson-Krankheit
3. Parkinson-Patienten & Schwerbehindertenrecht
4. Studie findet Lewy-Körperchen in transplantierten Zellen

1. Aus unserem Expertenforum

Autor	Nachricht
Karla	<p data-bbox="470 613 839 647">Titel: Hilflös als Angehörige</p> <p data-bbox="470 696 547 730">Hallo,</p> <p data-bbox="470 763 1453 920">mein Schwiegervater leidet seit 10 Jahren unter Parkinson. Er ist 54 und seit ca. 5 Jahren Rentner. Leider wird die Krankheit in den letzten zwei Jahren immer schlimmer. Die Medikamente wurden in der letzten Zeit häufig umgestellt, damit es ihm wieder besser geht, leider hat die Verbesserung meist nur für ein paar Wochen angehalten.</p> <p data-bbox="470 954 1453 1536">Er ist oft nicht in der Lage alleine aufzustehen, benötigt dann Hilfe, um aus dem Sessel zu kommen, zur Toilette zu gehen etc. Oft ist seine Rückenmuskulatur so verspannt, dass er sich kaum bewegen kann. Wir wissen nicht recht, wie wir ihm helfen können. Meine Schwiegermutter kommt mit der Situation überhaupt nicht zurecht, sie hilft ihm so gut wie gar nicht, hält sich aus allem raus und ist oft regelrecht "genervt". Die jüngste Schwester meines Mannes wohnt noch bei den Eltern, hilft wo sie kann, die Situation belastet sie jedoch so sehr, dass sie sich in psychologischer Behandlung befindet. Mein Mann ist voll berufstätig, nach der Arbeit geht er jeden Tag zu seinem Vater, um ihn zu massieren und ihm zu helfen, dann ist es aber leider oft schon "zu spät", wenn er seine Massage nicht schnell bekommt, sobald die Muskulatur versteift, kann er sich den ganzen Tag nicht bewegen. Mein Schwiegervater wacht regelmäßig nachts auf, muss zur Toilette und ist dann nicht in der Lage, aufzustehen. Wenn seine Tochter dann nicht da ist, ruft er bei uns an und mein Mann fährt zu ihm, um ihm zu helfen. Das Problem ist nur, dass er dadurch auf der Arbeit nicht die volle Leistung bringen kann, da ihm Schlaf fehlt.</p> <p data-bbox="470 1570 1453 1895">Wir wissen nicht, wie es weitergehen soll. Wir haben uns kürzlich mit meinem Schwiegervater zusammengesetzt und vorgeschlagen uns bzgl. eines Pflegedienstes zu erkundigen. Da ist er richtig böse geworden, wir wollten ihn abschieben. Das ist aber wirklich nicht so, aber wir können ihm einfach nicht die Hilfe bieten, die er braucht, da wir voll berufstätig sind und auch einfach nicht die entsprechende Ausbildung haben. Die Situation ist seit diesem Gespräch sehr gespannt, er scheint richtig sauer zu sein, obwohl wir es doch nur gut meinen und möchten, dass er Hilfe bekommt. Er geht auch nicht zu einer Selbsthilfegruppe o.ä., lässt sich völlig hängen, macht seine Übungen nicht.</p> <p data-bbox="470 1928 1406 1984">Entschuldigung, dass der Text so lang geworden ist, ich weiß einfach nicht weiter.</p> <p data-bbox="470 2018 1453 2112">Vielleicht hat jemand ein paar Tipps für uns? Zum Beispiel, wo man sich erkundigen kann, ob es möglich ist, dass mein Schwiegervater eine Pflegestufe bekommt.</p>

	<p>Danke fürs lesen Karla</p>
viktorja	<p>Hallo Karla, kann Deine Sorge gut verstehen und auch die Hilflosigkeit. Gerade wenn der Betroffene so mismutig reagiert. Du fragst wegen Pflegestufe, Du mußt das unbedingt beantragen. Das steht Deinem Schwiegervater zu. Da ihr berufstätig seit, könntet Ihr auch eine Tagespflege in anspruch nehmen, wo der Patient Morgens abgeholt wird und spätnachmittags wieder nach Hause gebracht wird. Wegen der Pflegestufe würde ich mich mit der Krankenkasse in Verbindung setzen, das geht dann über den Medizinischen Dienst u.s.w. Wenn es ihm schon so schlecht geht kann man sogar sStufe II beantragen. Dauert zwar ein bisschen. Es gibt dann auch die Möglichkeit den Pflegedienst nach Hause kommen zu lassen. Man muß halt ein bisschen dahinter sein. L.G. Viktoria</p>
Experte Dr. Fornadi	<p>In den Seiten von www.parkinson-web.de gibt es ein Verzeichnis über Recht und Versicherung, dort finden Sie auch einen Beitrag zur Pflegeversicherung und Pflegestufe.</p> <p>MfG Dr. Fornadi</p>
binigirlie	<p>Hallo Karla,</p> <p>wenn ich deinen Text so lese, tut es mir gut zu sehen, dass andere Angehörige auch ihre Probleme haben. Ich bin als Tochter betroffen. Meine Mutter (67) leidet auch seit ca. 10 Jahren an Parkinson. Meine Eltern haben auch nachts ganz besonders die Probleme, da meine Mutter sehr oft auf die Toilette muss und zu allem Überfluß seit einem 3/4 Jahr auch noch ein versteiftes Knie hat., da leider nach der Knie Op ein Keim im Knie war und alles wieder raus muss. Das erschwert natürlich die Situation.</p> <p>Ich überlege derzeit auch, wie wir die Situation etwas verbessern können, da mein Vater auch keine Nacht mehr schlafen kann. Meine Mutter hat problemlos die Pflegestufe 2 bekommen. Aber wer hilft einem in so einer Situation wie bei euch auch in der Nacht. Da nützt auch kein Pflegedienst etwas. Ihr solltet aber auf alle Fälle versuchen, die Pflegestufe zu beantragen.</p> <p>Habt ihr es schonmal mit einem Bettgallen in der Nacht versucht. Das bekommt man dann auch über die Pflegekasse.</p> <p>Also, den Kopf nicht hängen lassen. ES kann jeder dankbar sein, der einigermaßen gesund ist. Es gibt so viel Elend-.</p>
Martha H.	<p>Hallo Karla,</p> <p>wenn eines der Probleme der nächtliche Harndrang ist, könnte dieses durch die Benutzung einer Bettflasche bei einem Mann elegant und leicht gelöst werden. Frauen haben da mehr Probleme. Erhältlich z.B. im Sanitätshaus.</p> <p>Dadurch ist Ihnen leider nicht tiefgreifend geholfen, und auch ich unterstütze Sie im Entschluss sich um Pflegekräfte und die Pflegeeinstufung zu kümmern.</p>

	<p>Für die Erinnerung zur regelmäßigen Tabletteneinnahme gibt es einen Tablettendosierer/Pillendose, der täglich neu befüllt werden muss und dann zur eingestellten Uhrzeit nervig und ausdauernd piept oder lautlos wie ein handy vor sich hin rumpelt.</p> <p>Wenn Sie bei www.ebay.de die Suchbegriffe "Pillendose, Alarm" eingeben, finden Sie auch den Anbieter aus Dortmund, von dem wir das Gerät kauften, welches mein Mann nun seit etwa 3 Monaten erfolgreich anwendet. Die Tabletten können auch früher entnommen werden, sodass mein Mann auch in der Öffentlichkeit nicht piepend auffallen muss.</p> <p>Alles Gute, Martha</p>
<p>Karla</p>	<p>Hallo,</p> <p>erstmal vielen Dank für die Antworten, Tipps und aufmunternden Worte.</p> <p>Mein Schwiegervater hatte diese Woche einen Termin bei seinem Arzt, der war sehr erschrocken über seinen Zustand und hat ihm geraten, eine Pflegestufe zu beantragen, als ihm "ein Profi" dazu geraten hat, war die Reaktion ganz anders, als bei uns. Außerdem hat der Arzt empfohlen, ein Pflegebett zu beschaffen und eine höhere Behinderungsstufe (ich weiß grad nicht, wie das richtig heißt) zu beantragen, da er momentan "nur" 50 % hat.</p> <p>Wir erkundigen uns jetzt vor allem nach einem Bett, haben im Internet gesehen, dass es Pflegebetten gibt, die beim "aufstehen" helfen, das klingt gut.</p> <p>Der Arzt hat ihm jetzt auch neue Medikamente verschrieben und gesagt, er möchte ihn in eine Parkinsonklinik einweisen, falls es mit der neuen Medikation nicht besser wird, weil die Medikamente eigentlich erst vor drei Monaten neu eingestellt wurden.</p> <p>Ich hoffe, es geht meinem Schwiegervater bald besser, es ist schlimm zu wissen, wie sehr er leidet.</p> <p>Grüße Karla</p>
<p>LL</p>	<p>Liebe Karla,</p> <p>es ist wichtig, dass Ihr Schwiegervater beim Besuch des ärztlichen Dienstes nicht versucht, sich möglichst gut darzustellen.</p> <p>Klar, dass ein Mann mit 54 sich nicht als "Pflegefall" fühlen will!</p> <p>Doch Ihre Schwiegermutter, Ihre Schwester und auch Ihr Mann sollten dokumentieren, wieviel Zeit sie für die Pflege aufbringen.</p> <p>Beantragt Ihr Schwiegervater denn regelmäßig genügend Krankengymnastik/Massagen? Für Ihren arbeitenden Mann ist die derzeitige Situation unzumutbar!</p>
<p>viktorias</p>	<p>liebe Karla, bins nochmal .Um auf den medizinischen Dienst zu kommen muß ich meinen vorschreibern recht geben .Es ist ganz wichtig ,sogar ein pflegetagebuch zu führen um mal eine Woche den tages und</p>

