

**Inhalt**

1. Aktuelles aus dem Expertenforum
2. Spezial: Bericht vom Welt-Parkinson-Kongress
3. Interview: Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung
4. Hirnschrittmacher gegen Alzheimer?

**1. Aus unserem Expertenforum**

Autor	Nachricht
<b>Elebele</b>	<p data-bbox="470 616 1037 645">Titel: Mutter Parkinson - besorgte Tochter</p> <p data-bbox="470 698 1452 1662"> Halli-hallo!  Seit Montag wissen wir, dass meine Mutter (66 Jahre) Parkinson im Anfangstadium hat.  Im Herbst hatte sie Depressionen, die aber gut eingestellt wurden. Auf mein drängen hat der Hausarzt ihr nun diesen Termin beim Neurologen besorgt.  Ihre rechte Hand ist zitterig, das war mir schon vor längerer Zeit aufgefallen und meinem Vater auch. Der Neurologe hat dann auch gesehen, dass der rechte Mundwinkel auch betroffen ist und dass sie allgemein rechts etwas kraftloser als links ist.  Der Neurologe hat auch selber Parkinson seit 10 Jahren, er ist nun so Mitte 50.  Meine Eltern sind recht entspannt was die Diagnose angeht, ich glaube der Neurologe hat ganz viel Schrecken aus dieser Krankheit genommen. Er hat die Arme vorgestreckt und gefragt ob die ihm was anmerken, das war nicht so.  Ich habe nun schon sehr viel gelesen, auch schon vor der Diagnose und sehe dem nicht so locker entgegen.  Obwohl ich denke, dass meine Mutter's Vorteil ist, dass sie ja doch schon über Mitte 60 ist und der Verlauf hoffentlich nicht so schnell geht. Liege ich da richtig?  Meine Mutter macht seit je her Sport, auch nun noch so 3mal die Woche. Dazu kommt Rad fahren und schwimmen.  Tut mir leid, dass ich so wirr schreibe, aber ich bin zur Zeit auch verwirrt. Ich habe es zwar befürchtet, aber das die Diagnose nun steht ist doch etwas anderes.  Ich bemühe mich natürlich meinen Eltern meine Ängste nicht zu zeigen, ich will die beiden ja auch nicht verrückt machen.  Viele Grüße  Ela </p>
<b>Experte Dr. Fornadi</b>	<p data-bbox="470 1736 1428 1921"> Ich kann Sie beruhigen, bei optimaler Behandlung und guter Krankheitsakzeptanz kann Ihre Mutter ein aktives und lebenswertes Leben führen. Der Verlauf ist sehr individuell, bei Älteren - wenn keine schweren Begleiterkrankungen vorhanden sind, günstiger.  MfG  Dr. Fornadi </p>

<b>wiedel</b>	<p>Hallo Ela,  könntest du mir bitte schreiben, welcher Neurologe das ist.? Würde mich bei Diesem gerne selbst vorstellen. Der kennt sich ja als Gleichgesinnter dann total gut mit den Beschwerden aus.</p>
<b>Elebele</b>	<p>@ Dr. Fornadi  Vielen Dank für Ihre doch sehr beruhigenden Worte.  Was wären denn z.B. schwere Begleiterkrankungen?</p> <p>@wiedel  Ich weiß ja nicht wo Du her kommst. Der Arzt ist fast an der dänischen Grenze, möchte hier nun nicht den Namen einfach so reinschreiben.  Können wir ja sonst per Mail regeln, okay?</p> <p>Schönes Wochenende  Ela</p>
<b>flupp</b>	<p>Hallo Elebele,</p> <p>mein Vater wird seit Anfang/Mitte 60 mit Parkinson-Medikamenten behandelt und hat seine Diagnose sehr entspannt gesehen. Ich glaube das hat es ihm von Anfang an leichter gemacht. Er macht wie man so schön sagt das Beste aus seiner Situation. Seit ca 10 Jahren wird er jetzt schon behandelt und geht immer noch 2x die Woche joggen, zur Gymnastik und fast jeden Tag schwimmen. Auch mit dem Fahrrad sind meine Eltern viel unterwegs. Die einzige Einschränkung ist das er in vielen Dingen, z.B. anziehen langsamer geworden ist, als geht er so das er alles in Ruhe und ohne Streß erledigen kann. Einzig beim Autofahren hat mein Vater sich eingeschränkt. Er fährt keine langen Strecken und Autobahn mehr.</p> <p>Ich hatte am Anfang auch Probleme mit der Diagnose und habe mich dann intensiv mit dem Thema beschäftigt. Meinen Eltern schicke ich immer alle Informationen die ich finden kann. so haben wir alle zu einem entspannten Verhältnis gefunden und meine Mutter hat mich als Ansprechpartner wenn es für sie mal schwieriger ist.</p> <p>Gruß  flupp</p>