	<p>Nachtablauf zu dokumentieren. Es ist ein Witz wenn man liest wie lange man zu bestimmten Tätigkeiten nur brauchen darf. Gerade bei MP ist die Dauer bestimmter Verrichtungen viel länger. Um auf das Nachts zum WC gehen zu verzichten, kann man bei einem Mann gut eine Urinfl. (wie Martha H.) schon schrieb oder auch ein Urinalkondom benutzen. Das funktioniert ganz gut, mach ich bei meinem Mann auch. Noch mal alles Gute und nicht zu fit sein wenn der Medizinische Dienst kommt, aber ich denke das kann man bei dem Krankheitszustand eh nicht Lieben Gruß Viktoria</p>
<p>ulli</p>	<p>Liebe Karla, noch eine weitere Nachbemerkung zum Thema "Pflegestufe", den Tipps der Vorrednerinnen schließe ich mich ansonsten an.</p> <p>Solltest du nicht sofort Hilfsmittel für deinen Schwiegervater benötigen, die zu den sog. Pflegehilfsmitteln gehören, rate ich, zuzuwarten, bis er eine Pflegestufe erhalten hat. Dies könnte ich mir im vorliegenden Fall vorstellen.</p> <p>Sobald er durch den Med. Dienst eingestuft worden ist, hat er Anspruch auf Ersatz (in gewissem Rahmen, Höchstgrenze € 2600.- pro Massnahme in besonderen Fällen, wie behindertengerechtes Bad, Treppenlift, da müssen allerdings hohe Eigenleistungen bedacht werden) bestimmter Kosten. Ein "Pflegebett" würde auch bei der Anschaffung finanziell berücksichtigt werden.</p> <p>ABER: Niemals vor der Bewilligung durch die Pflegekasse eigenmächtig Umbaumaßnahmen vornehmen bzw. Hilfsmittel kaufen, es gibt sonst keine Kostenerstattung. Eine Genehmigung ist stets vorher einzuholen. Dies geschieht in der Regel unkompliziert und schnell, oft auch von Mitarbeitern örtlicher Pflegedienste.</p> <p>Selbst einen Angehörigen der Pflegestufe III pflegend seit mehreren Jahren, habe ich die Entwicklung der Einstufung seit 8 J. verfolgen können, von I schnell in die II, bald III. Das wurde noch nicht einmal beantragt, sondern von der begutachtenden Ärztin automatisch geregelt wg. schwerster Pflegebedürftigkeit. Hier knüpfe ich an die vorigen Beiträge an: Der wirkliche Pflegebedarf muss deutlich herausgestellt werden. Ein "das kann ich alles noch allein" (obwohl dies nicht zutrifft) des Pflegebedürftigen macht eine Einstufung (Pflege) nahezu unwahrscheinlich.</p> <p>Bei den Fahrten zu Ärzten und Heilbehandlern usw. wird leider nicht mehr beim Zeitaufwand hierfür zu Gunsten der Antragsteller bewertet. Das Führen eines Pflegetagebuchs über eine gewisse Zeit ist in der Tat sehr hilfreich und erleichtert das Begutachtungsgespräch bzw. die Untersuchung.</p> <p>Zu den "Prozenten" bei Schwerbehinderung. Mittlerweile hat sich der Begriff "Grad der Behinderung" -GdB- schon lange amtlich durchgesetzt. Ab GdB 50 ist man "schwerbehindert". Hierzu habe ich unter diesem Thema eine Menge geschrieben, und du kannst dort Informationen finden.</p> <p>Übrigens auch hier im informativen Bereich dieses Forums, wunderbar übersichtlich strukturiert nach Themen, einfach durchklicken!</p> <p>Sollten noch weitere Fragen auftreten, bitte nicht zögern, diese hier zu stellen.</p> <p>Alles Gute wünscht Ulli</p>

2. Medikamentöse Therapie der Parkinson-Krankheit

(Dr. Ferenc Fornadi, Gertrudis- Kliniken Biskirchen)

1. Einleitung

Die Therapie der Parkinson-Krankheit ruht im Allgemeinen auf vier tragenden Säulen. Die erste und grundlegende Säule ist die medikamentöse Kombinationstherapie der Krankheit. Der zweite, nicht weniger wichtige Stützpfeiler ist die Begleittherapie, das heißt die gezielte Krankengymnastik, Sprachtherapie, Ergotherapie und ähnliche ergänzende Maßnahmen. Die psychische Begleitung, die Hilfe bei der Krankheitsbewältigung und eine eventuell notwendig werdende Psychotherapie bilden die dritte Säule. Ergänzt werden im optimalen Fall diese therapeutischen Bemühungen durch den vierten Pfeiler: die Familien- und Angehörigetherapie.

Für fortgeschrittene Fälle, in denen mit medikamentösen Maßnahmen keine zufriedenstellende Besserung zu erreichen ist, steht heutzutage die neurochirurgische Behandlung mit der Tiefenhirnstimulation (THS) zur Verfügung.

Diese Maßnahmen haben die Lebensqualität der Patienten in den letzten 40 Jahren grundlegend verbessert und die Lebenserwartung weitgehend normalisiert.

Leider kann die heutige Behandlung das langsame Fortschreiten der Krankheit noch nicht verlangsamen oder sogar stoppen, obwohl einige Untersuchungen auf die neuroprotektive Wirkung einzelner Wirkstoffe (Dopamin-Agonisten, MAO-B-Hemmer, Amantadin) hinweisen. Die neuroprotektiven und neurorestaurativen Behandlungsmethoden (z.B. die Zelltransplantation) und die Einbeziehung der Gentechnik sind heute noch wichtige Aufgaben der Forschung und somit Zukunftsmusik.

2. Historischer Überblick – L-Dopa-Therapie

Obwohl die Parkinson-Krankheit, bzw. eine Erkrankung mit Zittern und Bewegungsstörungen schon in der Antike bekannt war, wurde die erste medikamentöse Behandlung, die bis Ende der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts die einzige Therapiemöglichkeit blieb, Mitte des 19. Jahrhunderts in Paris eingeführt. In der Klinik des berühmten Professor Charcot wurde Parkinson-Patienten ein Beruhigungsmittel, ein Belladonna-Präparat, verabreicht. Die Vorstellung, dass die Parkinson-Krankheit eine „nervöse“ Erkrankung ist, war falsch, die Wahl des Medikaments aber – wie es sich später herausstellte – gar nicht so verkehrt. Der Belladonna-Wirkstoff Atropin ist ein Gegenspieler des Acetylcholin. Wie wir wissen, ist dieser Überträgerstoff bei der Parkinson-Krankheit im Gehirn in Übermaß vorhanden.

100 Jahre später wurden dann weitere Gegenspieler des Acetylcholin, die so genannten Anticholinergika, synthetisch hergestellt und in der Behandlung eingesetzt. Diese Medikamente konnten aber das quälendste Symptom der Erkrankung, die Einschränkung der Beweglichkeit, die Akinese, leider nicht beeinflussen. 1960 erkannte man dann, dass die Symptome der Parkinson-Krankheit eine Folge des Absterbens Dopamin produzierender Zellen und damit ein Dopamin-Mangel im Gehirn ist. Nachdem der Dopamin-Mangel als Ursache der Störungen einmal ausgemacht war, schien es plausibel, dem Körper das fehlende Dopamin von außen zuzuführen.

Die ersten Behandlungsversuche mit Dopamin haben aber keine Wirkung gezeigt, weil Dopamin die so genannte „Blut-Hirn-Schranke“ nicht passieren und so nicht ins Gehirn eindringen kann. 1961 wurde dann zum ersten Mal Levo-Dopa oder kurz L-Dopa zur Behandlung eingesetzt. Dabei handelt es sich um eine Vorstufe von Dopamin. L-Dopa ist in der Lage, die Blut-Hirn-Schranke zu

überwinden und kann so ins Gehirn eindringen. Dort wird sie zum eigentlich wirksamen Dopamin umgewandelt.