## **2. Spezial: Bericht vom Welt-Parkinson-Kongress**

### **Streiflichter vom Welt-Parkinson-Kongress in Amsterdam/Niederlande**

Gabriele Blaeser-Kiel

#### **Einleitung**

Der „World Congress on Parkinson’s Disease and Related Disorders“ zu dem der Welt-Dachverband neurologischer Fachgesellschaften eingeladen hatte, zählt seit mehr als drei Jahrzehnten zu den Highlights im medizinischen Kongresskalender. Daher ist es kaum verwunderlich, dass trotz der zeitlichen Nähe zu Weihnachten im Dezember 2007 mehr als 3.000 klinisch oder wissenschaftlich tätige Neurologen zum Gedankenaustausch mit Experten auf dem Gebiet des „Morbus Parkinson und verwandten Erkrankungen“ nach Amsterdam/Niederlande gekommen sind. Während der viertägigen Tagung wurde in mehr als 1.500 Vorträgen und Posterpräsentationen über eine Vielzahl von klinischen Erfahrungen und neuen Forschungsergebnissen informiert. Zu den Schwerpunkten gehörte auch der Themenkomplex „Dauerhafte Symptomkontrolle durch kontinuierliche dopaminerge Therapie“. Einen Eindruck zum gegenwärtigen Stand der Dinge sollen diese „Kongresssplitter“ vermitteln.

#### **Befragung in 20 europäischen Ländern zum Leben mit der Parkinsonkrankheit**

- Ziel dieser Studie ist die Veranschaulichung der Lebenssituation von Parkinsonkranken ("24 Stunden im Leben eines Parkinsonkranken").
- Ergebnis: Nur bei einem Drittel der Teilnehmer werden die Krankheitssymptome durch die Therapie rund um die Uhr kontrolliert.

#### **Welche Faktoren begünstigen das Auftreten von motorischen Komplikationen?**

- Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zumindest für jüngere Patienten: Möglichst langes Hinausschieben des Levodopa-Einsatzes.
- Geringes bzw. abnehmendes Körpergewicht im Verlauf der Erkrankung und hohe Dosen von L-Dopa pro kg Körpergewicht erhöhen das Risiko für die Entwicklung motorischer Komplikationen.

#### **Unerwünscht: Pulsatile Stimulation der Dopaminrezeptoren**

- Identifizierung der "pulsatilen (stoßweisen) dopaminergen Stimulation" als Dreh- und Angelpunkt für Beweglichkeitsschwankungen.
- Die Situation der Dopaminfreisetzung beim gesunden Menschen gegenüber der stoßweisen Gabe von Dopamin beim M. Parkinson.

#### **Wünschenswert: Medikamente mit Wirksamkeit „rund um die Uhr“**

- Wirksamkeit von Levodopa
- Gründe für die Bevorzugung der Dopaminagonisten gegenüber Levodopa.
- Therapeutischer Fortschritt durch Optimierung der Freisetzung eines Medikaments

#### **Befragung in 20 europäischen Ländern zum Leben mit der Parkinsonkrankheit**

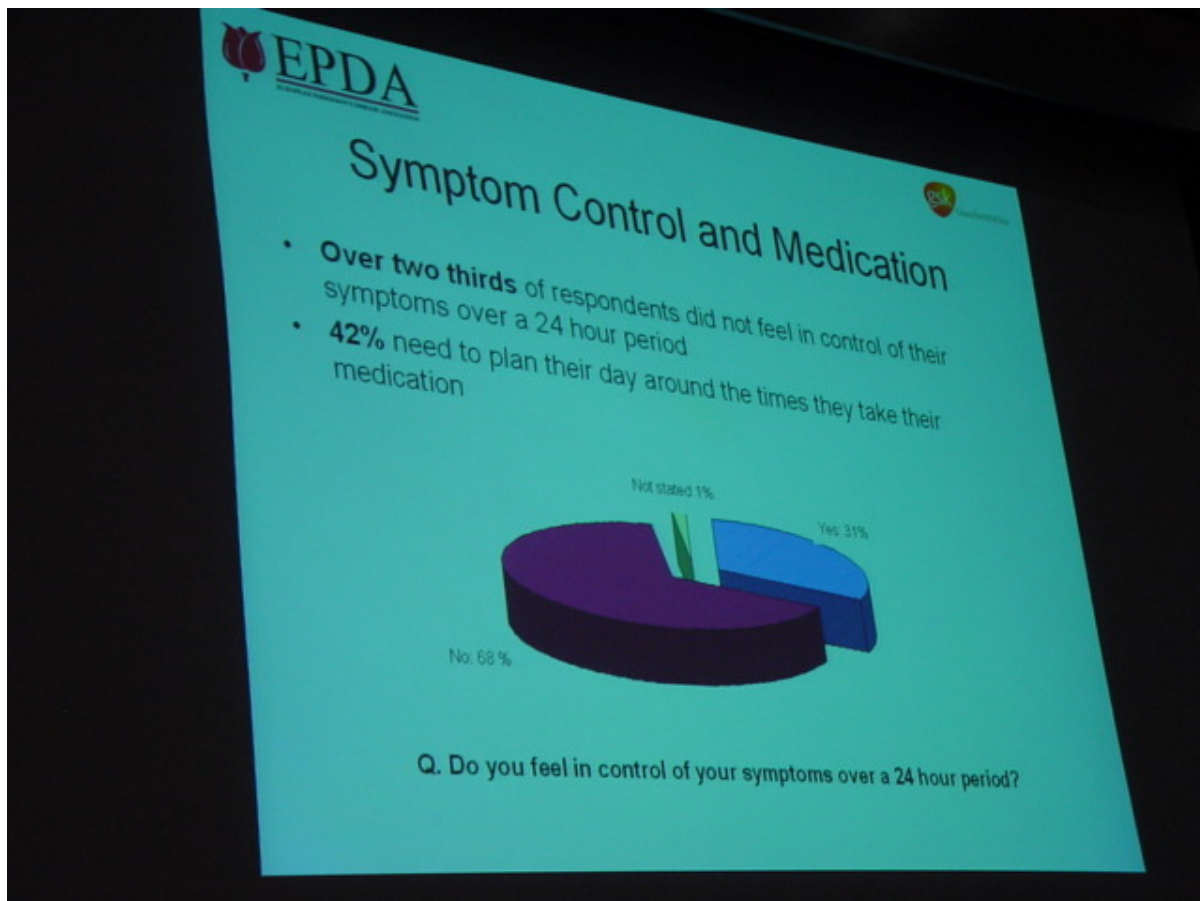
„An Parkinson erkrankt zu sein, ist ein Fulltimejob“, brachte es Susanna Lindvall, Vicepräsidentin der EPDA (European Parkinson’s Disease Association = Europäische Vereinigung von Parkinsonpatienten-Organisationen) auf den Punkt. „Der Betroffene muss sein Leben um die Krankheit und ihre Therapie herumorganisieren, weil er nicht vorhersehen kann, was für eine Art Tag ihn erwartet“.

Dass dies keine einzelne Erfahrung ist, zeigen erste Ergebnisse einer derzeit von der EPDA mit Unterstützung von GlaxoSmithKline durchgeführten Erhebung bei Parkinsonpatienten in 20 europäischen Ländern. Ziel dieses „Real Life Real PD Survey“ ist es, 24 Stunden im Leben eines Parkinsonkranken zu veranschaulichen. Den Fragebogen gibt es in der

jeweiligen Sprache im Internet (deutsch:

[http://www.epda.eu.com/projects/realLifeRealIPDSurvey/questionnaire/survey\\_de.asp](http://www.epda.eu.com/projects/realLifeRealIPDSurvey/questionnaire/survey_de.asp)). Die Teilnahme ist noch bis zum 29. Februar 2008 möglich.