Zunächst wurde L-Dopa als Spritze verabreicht, 1969 gab es dann die ersten Tabletten mit L-Dopa. Seitdem wurde die L-Dopa-Therapie ständig verfeinert. Ihre anfänglichen Nebenwirkungen, die auf die vorzeitige Umwandlung ins Dopamin noch in der Blutbahn zurückzuführen sind, konnten durch die Gabe von zusätzlichen Wirkstoffen weitgehend beseitigt werden.

L-Dopa zeigte von Anfang an eine hervorragende therapeutische Wirkung. Doch schon bald lernte man auch die Schattenseiten dieser hochwirksamen Behandlung kennen: das so genannte L-Dopa-Spättsyndrom oder mit anderem Namen das L-Dopa-Langzeitsyndrom.

3. L-Dopa-Spättsyndrom

Als vor 40 Jahren die L-Dopa-Therapie der Parkinson-Krankheit allgemein eingeführt wurde, dachten die damals tätigen Ärzte und so auch der Verfasser dieser Zeilen, dass nach der wundersamen Besserung der Symptome die Krankheit besiegt würde. Man zog Vergleiche mit der Insulin-Behandlung der Zuckerkrankheit, auch in diesem Falle wird ein fehlender körpereigener Stoff von außen zugeführt, ersetzt, mit anderen Worten substituiert. Nach einigen Jahren dieser leider überzogenen Hoffnung traten aber Probleme in der Langzeitbehandlung auf: die Schwankungen der Wirkung (motorische Fluktuationen) und die unwillkürlichen Überbewegungen (Dyskinesien).

Die gute symptomatische Wirkung der L-Dopa-Substitution, aber auch die Entstehung dieser die Langzeittherapie erschwerenden „Nebenwirkungen“, die besser als Spätkomplikationen bezeichnet werden sollten, können wir in einem fesselnden Film („Zeit des Erwachens“ mit Robert de Niro) nachvollziehen.

Die ersten 3-7 Jahre der L-Dopa-Substitution verlaufen im Allgemeinen sehr positiv. In dieser ersten „kompensierten“ Krankheitsphase, die auch als „Honeymoon-Periode“ (honeymoon = Flitterwochen) genannt wird, werden die Symptome weitgehend unterdrückt.

Leider kann aber auch die moderne Kombinationstherapie der Parkinson-Krankheit das Fortschreiten der Degeneration (Absterben) der Dopamin-Zellen in der Schwarzen Substanz nicht aufhalten. Wir wissen inzwischen, dass beim Auftreten der ersten körperlichen Symptome schon ca. die Hälfte dieser Zellen nicht mehr funktioniert.

Bei weiterem Zellschwund in der Schwarzen Substanz erreichen viele Patienten nach einem sehr individuellen Zeitraum die so genannte „dekompensierte“ Krankheitsphase, wo die genannten Spätkomplikationen auftreten. Ursache dieser Komplikationen ist nach aller Wahrscheinlichkeit die fehlende Dopamin-Speicherung der Nervenzellen der Schwarzen Substanz. Die Dopamin-Produktion aus L-Dopa kann auch in anderen Zellen (sog. Stützzellen) weiterlaufen, diese können aber das Dopamin nicht speichern.

Unter normalen Umständen wird das Dopamin in den Zellen der Schwarzen Substanz produziert, in den Speicherbläschen dieser Zellen gespeichert, bei Bedarf freigesetzt und wieder aufgenommen. Die Schwarze Substanz hat also eine ausgleichende, sog. Pufferfunktion. Beim Ausfall dieser Funktion ist die Wirkung von L-Dopa seiner Halbwertszeit entsprechend sehr kurz. Nach dem Abklingen der Wirkung (ca. 2 Stunden) entstehen Wirkungslücken (vorhersehbare „end of dose“-Erscheinungen, „wearing-off“).

In der weiteren Folge, vielleicht als Reaktion auf die nicht gleichmäßige, schwankende Stimulierung durch Dopamin, verändern sich auch die Dopamin-Rezeptoren im Streifenkörper (die Dopamin-Aufnehmer). Einerseits reagieren sie auch auf die unbedingt notwendige Dopamin-Menge mit Überreaktion (unwillkürliche Bewegungen), andererseits können sie unerwartet für kurze Zeit die Empfindlichkeit gegenüber Dopamin verlieren (nicht vorhersehbare Fluktuationen: „random-off“).

Diese geschilderten Komplikationen sind genauer genommen also keine Nebenwirkungen der L-Dopa-Therapie, sondern Folgeerscheinungen der fortschreitenden Krankheit. In wissenschaftlichen Kreisen wurde aber lebhaft diskutiert, ob eine langfristige L-Dopa-Behandlung den Untergang der Dopamin-Zellen begünstigt und dadurch das Fortschreiten der Erkrankung beschleunigt. Obwohl dafür bis heute kein Beweis erbracht wurde, hat diese Diskussion leider auch zur Verunsicherung einiger Parkinson-Patienten geführt. Diese lehnen dann auch die mit der Zeit unbedingt notwendig gewordene L-Dopa-Behandlung aus Furcht vor dem ungünstigeren Verlauf ab und verschenken dadurch Lebensqualität und eventuell auch Lebenserwartung (L-Dopa-Phobie).

Die Befunde, die eventuell für eine Toxizität von L-Dopa sprechen könnten, wurden bisher nur in Zellkulturen bei extrem hoher Dosierung erhoben. Die klinischen Untersuchungen mit üblichen Dosierungen sprechen eher gegen die Toxizität. In Rattengehirnen konnten sogar schützende (neuroprotektive) Effekte von L-Dopa beobachtet werden.

Andererseits wurde in Langzeitstudien beobachtet, dass biologisch jüngere Patienten unter L-Dopa früher als die Älteren motorische Spät komplikationen entwickeln können. Die Hinauszögerung der L-Dopa-Therapie um einige Jahre unter gleichzeitiger Dopamin-Agonisten-Behandlung kann in dieser Altersgruppe zu einem späteren Auftreten von Dyskinesien führen. Wenn wir auch die in DATSCAN-SPECT- und Flurodopa-PET-Untersuchungen nachgewiesenen (leider nur geringfügigen) neuroprotektiven Wirkungen von Dopamin-Agonisten berücksichtigen, ist die aktuelle Empfehlung, bei biologisch jüngeren Patienten (unter 65-70 Jahre) die L-Dopa-Gabe mindestens um einige Jahre hinauszuzögern, gut nachvollziehbar.

Diese Empfehlung ist auch Teil unserer aktuellen **Behandlungsstrategie: Therapie heute – für die Zukunft**. Diese Strategie beinhaltet auch die maßgeschneiderte, individuelle Behandlung der Patienten, die rechtzeitige, individuelle Anfangstherapie, die Vermeidung der Überdosierung und die Verwendung der zur Verfügung stehenden neuroprotektiven Möglichkeiten (Dopamin-Agonisten, MAO-B-Hemmer). Wichtigstes Ziel dieser Strategie ist die möglichst lange Hinauszögerung, im günstigsten Falle die Vorbeugung der Spät komplikationen der Therapie (Prophylaxe).

Die Forschung arbeitet inzwischen intensiv an Möglichkeiten der Verlangsamung der Krankheitsprogredienz (neuroprotektive Ansätze) und an der Wiederherstellung neuronaler Strukturen (neurorestaurative Therapien),

Die L-Dopa-Langzeitkomplikationen können wir wie folgt einordnen:

- **Motorische Spät komplikationen**
 - Wirkungsfluktuationen
 - Vorhersehbare Fluktuation (einzeldosisabhängig)
 - End-of-dose-Akinese (wearing-off)
 - Fröh morgendliche Akinese
 - Nachmittagsakinese
 - Nächtliche Akinese
 - Eiweiß-Akinese
 - Unvorhersehbare Fluktuation (einnahmeunabhängig)
 - On-off, Random-off
 - Yoyo-ing
 - Freezing (Starthemmung)
 - Hyperkinesen, (Dyskinesien)
 - Peak-dose-Dyskinesie
 - Biphasische Dyskinesie
 - Plateau-Dyskinesie
 - Dystonien
 - Peak-dose-Dystonie
 - Off-Dystonie

- **Nichtmotorische Spätkomplikationen**
 - Halluzinationen
 - Verwirrtheit
 - Psychose

Die einzeldosisabhängigen Fluktuationen sind mit der eingeschränkten Speicherung des Dopamins gut zu erklären, die Beeinflussung ist einfacher. Die einnahmeunabhängigen „on-off“-Perioden sind schwer zu behandeln und sind völlig unvorhersehbar, so dass die Lebensqualität der Patienten in hohem Maße leidet. Die Patienten erleben Phasen der guten Beweglichkeit und ganz plötzlich eine hochgradige Akinese (wie an- und ausgeschaltet, englisch: on-off). Besonders schwierig werden die Fluktuationen, wenn der Patient in der „guten“ Phase durch unwillkürliche Überbewegungen gequält wird. In dieser Phase ist der Dopamin-Spiegel hoch (peak-dose-Hyperkinesen), es ist aber auch möglich, dass die Patienten auch bei der Anflutung mit Dopamin und beim abfallenden Dopamin-Spiegel Überbewegungen bekommen (biphasische Dyskinesien). Die ständig vorhandenen Dyskinesien werden als Plateau-Dyskinesien bezeichnet. Die Dystonien sind wegen der Schmerzhaftigkeit hochgradig beeinträchtigend, können bei hohem Dopamin-Spiegel aber auch in der „off“-Phase auftreten.