Die erste Zwischenauswertung beruht auf den Daten von 1.026 Patienten. Das markanteste Ergebnis ist für Lindvall, dass nur bei einem Drittel der Teilnehmer die Krankheitssymptome durch die Therapie rund um die Uhr kontrolliert werden. Als Folge haben mehr als 50 % der Patienten Probleme mit dem abendlichen Einschlafen, wachen 70 % nachts mindestens einmal auf und kommen 80 % morgens nicht in Gang und/oder sind den ganzen Tag in ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt.



Antworten auf die Frage „Sind Sie unter Ihrer Therapie während des gesamten 24-Stunden-Tages symptomfrei?“

### Welche Faktoren begünstigen das Auftreten von motorischen Komplikationen?

Zur Behandlung des Morbus Parkinson gilt Levodopa nach wie vor als „Goldstandard“. Es wird allerdings in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie empfohlen, den Einsatz möglichst lange hinauszuschieben und zuvor erst einmal das therapeutische Potential anderer Medikamente wie vor allem der Dopaminagonisten auszuschöpfen. Das hängt damit zusammen, dass Levodopa zwar zunächst sehr gut wirkt, es jedoch nach einer gewissen Zeit bei der Mehrzahl der Patienten zu Beweglichkeitsschwankungen (motorische Fluktuationen) bis hin zu nicht mehr willentlich steuerbaren abnormen Bewegungen (Dyskinesien) kommt. Dieses Risiko ist bei der Behandlung mit Dopaminagonisten deutlich geringer.

Auf der Suche nach den Gründen, warum diese Komplikationen mal später, mal früher - in der Hälfte der Fälle bereits innerhalb von vier Jahren nach Beginn der Levodopa-Therapie - auftreten, hat Dr. Jagdish Sharma aus Newark in Großbritannien die wissenschaftliche

Literatur der letzten Jahre durchforstet. Als Merkmale, die ein frühes Auftreten begünstigen, kristallisierten sich heraus:

- Krankheitsbeginn im frühen Lebensalter (vor dem 50sten Lebensjahr),
- lange Krankheitsdauer,
- weibliches Geschlecht,
- genetische Prädisposition.

Ebenfalls ungünstig scheinen sich folgende Konstellationen auszuwirken:

- niedriges Körpergewicht bzw. Gewichtsverlust im Krankheitsverlauf,
- hohe Levodopa-Dosis pro kg Körpergewicht (aussagekräftiger als die Höhe der Levodopa-Dosis in absoluten Zahlen).

Nach Interpretation von Dr. Sharma stehen diese beiden - von Patient und Arzt beeinflussbaren - Risikofaktoren in einer engen Beziehung zu einander: Je geringer das Körpergewicht (was möglicherweise auch die Präferenz für das weibliche Geschlecht erklärt), desto stärker die Levodopa-Exposition.

### **Unerwünscht: Pulsatile Stimulation der Dopaminrezeptoren**

Als Dreh- und Angelpunkt für die mit der Levodopa-Therapie assoziierten Beweglichkeitsschwankungen haben zahlreiche experimentelle und klinische Untersuchungen die „pulsatile dopaminerge Stimulation“ identifiziert. Um zu verdeutlichen, was dies für die motorischen Funktionen bedeutet, ließ Professor Heinz Reichmann von der neurologischen Universitätsklinik in Dresden kurz die neurochemischen Zusammenhänge Revue passieren.

Zuständig für die Weiterleitung von Bewegungsimpulsen ist das Dopamin. Der Botenstoff wird aus einer bestimmten Region des Hirnstamms (Substantia nigra) bei einem gesunden Menschen kontinuierlich in das für motorische Funktionen zuständige Gehirnareal (Corpus striatum) freigesetzt, so dass dort eine relativ konstante Konzentration vorherrscht. Beim Parkinsonkranken gelangt aufgrund des fortschreitenden Zelluntergangs in der Substantia nigra zunehmend weniger Dopamin ins Corpus striatum. Mit der Zufuhr von Levodopa (Dopaminvorstufe, die erst im Gehirn in Dopamin umgewandelt wird) soll dieser Mangel ausgeglichen werden.

Der Imitation des physiologischen (natürlichen) Ablaufs gelingt jedoch nur unzureichend bzw. nicht auf Dauer. Weil Levodopa nur eine kurze Wirkdauer hat, werden die Dopaminkontaktstellen (Rezeptoren) auf den Nervenzellen nicht wie vom körpereigenen Dopamin gleichmäßig, sondern im Rhythmus des Einnahmeintervalls - eben pulsatil - stimuliert. Zunächst könne das Gehirn das Auf und Ab kompensieren, erläuterte Prof. Reichmann. Wenn jedoch im Verlauf der Krankheit aufgrund nachlassender Produktion und Speicherkapazität immer weniger körpereigenes Dopamin zur Verfügung stehe und somit die Abhängigkeit vom „Ersatzstoff“ wachse, werde der therapeutische Effekt von Levodopa unberechenbarer.

### **Wünschenswert: Medikamente mit Wirksamkeit „rund um die Uhr“**

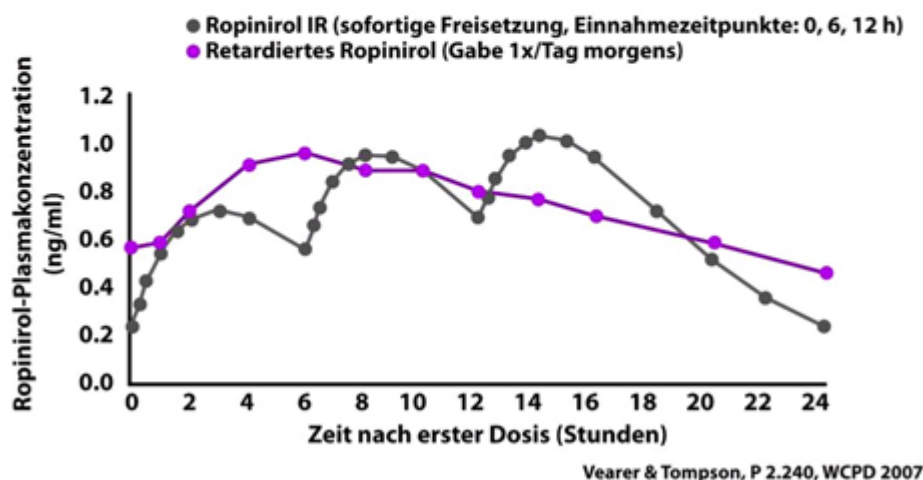
Um die Wirksamkeit von Levodopa zu „strecken“, ist es mit der Vervielfachung der Einnahmezeitpunkte jedoch nicht getan. Im Gegenteil - vermutlich wird die pulsatile Stimulation der Dopaminrezeptoren dadurch sogar noch verstärkt. Eine gleichmäßige Wirksamkeit von Levodopa ohne Hochs und Tiefs wird bisher nur mit der Dauerinfusion direkt in den Zwölffingerdarm erreicht. Da jedoch dafür eine Sonde durch eine kleine Öffnung in der Bauchhaut und der Magenwand gelegt werden muss, bleibt diese Therapieoption trotz ihrer hohen Effektivität Parkinsonpatienten im sehr fortgeschrittenen Stadium vorbehalten. Ähnliche Einschränkungen gelten für die - gleichermaßen erfolgreich motorische Fluktuationen verhindernde - Dauerinfusion des Dopaminagonisten Apomorphin unter die Haut (subkutan).

Einer der Gründe, die bei der Parkinsontherapie für die Bevorzugung der Dopaminagonisten

gegenüber Levodopa sprechen, ist ihre - mit Ausnahme des daher nur systemisch verabreichbaren Apomorphins - längere Wirkdauer. Dass damit allem Anschein nach eine physiologischere Stimulation der Zielstrukturen im Gehirn verbunden ist, lässt sich aus dem deutlich geringeren Risiko für motorische Komplikationen rückschließen. Das jüngste Mitglied dieser Substanzfamilie ist Rotigotin. Seine Besonderheit ist die Zufuhr durch die Haut. Dafür müssen täglich 1-2 Matrixpflaster auf wechselnde Stellen der Haut aufgeklebt werden, die den Wirkstoff über 24 Stunden ins Blut abgeben.