Parkinson-Patienten mit frühem Krankheitsbeginn zeigen besonders schnell schwere Fluktuationen und Hyperkinesen. Eine anfangs zu hochdosierte L-Dopa-Monotherapie scheint das Auftreten der Fluktuationen und Dyskinesien zu begünstigen.

In dieser oben beschriebenen Krankheitsphase wird die medikamentöse Behandlung zunehmend schwieriger und komplizierter, so dass stationäre Neueinstellungen der Medikation im Krankenhaus immer häufiger notwendig werden. Wir sprechen hier von „der Einengung des therapeutischen Fensters“, das heißt, dass der Abstand zwischen der notwendigen Dosis und der Dosis, die Überbewegungen oder andere Komplikationen auslöst, immer kleiner wird und letztlich verschwindet. Für die Patienten aber, bei denen die orale Medikation (oral = mit Tabletten) nicht mehr ausreichende Erfolge mit sich bringt, stehen mit der Apomorphin- oder der duodenalen L-Dopa-Pumpe und schließlich mit der Tiefenhirnstimulation noch Behandlungsmethoden zur Verfügung.

4. Therapeutische Strategie

Die verfeinerte therapeutische Strategie der Parkinson-Krankheit besteht aus den folgenden Elementen:

- **Therapie heute – für die Zukunft**
Zufriedenstellende Linderung der Symptome, lange Wirksamkeit und Verträglichkeit, Schutz der Zellen vor dem Absterben
- **Individuelle Frühtherapie**
Berücksichtigung von Alter, Symptomen, Verträglichkeit, Beruf, Situation, Lebensplanung und Wünsche des Patienten bei der Auswahl der zu Beginn eingesetzten Medikamente
- **Kombinationstherapie**
Kombinationstherapien mit L-Dopa sollten zumindest bei jüngeren Patienten so lange wie möglich vermieden werden, da nach neueren Erkenntnissen ab der Hinzunahme von L-Dopa die Gefahr von Dyskinesien deutlich ansteigt. In späteren Stadien der Erkrankung sind Kombinationstherapien dagegen kaum zu vermeiden.
- **Auskömmliche Minimaldosis**
Vermeidung zu hoher Dosierung der Medikamente, „so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig“
- **Physiologische Stimulierung der Rezeptoren**
L-Dopa-Medikament mit langsamer Wirkstofffreisetzung (Retard-Präparat), langwirksame und Retard-Dopamin-Agonisten, Aufteilung der Dosis in mehrere Einzeldosen (Dosisfraktionierung)
- **Stufenweises Steigern der Dosis bzw. langsames Absetzen der Präparate:** bessere Verträglichkeit

- **Dosiskontrolle**
Zeitweises Kontrollieren der Dosis zur Vermeidung von Überdosierung (Versuch der Dosisreduktion)

Nachdem die Diagnose gestellt wurde, sind stets zwei Fragen zu klären:

1. Wann fangen wir an?
2. Wie fangen wir an?

Diese beiden Fragen sind vor allem unter dem Gesichtspunkt der Langzeitverträglichkeit und Langzeitwirksamkeit von Bedeutung.

Früher war die Meinung, dass eine medikamentöse Therapie erst bei deutlicher Beeinträchtigung eingeführt werden sollte. Die Erkenntnisse der bildgebenden Studien mit verschiedenen Dopamin-Agonisten, die eine neuroprotektive Wirkung (Schutz der Dopamin-Zellen) nahe legen, führten zu der allgemeinen Empfehlung: diese Medikamente oder andere Präparate mit vermutetem neuroprotektivem Effekt schon bei der Diagnosestellung einzusetzen.

Ebenso wichtig wie das „Wann“ am Anfang einer Therapie ist auch das „Wie“.

Aufgrund der bereits erwähnten Komplikationen einer Langzeittherapie mit L-Dopa lohnt es sich zumindest für jüngere Patienten, zu Beginn der Parkinson-Therapie zunächst nach Alternativen für L-Dopa zu suchen.

Bei diesen Entscheidungen spielt das Alter des Patienten eine wichtige Rolle. Es müssen aber auch andere Gesichtspunkte wie das Beschwerdebild, die Verträglichkeit, der Beruf, die Situation, die Lebensplanung und die Meinung des Patienten bei der Auswahl der Anfangstherapie berücksichtigt werden.

5. Kombinationstherapie / Parkinson-Medikamente

Bei der so genannten Kombinationstherapie ergänzen und verstärken sich die eingesetzten Medikamente in ihrer Wirkung. Dadurch kann die Dosierung der einzelnen Wirkstoffgruppen niedriger gehalten werden, der Behandlungseffekt wird gleichzeitig gesteigert.

Besondere Symptome wie z.B. Ruhezittern, „Einfrieren“ der Bewegung, Wirkungsschwankungen und Überbewegungen wird man durch eine Erweiterung der Kombinationsbehandlung um weitere Medikamente behandeln.

Parkinson-Medikamente

- **L-Dopa + DCI**
- **Dopamin-Agonisten**
- **MAO-B-Hemmer**
- **COMT-Hemmer**
- **Glutamat-Antagonisten**
- **Anticholinergika**

Downloads:

Eine aktuelle Liste aller Parkinson-Medikamente finden Sie auf den Seiten des Fördervereins Parkinson e.V. im Parkinson-Zentrum Leun-Biskirchen unter

<http://www.parkinson-foerderverein.de/service>

und auf den Seiten der Deutschen Parkinson Vereinigung

<http://www.parkinson-vereinigung.de>

Die für die Patienten publizierte Therapieempfehlung der Neurologischen Gesellschaften erreichen Sie unter

<http://www.dgn.org/fileadmin/patientenleitlinien/Parkinson.pdf>

Bitte besprechen Sie mit Ihrem Arzt, welches Medikament für Sie am geeignetsten ist.

L-Dopa + Decarboxylasehemmer

Wirkprinzip: L-Dopa wird im Gehirn in Dopamin umgewandelt, sodass der Dopamin-Mangel ausgeglichen wird. (Substitutionstherapie) Die zusätzlich verabreichten Decarboxylasehemmer verhindern, dass L-Dopa schon außerhalb des Gehirns in Dopamin umgewandelt wird. Dadurch ist nur etwa 20 % der reinen L-Dopa-Dosis notwendig, und es werden Nebenwirkungen wie Magenbeschwerden und Herzrhythmusstörungen vermieden.

Effekte: Die Behandlung mit L-Dopa gilt trotz des breiten Angebots an unterschiedlichsten Parkinson-Medikamenten, was die Wirksamkeit betrifft, als „Goldstandard“. L-Dopa ist bis heute das wirksamste Mittel gegen alle Symptome der Parkinson-Krankheit.

Die Behandlung mit L-Dopa führt besonders bei jüngeren Patienten zum frühzeitigen Auftreten von Überbewegungen, sodass die Anwendung in dieser Altersgruppe (unter 70 Jahren biologisches Alter) möglichst lange hinausgezögert werden sollte.

In Fachkreisen wurde darüber häufig diskutiert, ob die Behandlung mit L-Dopa möglicherweise schädigende Wirkung auf die noch vorhandenen Zellen der Schwarzen Substanz hat. Dafür gibt es jedoch bis heute keinen Beweis.

Die L-Dopa Therapie konnte im Laufe der letzten Jahrzehnte durch die zusätzliche Gabe von Medikamenten, die den Dopamin-Stoffwechsel beeinflussen (MAO-B-Hemmer, COMT-Hemmer) verfeinert werden.

Dopamin-Agonisten

Die so genannten Dopamin-Agonisten ahmen die Funktionen des Dopamins im Gehirn nach. Sie sind dem Dopamin chemisch sehr ähnlich und können deshalb an die Dopamin-Rezeptoren andocken. Sie müssen im Gehirn nicht umgewandelt werden und belasten wahrscheinlich nicht das erkrankte Dopamin produzierende System.

So ersetzen die Dopamin-Agonisten das fehlende Dopamin und mildern die Störungen, die durch den Dopamin-Mangel entstehen, Sie können alle Symptome der Parkinson-Krankheit beeinflussen und Wirkungsschwankungen ausgleichen. In Langzeittherapie treten weniger unwillkürliche Überbewegungen als bei der alleinigen L-Dopa-Therapie auf. Bei einzelnen Dopamin-Agonisten wird außerdem vermutet, dass sie gewisse neuroprotektive Effekte haben, d.h. sie können möglicherweise die Nervenzellen im Gehirn bis zu einem gewissen Grad vor dem Absterben schützen. Auch bildgebende Verfahren (PET, DAT-Scan) sprechen dafür (Ropinirol, Pramipexol, Pergolid).

Fortschritte in der Behandlung mit Dopamin-Agonisten konnten durch die Entwicklung „langwirkender“ Dopamin-Agonisten erreicht werden. Diese stimulieren die Rezeptoren auf eine Art und Weise, die der natürlichen Stimulierung der Rezeptoren sehr nahe kommt.

Es stehe zwei Hauptgruppen von Dopaminagonisten zur Verfügung, die Ergot-Dopaminagonisten (Mutterkornabkömmlinge) und die Non-Ergot-Dopaminagonisten. Ihr Arzt wird Sie beraten, welches Medikament für Sie am besten geeignet ist.

MAO-B-Hemmer

Wirkprinzip: Das Enzym MAO-B sorgt im Gehirn dafür, dass das freigesetzte Dopamin wieder abgebaut wird. Wird dieses Enzym gehemmt, wird Dopamin langsamer abgebaut und kann länger wirken. Das gilt für das körpereigene Dopamin, und auch für das aus dem zugeführten L-Dopa gebildete Dopamin.

Effekt: MAO-B-Hemmer haben – ohne L-Dopa verabreicht – eine leichte eigene Wirkung auf die Symptome. Die Wirkung von L-Dopa wird aber verlängert („Dopamin-Expander“), leichte Wirkungsschwankungen von L-Dopa werden ausgeglichen. Möglicherweise können MAO-B-Hemmer auch zum Schutz und Erhalt der Nervenzellen beitragen (Neuroprotektion).

COMT-Hemmer

Wirkprinzip: Die COMT-Hemmer sind Medikamente, die das Enzym COMT hemmen, das einen Teil des zugeführten L-Dopa in der Blutbahn zu einem nicht wirksamen Nebenprodukt abbaut. Durch die Hemmung des Enzyms erreicht mehr L-Dopa das Gehirn. Die jeweils vorhandene Menge an L-Dopa im Gehirn ist gleichmäßiger und die Wirkung länger.

Effekt: Verstärkung und Verlängerung der L-Dopa-Wirkung („L-Dopa-Expander“), deutliche Verminderung von Wirkungsschwankungen, Verlängerung der Zeiten guter Beweglichkeit.

Glutamat-Antagonisten (NMDA-Antagonisten)

Wirkprinzip: Glutamat-Antagonisten sind „Gegenspieler“ des Glutamats, also Medikamente, die die Wirkung des Glutamats im Gehirn reduzieren. Sie hemmen die Wirkung des aktivierenden Glutamats, das bei Parkinson-Patienten oft im Überschuss vorhanden ist und teilweise für die Überbewegungen mitverantwortlich ist. Außerdem können sie die Freisetzung von Dopamin verbessern.

Effekt: Verbesserung der Beweglichkeit, Verminderung von Überbewegungen, kann auch bei der schwerwiegenden so genannten akinetischen Krise eingesetzt werden. Eine akinetische Krise mit völliger Unbeweglichkeit und lebensbedrohlichem Zustand kann z.B. bei plötzlichem Absetzen der L-Dopa-Therapie auftreten. Auch bei Glutamat-Antagonisten werden gewisse Nervenzellen schützende Eigenschaften vermutet.

Anticholinergika

Wirkprinzip: Anticholinergika sind die in der Parkinson-Therapie am längsten eingesetzten Wirkstoffe. Sie vermindern die Freisetzung bzw. die Wirkung des Botenstoffes Acetylcholin im Gehirn, der bei Parkinson-Patienten im Überschuss vorhanden ist.

Effekt: Dämpfung des Ruhezitterns, günstige Einflüsse auf die Muskelsteifheit und auf die Symptome des vegetativen Nervensystems (Schwitzen, Speichelfluss).

Nachteil: Neuere Erkenntnisse der Alzheimer-Forschung zeigen jedoch nachteilige Wirkungen der Anticholinergika auf die Gedächtnisleistung und die Denkleistungen, sodass der Gebrauch dieser Medikamente aus diesem Grund, aber auch infolge der zahlreichen Nebenwirkungen immer mehr zurückgeht.

3. Parkinson-Patienten & Schwerbehindertenrecht

Einleitung

Hand beim Ausfüllen eines Formulars
Einen wichtigen Teil im Rahmen der gesetzlichen Normierungen für Parkinson-Patienten stellt das Schwerbehindertenrecht dar. Der Gesetzgeber hat generell versucht, die durch eine chronische Erkrankung/Behinderung entstehenden Nachteile durch die Gewährung verschiedener Vorteile zumindest teilweise wieder aufzufangen. So besteht z.B. für Schwerbehinderte u.a. ein besonderer Kündigungsschutz oder ein Anspruch auf Zusatzurlaub. Wer seinen Anspruch als Schwerbehinderter im Sinne des o. g. Gesetzes anerkannt bekommen will, muss bestimmte körperliche Eigenschaften nachweisen können.



Nur in Ausnahmefällen können die aus dem Schwerbehindertengesetz entspringenden Vorteile ohne formellen Nachweis in Anspruch genommen werden.

Grundsätzlich werden Personen als Schwerbehinderte im Sinne des Schwerbehindertengesetzes angesehen, wenn

- sie einen Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 aufweisen (sofern sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Schwerbehindertengesetzes haben),
- eine Behinderung vorliegt, die nicht nur eine vorübergehende Funktionsbeeinträchtigung darstellt, sondern die auf einen regelwidrigen, körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand zurückzuführen ist.

Antrag auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

Grundsätzlich dient als Nachweis der Schwerbehinderteneigenschaft ein vom Versorgungsamt oder der entsprechenden Behörde ausgestellter Ausweis. Mittels eines formlosen Schreibens wird durch das örtlich zuständige Amt ein entsprechendes Antragsformular zugesandt. Die jeweiligen Adressen können bei der städtischen Verwaltung/Bürgerbüro oder bei der Krankenkasse eingeholt werden. Im Regelfall wird der Behinderte selbst oder in dessen Namen der gesetzliche Vertreter den Antrag stellen. Der Antragsteller kann aber auch jede weitere Person seines persönlichen Vertrauens mit der Vervollständigung des Antrages beauftragen.

Eine häufig sehr wichtige Frage für Antragsteller, die noch im Berufsleben stehen, ist die Verfahrensbeteiligung ihrer Arbeitgeber. Grundsätzlich wird der Arbeitgeber im Feststellungsverfahren nicht beteiligt. Er wird weder angehört noch benachrichtigt und hat keine Möglichkeit, gegen Feststellungsbescheide des Versorgungsamtes bezüglich des Grades der Behinderung des Antragstellers ein Rechtsmittel einzulegen. Eine Beteiligung seinerseits ist daher ausgeschlossen.

Angaben im Antrag

Im Rahmen der Vervollständigung der Antragsformulare sollten Patienten alle diejenigen Gesundheitsstörungen angeben, die nach ihrer Ansicht die Schwerbehinderteneigenschaft ausmachen. Grundsätzlich steht es ihnen frei, von ihnen nicht gewünschte und damit auch nicht zu prüfende Erkrankungen zurückzuhalten.

Unter dem Begriff „Gesundheitsstörungen“ versteht man nicht nur jeden regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand. Vielmehr sind damit auch die Auswirkungen der Funktionsstörungen gemeint, die durch den regelwidrigen Körperzustand herbeigeführt werden. Führt beispielsweise die Erkrankung „Morbus Parkinson“ zu einer zusätzlichen psychischen Belastung, weil der Patient sich von der Umwelt isoliert und an Depressionen leidet, so sollte dies ebenfalls angegeben werden. Bedacht werden muss, dass normale Alterserkrankungen nicht als Behinderung anerkannt werden. Dasselbe gilt für vorübergehende Erkrankungen, deren Auswirkungen nicht über 6 Monate hinaus zu spüren sind.

Wenn der vorliegende Antrag vollständig ausgefüllt ist, ist das Amt nach Eingang verpflichtet, jede im Antrag angegebene, auch geringfügige Gesundheitsstörung zu überprüfen. Die Bearbeitungsdauer wird durch solche Angaben zweifellos sehr langwierig. Daher sollten Antragsteller in jedem Fall vor der Vervollständigung der Anträge mit dem jeweils behandelnden Arzt sprechen. Ist nach diesem Gespräch eine Klärung immer noch nicht möglich, sollten alle Gesundheitsstörungen gegenüber dem Versorgungsamt angegeben werden, die zu einer Beeinträchtigung im gesellschaftlichen Zusammenleben und/oder am Arbeitsplatz führen. Sofern die Diagnose der Erkrankung bekannt ist, sollte diese ebenfalls eingetragen werden. Andernfalls reicht es aus, die Auswirkungen genau zu beschreiben.