Für therapeutischen Fortschritt sorgen nicht allein die Synthese neuer Pharmaka oder die Entwicklung ungewöhnlicher Applikationsformen. Ebenso effektiv kann die Optimierung der Wirkweise eines Medikaments sein, das seine Effektivität bereits vielfach unter Beweis gestellt hat. Für Parkinsonpatienten, die lieber bei der Einnahme von Tabletten bleiben, steht in Kürze Ropinirol in einer veränderten Zubereitung zur Verfügung. Diese „CR“-Version - „CR“ bedeutet „continuous release“ (kontinuierliche Freisetzung) - ermöglicht gleichmäßigere Wirkstoffspiegel rund um die Uhr bei nur noch einmal täglicher Einnahme. Ropinirol gehört übrigens wie Apomorphin und Rotigotin zu den Dopaminagonisten vom Nonergot-Typ, bei denen nach heutigem Kenntnisstand keine kardialen Komplikationen wie beispielsweise Veränderungen des Herzklaippenorgans zu erwarten sind.

## Pharmakokinetik von retardiertem Ropinirol (Modellierung auf realistische Einnahmeintervalle)



Wirkstoffspiegel von Ropinirol nach einmal täglicher Einnahme in „CR“-Version (kontinuierliche Freisetzung) und nach dreimal täglicher Einnahme in „IR“-Version (sofortige Freisetzung) - Quelle: DJ Tompson/D Vearer. Clinical Therapeutics 2007

### 3. Interview: Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung

**Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung – Interview mit F.-W. Mehrhoff, Geschäftsführer der dPV**

Hintergrund:

*Ein wesentliches Problem des deutschen Gesundheitswesens war bisher die mangelhafte Zusammenarbeit zwischen einzelnen Teilbereichen. Oft müssen Patienten an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung oder beim Übergang in*

*Rehabilitationsmaßnahmen die Koordination dieser einzelnen Behandlungsabschnitte selbst in die Hand nehmen. Sie müssen den Fortgang der für sie richtigen Therapie selbst recherchieren und organisieren, weil ihnen ein Ansprechpartner fehlt.*

*Angesichts der heutigen Herausforderung – veränderte Altersstruktur, die Zunahme chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen, sowie die Über-, Unter- und Fehlversorgung müssen Abschottung und Abgrenzung zwischen den einzelnen Teilbereichen eines Gesamttherapieplanes überwunden werden. Dies ist das Ziel der integrierten Versorgung. Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, sowie ggf. Apotheken koordiniert zusammenwirken. Daher wurde schon im Jahre 2000 die integrierte Versorgung mit den Regelungen der § 140 a ff. eingeführt.*

*Die Umsetzung solcher Kooperationsformen blieb jedoch begrenzt und beschränkte sich weitgehend auf die Bildung von Praxisnetzen. Mit der Gesundheitsreform 2004 wurden weitere rechtliche Hindernisse abgebaut und finanzielle Anreize gesetzt. Mit dem GKV Wettbewerbs-Stärkungsgesetz (GKV-WSG) wird die integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Verzahnung zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen fortgeführt und ausgebaut. Die Pflege kann zukünftig in die integrierte Versorgung mit einbezogen werden.*

**parkinson-web.de Redaktion: Die integrierte Versorgung gilt seit 2004 als eines der wenigen gesundheitspolitischen Erfolgsmodelle in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gibt es im Bereich der Parkinson-Versorgung bisher nennenswerte Modelle, die auf eine verbesserte integrierte Patientenversorgung abzielen?**

*Mehrhoff: Soweit mit der Gesundheitsreform 2004 weitere rechtliche Hemmnisse abgebaut und finanzielle Anreize gesetzt worden sind, ist damit der Startschuss gegeben worden, über die bisherige Bildung von Praxisnetzen neue Versorgungsstrukturen aufzubauen. So stehen seit 2004 jährlich bis zu 1% der jeweiligen Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausvergütungen als Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung zur Verfügung. Die Erfüllung der vertraglichen Leistungsverpflichtungen findet außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung statt. Eine Einflussnahme Dritter scheidet aus. Die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten liegt alleine bei den Vertragspartnern. Krankenkassen können auch Verträge mit Trägern von medizinischen Versorgungszentren abschließen sowie mit Trägern, die eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten, selbst aber nicht Versorger sind (z.B. Managementgesellschaften).*