Wichtig ist, dass diese Angaben möglichst vollständig erfolgen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass wesentliche Behinderungen im Rahmen des Feststellungsverfahrens beim Versorgungsamt nicht beachtet werden. Es erschwert auch dem zuständigen Amt die Bearbeitung, wenn keinerlei genaue Krankheitssymptome geschildert werden.

In diesem Falle ist die Behörde gezwungen, „ins Blaue hinein“ zu ermitteln und es besteht für betroffene Antragsteller keine Gewähr, dass auch wirklich ihre persönlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen in vollem Umfang berücksichtigt werden.

Grundsätzlich bleibt es den betroffenen Patienten überlassen, welche Leiden bei der Prüfung der Schwerbehinderteneigenschaft berücksichtigt werden sollen. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes findet der Grundsatz „Alles oder Nichts“ keine Anwendung. Die nach dem Willen des Antragstellers nicht zu berücksichtigenden Beeinträchtigungen bleiben im Verfahren und auch bei der Feststellung des Gesamtgrades der Behinderung sowie der Zuerkennung von Merkzeichen für den Nachteilsausgleich außer Betracht. Das Versorgungsamt hat im Feststellungsverfahren alle vorliegenden, also auch nicht besonders geltend gemachten Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen.

Ärztliche Unterlagen

Wenn Sie ärztliche Unterlagen über Ihre Gesundheitsstörungen besitzen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte etc., ist es ratsam, diese möglichst nach Durchsicht in Kopie dem Antrag beizufügen. Je eindeutiger die vorgelegten ärztlichen Unterlagen dabei abgefasst sind, desto kürzer ist die Bearbeitungszeit. Achtung: Bitte aber vorher die Arztberichte besonders überprüfen. Da insbesondere bei stationären Rehabilitationsaufenthalten die Entlassungsberichte häufig sehr positiv abschließen, könnte sich hierdurch ein Nachteil für den Antragsteller ergeben.

Die ärztlichen Unterlagen sollten nur dann eine Angabe über den GdB enthalten, wenn der Arzt gleichzeitig auf die entsprechende Nummer der Anhaltspunkte hinweist.

Regelung beim Parkinson-Syndrom

Die Beeinträchtigungen sind entsprechend der Anhaltspunkte für die „ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht“ normiert, um eine möglichst gleichmäßige Beurteilung

betroffener Patienten sicherzustellen. In der Neufassung dieser Anhaltspunkte von 1996 sind für das Parkinson-Syndrom folgende Feststellungen getroffen worden:

Parkinson-Syndrom

- ein- oder beidseitig, geringe Störung der Bewegungsabläufe, keine Gleichgewichtsstörungen, geringe Verlangsamung: üblicher GdB 30 - 40;
- deutliche Störung der Bewegungsabläufe, Gleichgewichtsstörungen, Unsicherheit beim Umdrehen, stärkere Verlangsamung: üblicher GdB 50 - 70;
- schwere Störung der Bewegungsabläufe bis zur Immobilität: üblicher GdB 80 - 100.

Andere extrapyramidale Syndrome - auch mit Hyperkinesen - sind analog nach Art und Umfang der gestörten Bewegungsabläufe und der Möglichkeit ihrer Unterdrückung zu bewerten; bei lokalisierten Störungen (z. B. Tortikollis Spasmodikus) sind niedrigere GdB/MdE-Grade in Betracht zu ziehen als bei generalisierten (z. B. Choreatischen) Syndromen.

Ärztliche Bescheinigungen

Als Antragsteller brauchen Sie nicht von sich aus ärztliche Bescheinigungen vom behandelnden Hausarzt zur Vorlage beim Versorgungsamt zu verlangen. Diese Unterlagen müssen Sie selber bezahlen, während das Versorgungsamt diese für Sie kostenfrei beim jeweiligen behandelnden Arzt anfordern kann. Unter dieser Prämisse ist es daher wichtig, alle behandelnden Ärzte in dem Antrag aufzuführen, um sicherzustellen, dass möglichst alle behandelnden Ärzte auch entsprechend durch ein Attest Ihren Antrag unterstützen.

Im Regelfall wird der Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nicht an dem Tag gestellt, an dem die Behinderung tatsächlich eingetreten ist. Regelmäßig wird dies einige Zeit später sein.

Die rückwirkende Anerkennung einer Schwerbehinderteneigenschaft kann beantragt werden. Im Rahmen der Ermittlung des Versorgungsamtes können bei Vorlage entsprechender Bescheide sofort Feststellungen über den Zeitpunkt des Vorliegens der Behinderung getroffen werden. Geeignete Unterlagen sind z. B. Rentenbescheide, Bescheide von Versorgungsämtern etc.

Januar 2007

Schwerbehindertenrecht und Parkinson-Syndrom (Teil 2)

Friedrich-Wilhelm Mehrhoff (Deutsche Parkinson Vereinigung e.V.)

Besondere Merkzeichen

Zwei Bücher mit Paragraphenzeichen Um die mit dem Schwerbehindertenausweis verbundenen Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen zu können, werden besondere Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

Dafür muss, wie bei Behinderung und Behinderungsgrad, eine Feststellung vorliegen. Das Versorgungsamt prüft zwar nach Aktenlage, ob gesundheitliche Merkmale zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen vorliegen. Dennoch sollte der Antragsteller überlegen, ob die im Antragsvordruck genannten Voraussetzungen für ihn persönlich zutreffen. Im Zweifelsfalle sollte lieber ein Feld zuviel als zuwenig angekreuzt werden. Denn nur in diesem Falle ist das Versorgungsamt verpflichtet, die Voraussetzungen für die Zuerkennung dieses Nachteilsausgleiches zu prüfen.



Im Einzelnen kennt das Gesetz folgende Merkzeichen:

Merkzeichen „Bl“

Hiermit werden Antragsteller bedacht, die als blind angesehen werden. Blind sind die Personen, deren Sehschärfe so gering ist, dass sie sich in einer nicht vertrauten Umgebung nicht zurecht finden können. Als blind ist ferner der Behinderte anzusehen, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 1/50 beträgt oder wenn andere Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass diese Beeinträchtigung der Sehschärfe gleich zu achten ist.

Die Eintragung im Ausweis ist von Bedeutung:

- bei der Einkommen- und Lohnsteuer;
- bei der Hundesteuer;
- bei der Berechtigung zur „Freifahrt“ für Schwerbehinderte;
- bei der Kraftfahrzeugsteuerbefreiung und beim Beitragsnachlass in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung;
- beim Postversand;
- im Funk- und Fernsprechwesen;
- beim Parken von Kraftfahrzeugen (Parkerleichterung) und
- bei der Umsatzsteuer.

Merkzeichen „H“

Hiermit werden Personen charakterisiert, die als hilflos angesehen werden. Hilflos sind diejenigen Behinderten, die infolge von Gesundheitsstörungen nicht nur vorübergehend bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfange der fremden Hilfe bedürfen.

Häufige und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages sind insbesondere An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichten der Notdurft. Außerdem sind notwendige körperliche Bewegungen, geistige Anregungen und Möglichkeiten zur Kommunikation zu berücksichtigen.

Der Umfang der notwendigen Hilfe bei den häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen muss erheblich sein. Dies ist dann der Fall, wenn die Hilfe dauernd für zahlreiche Verrichtungen, die häufig und regelmäßig wiederkehren, benötigt wird. Einzelne Verrichtungen, selbst wenn sie lebensnotwendig sind und im täglichen Lebensablauf wiederholt vorgenommen werden, genügen nicht (z. B. Hilfe beim Anziehen einzelner Kleidungsstücke, notwendige Begleitung bei Reisen und Spaziergängen, Hilfe im Straßenverkehr, einfache Wund- und Heilbehandlungen, Hilfe bei Heim-Dialyse ohne Notwendigkeit weiterer Hilfeleistung). Verrichtungen, die mit der Pflege der Person nicht unmittelbar zusammenhängen (z. B. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung), müssen außer Betracht bleiben.

Ob ein Zustand der Hilflosigkeit besteht, ist damit eine Frage des Tatbestandes, die nicht allein nach dem medizinischen Befund beurteilt werden kann; diese Frage ist vielmehr unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände des einzelnen Falles zu entscheiden, wobei auch von Bedeutung sein kann, welche Belastungen dem Behinderten nach Art und Ausdehnung seiner Behinderung zugemutet werden dürfen.

Bei einer Reihe schwerer Funktionsbeeinträchtigungen, die auf Grund ihrer Art und besonderen Auswirkungen regelhaft Hilfeleistungen in erheblichem Umfang erfordern, kann im Allgemeinen ohne nähere Prüfung Hilflosigkeit angenommen werden. Dies gilt:

- stets bei Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung. Hochgradig in seiner Sehfähigkeit behindert ist derjenige, dessen Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 1/20 beträgt oder wenn andere hinsichtlich des Schweregrades gleichzuachtende Störungen der Sehfunktion vorliegen. Dies ist der Fall,

wenn die Einschränkung des Sehvermögens einen GdB-Grad von 100 bedingt und noch nicht Blindheit vorliegt.

- Querschnittslähmung und andere Funktionsbeeinträchtigungen, die auf Dauer und ständig - auch innerhalb des Wohnraums - die Nutzung eines Rollstuhles erfordern,

in der Regel auch bei

- Hirnschäden, Anfallsleiden, geistiger Behinderung und Psychosen, wenn diese Behinderung allein ein GdB von 100 bedingt;
- Verlust von 2 oder mehr Gliedmaßen; Ausnahme: bei Unterschenkelamputation beidseitig wird im Einzelfall geprüft, ob Hilflosigkeit gegeben ist (als Verlust einer Gliedmaße gilt der Verlust mind. der ganzen Hand oder des ganzen Fußes).

Führt eine Behinderung zu dauerndem Krankenlager, so sind stets die Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit erfüllt. Dauerndes Krankenlager setzt nicht voraus, dass der Behinderte das Bett überhaupt nicht verlassen kann.

Die Feststellungen der Pflegekassen über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz führen nicht automatisch zur Feststellung von „Hilflosigkeit“.

Nach dem Rundschreiben des BMA von 04.05.1995-VI 5-55463-2 bestehen jedoch bei sachgerechter Feststellung von Schwerstpflegebedürftigkeit - Pflegebedürftigkeit der Stufe 3 – nach § 15 SGB XI oder entsprechender Vorschriften keine Bedenken, auch die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Annahme von Hilflosigkeit im Sinne des § 33 BESTG zu bejahen. Für die Fälle, in denen nach den genannten Vorschriften eine geringe Stufe der Pflegebedürftigkeit festgestellt worden ist, ist weiterhin eine eigenständige Prüfung von Hilflosigkeit erforderlich.

Merkzeichen „G“

In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist ein Antragsteller erheblich beeinträchtigt, soweit das Merkzeichen „G“ zuerkannt wird. In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich eingeschränkt ist, wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahr für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurücklegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.

Bei der Prüfung der Frage, ob diese Voraussetzungen vorliegen, kommt es nicht auf die konkreten örtlichen Verhältnisse des Einzelfalles an, sondern darauf, welche Wegstrecken - d. h. altersunabhängig von Nichtbehinderten – noch zu Fuß zurückgelegt werden.

Nach der Rechtsprechung gilt als ortsübliche Wegstrecke in diesem Sinne eine Strecke von etwa zwei Kilometern, die in etwa einer halben Stunde zurückgelegt wird.

- Eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr liegt z. B. bei Einschränkungen des Gehvermögens vor, die von den unteren Gliedmassen und/oder von der Lendenwirbelsäule aufwärts gehend und
- für sich alleine mind. einen GdB von 50 ausmachen.

Wenn diese Behinderungen der unteren Gliedmassen sich auf die Gehfähigkeit besonders auswirken, z. B. bei Versteifung des Hüft-, Knie- oder Fußgelenks in ungünstiger Stellung oder arterieller Verschlusskrankungen, kann eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ab einem GdB von 40 angenommen werden (in diesem Falle wird ein Ausweis mit dem Merkzeichen „G“ selbstverständlich nur dann ausgestellt, wenn der Gesamt-GdB aufgrund zusätzlicher Behinderungen mind. 50 beträgt).

Aber auch bei inneren Leiden kann die Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt sein (z. B. bei schweren Herzschäden, dauernder Einschränkung der Lungenfunktion, Hirnorganischen Anfällen, Zuckerkranken, die unter häufigen Schocks leiden).

Die Voraussetzung kann auch erfüllt sein, wenn die Orientierungsfähigkeit des Behinderten erheblich gestört ist (z. B. bei Sehbehinderten ab einem Grad der Behinderung von 70, bei Gehörlosen mit Sehbehinderung oder bei erheblich geistig Behinderten).

Merkzeichen „aG“

Schwerbehinderte mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind Personen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Fahrzeuges bewegen können.

Das Merkzeichen „aG“ ist nur zuzuerkennen, wenn wegen außergewöhnlicher Behinderung beim Gehen die Fortbewegung auf das Schwerste eingeschränkt ist; die Beeinträchtigung des Orientierungsvermögens alleine reicht nicht aus.

Hierzu zählen:

- Querschnittsgelähmte;
- Doppel-Oberschenkelamputierte;
- Doppel-Unterschenkelamputierte;
- Hüftexartikulierte (Behinderte, denen ein Bein im Hüftgelenk entfernt wurde) und
- einseitig Oberschenkelamputierte, die dauernd außerstande sind, ein Kunstbein zu tragen oder nur eine Beckencorps-Prothese tragen können oder zugleich Unterschenkel- oder Armamputiert sind sowie
- andere Schwerbehinderte, die nach versorgungsärztlicher Feststellung auch auf Grund von Erkrankungen dem vorstehend aufgeführten Personenkreis gleichzustellen sind. Eine solche Gleichstellung rechtfertigen beispielsweise Herzschäden oder Krankheiten der Atmungsorgane, sofern die Einschränkungen der Herzleistung oder Lungenfunktion für sich alleine einen GdB von mind. 80 bedingen. Hierzu können aber auch Parkinson-Patienten zählen, die unter einer besonderen Ausprägung des Freezing-Phänomens oder der On- und Off-Phänomene leiden.
- Wer auf die ständige Benutzung eines Rollstuhles angewiesen ist, sollte dies auf jeden Fall angeben und zusätzlich das Merkmal „B“ beantragen.

Das Versorgungsamt erkennt das Merkzeichen „aG“ dem Antragsteller zu, der die o.g. Voraussetzungen erfüllt. Es reicht z. B. nicht aus,

- wenn der Antragsteller wegen der Teilentfernung des Darms an Stuhlinkontinenz leidet und seine Fortbewegungsfähigkeit erheblich dadurch eingeschränkt ist, weil er innerhalb kürzester Zeit auf eine Toilette angewiesen ist;
- wenn der Antragsteller an einer erheblichen Versteifung des Hüftgelenks und die Formvorhaltung Bruch des Oberschenkels leidet, so dass er deshalb auf öffentlichen Parkplätzen mit üblicher Abmessung seine PKW-Tür nicht vollständig öffnen kann.

Merkzeichen „B“

Die Zuerkennung dieses Merkzeichens erfolgt nur, wenn zudem eine erhebliche oder außergewöhnliche Gehbehinderung festgestellt ist.

Ständige Begleitung ist bei Schwerbehinderten notwendig, die

- infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind, d. h. beim Ein- und/oder Aussteigen oder während der Fahrt des Verkehrsmittels regelmäßig fremde Hilfe benötigen oder
- Hilfen zum Ausgleich von Orientierungsstörungen (z. B. bei Sehbehinderung, geistiger Behinderung) in Anspruch nehmen.

Die Notwendigkeit ständiger Begleitung wird stets angenommen bei

- Querschnittsgelähmten
- Menschen ohne Hände
- Blinden und
- erheblich Sehbehinderten, hochgradig Hörbehinderten, geistig Behinderten und Anfallskranken, bei denen eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr anzunehmen ist.

Die Notwendigkeit ständiger Begleitung liegt aber auch oft vor, wenn eine außergewöhnliche Gehbehinderung oder Hilflosigkeit (bei Erwachsenen) anzunehmen ist. Insbesondere bei Parkinsonpatienten, die an Propulsionen leiden, sollte unbedingt auf Zuerkennung dieses Merkzeichens gedrängt werden.

Merkzeichen „RF“

Für die Zuerkennung dieses Merkzeichens ist eine Sehbehinderung wesentlich, die für sich alleine bereits einen GdB von mind. 60 ausmacht.

Dazu zählen die Gehörlosen und diejenigen, die an beiden Ohren mind. eine hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit oder hochgradige Innenohrschwerhörigkeit mit einem GdB von mind. 50 alleine aufgrund der Hörbehinderung haben.

Eine reine Schallleitungsschwerhörigkeit ermöglicht im Allgemeinen bei Benutzung von Hörhilfen eine ausreichende Verständigung, so dass hierbei die gesundheitlichen Voraussetzungen im Allgemeinen nicht erfüllt sind.

Ständig gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen, setzt voraus, dass die Behinderung mind. einen GdB von 80 ausmacht.