*In der Vergangenheit hat es immer wieder verschiedene Versuche gegeben, auch für den Bereich Parkinson, entsprechende integrierte Versorgungsmodelle aufzubauen. So sind Modelle angedacht worden für die Region Düsseldorf, Thüringen und derzeit aktuell für den Bereich KV-Rheinland. Bisher sind diese Modelle immer wieder daran gescheitert, dass nach Ansicht der Krankenkassen die Patientenzahlen, die für ein solches Versorgungsmodell in Frage kämen, als zu gering angesehen werden. Soweit es in Hessen entsprechende Modelle gibt, arbeiten diese erfolgreich. Jedoch muss hierbei darauf hingewiesen werden, dass sie keineswegs flächendeckenden Charakter haben. Von daher muss festgestellt werden, dass es im Bereich der Parkinson-Versorgung bisher keine nennenswerten Modelle gibt, die zu einer verbesserten integrierten Patientenversorgung geführt haben.*

**parkinson-web.de Redaktion: Wie hoch schätzen Sie den Bedarf ein, Parkinson-Patienten auf der Grundlage integrierter Versorgungsstruktur qualitativ besser versorgen zu können?**

*Mehrhoff: Schon aufgrund der demografischen Entwicklung ist damit zu rechnen, dass die Zahl der multimorbiden älteren Parkinson-Patienten steigen wird. Damit stellt sich die Frage der Versorgung insbesondere solcher Parkinson-Patienten, die immobil sind und in der Regel durch Neurologen per Hausbesuch nicht mehr versorgt werden. Zudem gibt es aus unserer Sicht noch zahlreiche Parkinson-Patienten, die auch in Seniorenresidenzen und Altersheimen nicht adäquat medikamentös versorgt werden. Vor diesem Hintergrund schätzen wir den Bedarf als sehr hoch ein, durch den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen mit der Einbeziehung der Pflege diese Patienten qualitativ besser versorgen zu können.*

**parkinson-web.de Redaktion: Wo klemmt es am meisten im Versorgungssystem aus der Sicht eines Parkinson-Patienten? Beim Übergang von der stationären in die ambulanten Behandlung oder innerhalb des stationären bzw. ambulanten Sektors?**

*Mehrhoff: Bei der Versorgung von Parkinson-Patienten klemmt es aus Sicht der dPV an vielen Stellen. Primär ist hierbei zunächst einmal der Übergang von dem stationären in den ambulanten Sektor zu nennen. Viele Patienten erleben es immer wieder, dass nach einem stationären Aufenthalt mit medikamentöser Neueinstellung der ambulant behandelnde Arzt sich nicht in der Lage sieht, das im stationären Bereich unter großem Einsatz von finanziellen Ressourcen erarbeitete Therapieschema fortzusetzen. Hinzu kommt, dass Patienten häufig nur ein-, maximal zwei Mal pro Quartal einen Termin im ambulanten Bereich bekommen, sodass es häufig auch bei einer Entlassung aus dem stationären Bereich zu Schwierigkeiten in der ambulanten Versorgung kommt.*

*Aber auch im stationären Bereich gibt es zahlreiche Probleme. Die konziliarische Hinzuziehung eines Neurologen ist eher die Ausnahme denn die Regel. Dies führt dazu, dass es im stationären Bereich auch zu vielen Komplikationen kommt (z.B. Anästhesie), die durch eine Hinzuziehung eines Neurologen hätte vermieden werden können.*

*Der ambulante Sektor zwingt die Patienten immer wieder, durch „Ärzt hopping“ die von ihnen für die Behandlung dieser Erkrankung notwendigen Medikamente und Begleittherapien verordnet zu bekommen.*

*Es ist aus unserer Sicht festzustellen, dass es an allen Ecken und Enden im vorliegenden Versorgungssystem klemmt, und der Patient sich häufig mit seinen berechtigten Ansprüchen nicht durchsetzen kann.*