Die Voraussetzungen sind gegeben bei:

- Behinderten mit schweren Bewegungsstörungen, auch durch innere Leiden (schwere Herzleistungsschwäche, schwere Lungenfunktionsstörungen), die deshalb auf Dauer selbst mit Hilfe von Begleitpersonen oder mit technischen Hilfsmitteln (z. B. Rollstuhl) öffentliche Veranstaltungen in ihnen zumutbarer Weise nicht besuchen können;
- Behinderten, die durch ihre Behinderung auf ihre Umwelt unzumutbar abstoßend und störend wirken (z. B. durch Entstellung, Geruchsbelästigung bei nicht funktionsfähigem künstlichen Darmausgang, häufigen hirnorganischen Anfällen, grobe unwillkürliche Kopf- und Gliedmaßenbewegungen bei Spastikern, laute Atemgeräusche wie etwa bei Asthmaanfällen und Kanülenträgern, ständig wiederkehrenden akuten Hustenanfällen mit Auswurf bei Kehlkopflösen);
- Behinderte mit - nicht nur vorübergehend - ansteckungsfähiger Lungentuberkulose;
- geistig oder seelisch Behinderte, bei denen befürchtet werden muss, dass sie beim Besuch öffentlicher Veranstaltungen durch motorische Unruhe, lautes Sprechen oder aggressives Verhalten stören.

Die Behinderten müssten allgemein von öffentlichen Zusammenkünften ausgeschlossen sein. Es genügt nicht, dass sich die Teilnahme an einzelnen, nur gelegentlich stattfindenden Veranstaltungen bestimmter Art verbietet. Behinderte, die noch in nennenswertem Umfang an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen können, erfüllen die Voraussetzungen nicht. Die Berufstätigkeit eines Behinderten ist in der Regel ein Indiz dafür, dass öffentliche Veranstaltungen - zumindest gelegentlich - besucht werden können, es sei denn, dass eine der vorgenannten Funktionsbeeinträchtigungen vorliegt, die bei Menschenansammlungen zu unzumutbaren Belastungen für die Umgebung oder für den Betroffenen führt. „Bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG erfordern die Schädigungsfolgen im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes/Bundesentschädigungsgesetzes die Unterbringung in der ersten

Wagenklasse“:

Merkzeichen „1. Klasse“

Die Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse mit dem Fahrausweis der 2. Wagenklasse erfüllen ausschließlich schwer Kriegsbeschädigte und Verfolgte im Sinne des Bundesentschädigungsgesetz (BEG) mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mind. 70 %, wenn der auf den erkannten Schädigungsfolgen beruhende körperliche Zustand bei Eisenbahnfahrten ständig die Unterbringung in der 1. Wagenklasse erfordert. Bei schwer kriegsbeschädigten Empfängern der drei höchsten Pflegezulagenstufen sowie bei Kriegsblinden, kriegsbeschädigten Ohnhändern und kriegsbeschädigten Querschnittsgelähmten wird das Vorliegen der Voraussetzungen unterstellt.

Ausweis für die unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr

Den „Freifahrt-Ausweis“ (linke Seite grün/rechte Seite orange) erhalten

- Gehbehinderte („G“)
- außergewöhnlich Gehbehinderte („aG“)
- Hilflose („H“)
- Gehörlose
- Versorgungsberechtigte.

In einem Ausweis bedeutet das auf der Vorderseite aufgedruckte Merkzeichen „B“ „die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen“. Das Merkzeichen berechtigt den Schwerbehinderten, im öffentlichen Personenverkehr ohne Kilometerbegrenzung eine Begleitperson kostenlos mitzunehmen (auch wenn er selbst bezahlen muss).

Das auf der Rückseite im 1. Feld eingedruckte „G“ bedeutet, dass der Ausweisinhaber in seiner Bewegungsfähigkeit im Strassenverkehr erheblich beeinträchtigt ist. Diese Eintragung im Ausweis ist von Bedeutung bei der Lohn- und Einkommensteuer, in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung.

Das Merkzeichen „aG“ bedeutet, dass der Ausweisinhaber außergewöhnlich gehbehindert ist. Dieses Merkzeichen ist von Bedeutung für die Freifahrt, die Kraftfahrzeugsteuerbefreiung, evtl. noch den Beitragsnachlass in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung und für Parkerleichterungen.

Dokumentation des Antragstellers

Grundsätzlich ist für jedes der genannten Merkzeichen erforderlich, dass im Rahmen des Verfahrens möglichst alle ärztlichen Unterlagen, Behandlungszeiten etc. lückenlos dokumentiert werden. Je umfangreicher dies geschieht, desto kürzer ist die Antragsbearbeitungszeit. Als Antragsteller sollten Sie zumindest Ihren Hausarzt über die Antragstellung beim Versorgungsamt unterrichten und ihn darauf hinweisen, dass das Versorgungsamt Auskünfte über ihren Gesundheitszustand einziehen wird.

Der Arzt ist dabei zu bitten, dass er in seiner Antwort an das Versorgungsamt nicht nur auf die medizinische Diagnose der Gesundheitsstörung eingeht, sondern möglichst genau auch die Auswirkungen beschreibt. Dies ist zur Beurteilung des jeweiligen Antrages sehr wichtig. Insbesondere hängt hiervon ab, wie hoch das Versorgungsamt den Grad der Behinderung feststellt. Das beinhaltet, dass die angegebenen Ärzte, Krankenanstalten und Behörden von ihrer Schweigepflicht entbunden werden.

Sobald der Antrag auf Feststellung beim Versorgungsamt eingegangen ist, erhält der Antragsteller eine schriftliche Eingangsbestätigung. Diese kann z. B. dem Arbeitgeber vorgelegt werden, um Kündigungsschutz oder Zusatzurlaub geltend zu machen. Spricht der Arbeitgeber nach Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft die Kündigung aus, sollte das Versorgungsamt sofort darüber informiert werden. Regelmäßig wird man sich dann um eine beschleunigte Bearbeitung bemühen.

Die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigung werden als Grad der Behinderung nach 10er Graden abgestuft, von 20 - 00 festgestellt. Dabei werden einzelne Funktionsbeeinträchtigungen berücksichtigt, wenn sie für sich alleine einen Grad der Behinderung von mind. 10 ausmachen würden. In Einzelfällen werden zur Feststellung der Gesundheitsstörung zusätzliche Untersuchungen erforderlich. Dabei werden vom Versorgungsamt auch Experten und Gutachter eingeschaltet. Sollten Sie von einer solchen Überprüfung betroffen sein, ist zu raten, nach Absprache mit Ihrem behandelnden Arzt Medikamente am Tage der Untersuchung möglichst nicht einzunehmen. Nur so ist es dem begutachtenden Arzt möglich, das volle Ausmaß der Beeinträchtigung zu erkennen und eine wirklichkeitsgetreue Beurteilung zu erstellen.

Liegen mehrere Behinderungen vor, werden diese in der Reihenfolge ihres Schweregrades beurteilt. Dies erfolgt dabei nach den bereits angesprochenen „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht“ und nach dem „Schwerbehindertengesetz“. Bei der Ermittlung des Gesamt-GdB für Schwerbehinderungen dürfen jedoch die einzelnen GdB-Werte nicht addiert werden. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Behinderungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander. Ist so auf diese Weise ein Gesamt-GdB ermittelt worden, wird dieser in einem entsprechenden Schreiben und Bescheid dem Antragsteller mitgeteilt. Hiermit ist zunächst das Feststellungsverfahren abgeschlossen.

Sollte der Antragsteller der Ansicht sein, dass einzelne Behinderungen nicht ausreichend gewürdigt worden sind, steht das Widerspruchsverfahren sowie das anschließende Klageverfahren vor dem Sozialgericht zur Verfügung.

4. Studie findet Lewy-Körperchen in transplantierten Zellen

Wissenschaftler um Dr. Jeffrey Kordower von der Rush University in Chicago im US-Staat Illinois beschrieben den Fall einer Patientin mit einer 22-jährigen Parkinson-Geschichte. Im Jahre 1993 wurden ihr embryonale Zellen ins Gehirn verpflanzt.

Nach dem Eingriff zeigte sich zunächst eine deutliche Verbesserung der Symptome und die Patientin benötigte deutlich weniger Medikamente. Diese Besserung hielt 4 Jahre an. Im Jahre 2004 verschlechterte sich der Krankheitszustand deutlich. Nach ihrem Tod im Jahre 2007, 14 Jahre nach der Transplantation wurde das Gehirn untersucht, Es zeigte sich, dass auch die verpflanzten Zellen Lewy-Körperchen enthielten. Dies bedeutet, dass der Krankheitsprozess nach längerer Zeit auch die transplantierten Zellen erfasste.

Für Sie gelesen: (Nature Med. 04.08)
Dr. Fornadi

Mit freundlichen Grüßen
Ihr parkinson-web Team

Impressum

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

Geschäftsführer: Dr. Thomas Werner (Vors.), Jean Vanpol, Pamela Somerset, George 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 eMail 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.