**parkinson-web.de Redaktion: Wie bewerten Sie die durch die letzte Gesundheitsreform (GKV-WSG) im letzten Jahr grundsätzlich geschaffene Möglichkeit, den Bereich der Pflege nach dem SGB XI in die Versorgungsstruktur nach den Vorgaben des SGB V einzubinden?**

*Mehrhoff: Grundsätzlich bewerten wir diese Möglichkeit positiv. Parkinson-Patienten profitieren vielfältig von dieser Möglichkeit. Für die Pflege bedeutet die zentrale Einbindung in eine moderne Versorgungsform einen großen emanzipatorischen Schritt. Sie ist nicht mehr eine nachgeordnete Instanz, sondern vielmehr die qualifizierte Schnittstelle zwischen allen Leistungserbringern. Damit kann die Pflege einen nahtlosen Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung sicherstellen und sorgt so für deutlich mehr Effizienz, vor allem qualitativ. Gleichzeitig verfügt die Pflege nun über eine erforderliche Behandlungssicherheit, da der Arzt/Neurologe über einen schriftlichen Pflegeplan eine Anwendungsvorschrift vorlegen muss. Darüber hinaus stellt z.B. der Caremanager sicher, dass das Pflegepersonal stets auf dem aktuellen Wissensstand ist. Wir bewerten diese nunmehr vorgesehene Möglichkeit grundsätzlich sehr positiv.*

**parkinson-web.de Redaktion: Inwieweit spielt diese neue Regelung eine erkennbare Rolle für Parkinson-Patienten mit vorhandenem Pflegebedarf und wie sieht es bisher mit der Praxistauglichkeit dieser neuen Rechtsvorschrift aus?**

*Mehrhoff: Soweit es an entsprechenden Modellen bisher mangelt, hat die vorliegende Möglichkeit der Einbeziehung der Pflege in die Versorgungsstruktur die Praxistauglichkeit noch nicht bewiesen. In einem Modellprojekt zur integrierten Versorgung chronisch schwerkranker Menschen in Bayern hat sich jedoch herausgestellt, dass die theoretisch gesehenen Vorteile wie z.B. Reibungsverlust oder Qualitätsverbesserung sich auch in der Praxis gezeigt haben. Von dem bis ins Detail abgestimmten Prozess profitiert in diesem Modellprojekt in erster Linie natürlich der Patient. Das Qualitätsempfinden während des gesamten Behandlungs- und Pflegeverlaufs wurde deutlich erhöht und die Patienten waren wesentlich zufriedener.*

*Es bleibt eine der Grundforderungen unsererseits, durch ein entsprechendes Modellprojekt, wie z.B. jetzt für die Region der KV-Nordrhein angedacht, diese Ergebnisse des Modellprojektes ebenfalls nachzuvollziehen und somit langfristig zu einer besseren Versorgung der Parkinson-Patienten bundesweit beizutragen.*

#### **4. Hirnschrittmacher gegen Alzheimer?**

Wie eine britische Zeitung berichtet, haben Neurochirurgen unter der Leitung von Andres Lozano am Toronto Western Hospital durch Zufall eine Methode entdeckt, wie sich das Gedächtnis wieder verbessern lassen könnte.

Bei einer Operation an einem extrem übergewichtigen Patienten, bei dem durch Tiefenstimulation des für die Appetitkontrolle verantwortlichen Zentrums im Gehirn dessen Hungergefühl unterdrückt werden sollte, stimulierten die Ärzte zufällig auch einen Bereich, wodurch der Patient sich plötzlich an ein lang vergangenes Ereignis erinnerte. Weitere Tests zeigten, dass er besser lernen konnte, wenn dieses Areal durch Strom stimuliert wurde.

In dem Krankenhaus wurden in einer ersten Testphase drei Alzheimer-Patienten solche Hirnschrittmacher implantiert. Die Ergebnisse, so Lozano, seien vielversprechend. Weitere drei Patienten werden noch folgen.

Für Sie gelesen (Ärzte Zeitung)  
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 Dasonville

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](http://www.glaxosmithkline.de)

Diesen Newsletter können Sie kostenlos per eMail abonnieren. Melden Sie sich an unter [www.parkinson-web.de](http://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](http://www.parkinson-web.de).