

Inhalt

1. Aktuelles aus dem Expertenforum
2. Parkinson und Anästhesie
3. Arbeit & Beruf
4. Haut-Test zur Früherkennung der Parkinson-Krankheit?

1. Aus unserem Expertenforum

Autor	Nachricht
Help	<p>Freunde / Arbeitskollegen über Parki informieren?</p> <p>Hallo Leserinnen und Leser,</p> <p>seit vielen Monaten ist mir bekannt, dass ich unter MP leide. Meine Frau und Eltern habe ich sofort nach Bestätigung der Diagnose informiert. Meine Kinder wollte ich zunächst von der schlechten Nachricht verschonen. Darum habe ich Sie auch erst kürzlich über meine Erkrankung informiert.</p> <p>Meinen Arbeitgeber habe ich, unter dem strengen Siegel der Verschwiegenheit, erst kürzlich informiert. Hierbei habe ich als Erkrankung lediglich "neurologische Erkrankung" angegeben.</p> <p>Hier nun mein eigentliches Problem:</p> <p>Wie und wann sage ich es meinen Freunden und Arbeitskollegen?</p> <p>Zu berücksichtigen ist dabei sicherlich, dass die Symptome meiner Erkrankung sowohl am Arbeitsplatz als auch beim Sport mit Freunden immer öfter "öffentlich" werden. Ein längeres Verschweigen scheint daher nicht angezeigt zu sein. Erschwerend kommt an meinem Arbeitsplatz hinzu, dass ich dort zum Führungskreis (Titel ohne Mittel!) gehöre und zahlreiche Personen führen darf.</p> <p>Schon jetzt sage ich danke für Ihre Beiträge.</p> <p>Gruß Help</p>
igelchen	<p>wer zwingt dich alle menschen um dich herum zu informieren? das ist doch einzig und alleine deine entscheidung. ich habe es so gehalten, dass wenn jemand wegen meines symptomes fragt, ich ihm auch ehrlich antworte. meine familie hab ich als einziges informiert.</p> <p>I.g conny</p>
Tim neu	<p>Hallo Help,</p> <p>Ob Du es Deinen Freunden bzw. Bekanntenkreis usw. sagen möchtest, ist allein Deine Entscheidung.</p> <p>Ich habe auch erst immer versucht zu Verdrängen und zu Verschweigen. Mittlerweile sehe ich das anders, ich gehe offen damit um. Natürlich erzähle ich nicht jeden das ich P. habe. Nur den Menschen mit denen ich oft zu tun habe. Ich scheue mich aber auch nicht, wenn ich einmal Hilfe benötige (zb. im Cafe. ein Tablett zu tragen), darum zu bitten.</p>

	<p>Ich persönlich komme so wesentlich besser zurecht, als wenn ich es verschweigen oder verheimlichen will. Ich finde es ist ganz wichtig diese Krankheit erst einmal persönlich für sich zu akzeptieren. Erst dann kann man offen damit umgehen.</p> <p>Beste Grüße Tim</p>
Stiertante	<p>hallo help,</p> <p>durch meinen engen Kontakt zu meinen Arbeitkolleginnen, war es mir nicht möglich es zu verheimlichen, da sie wussten, das ich in der Uni liege.(war OKt.0Cool und dort von meinem Parki erfuhr. Meiner Familie habe ich es gleich mitgeteilt, Es muss jeder für sich selbst entscheiden ob, wann, wem und wieviel er davon erzählt. Ich spreche auf jeden Fall offen darüber (Parki) und habe bis jetzt auch keine schlechten Erfahrungen damit gemacht sondern nur positiv Vielleicht konnte ich dir mit meinen paar Zeilen helfen.</p> <p>Ig dani</p>
Help	<p>Hallo Ratgeber,</p> <p>ich bedanke mich für die schnellen und umfassenden Antworten. Ich werde demnächst mit meiner Erkrankung offener umgehen.</p> <p>Dies gilt insbesondere bei vertrauenswürdigen Freunde und Kollegen, die mich auf die Symtome von Parki ansprechen.</p> <p>Danke von Help</p>
Experte Dr. Fornadi	<p>Die Erfahrung zeigt, dass es am Besten ist, mit der Erkrankung - wie Sie es vorhaben - offen umzugehen und nichts zu verheimlichen.</p> <p>MfG Dr. Fornadi</p>

2. Parkinson und Anästhesie

Dr. Ferenc Fornadi
(Gertrudis-Klinik Biskirchen)

Vielleicht wird bei Ihnen in der nahen Zukunft ein operativer Eingriff notwendig sein. Wir möchten vorausschicken, dass unter Beachtung der nachstehend geschilderten Vorsichtsmaßnahmen das Risiko der Anästhesie bei Parkinson-Patienten nicht größer ist als für vergleichbare Altersgruppen.

Um die Besonderheiten der Parkinson-Krankheit bei der notwendigen Narkose oder der örtlichen Betäubung berücksichtigen zu können, lesen Sie bitte sorgfältig diese Seiten und besprechen Sie alles mit Ihrem Narkose-Arzt, der Sie bei der Operation betreuen wird. Einige Ausführungen dieses Artikels, die Ihnen „zu medizinisch“ erscheinen, können Sie sich vom Arzt erklären lassen. Der Artikel beschäftigt sich nicht mit der notwendigen Anästhesie der tiefen Hirnstimulation (THS).

Allgemeine Bemerkungen

Wenn Sie sich über die Narkose und die Parkinson-Krankheit mit anderen Patienten unterhalten, werden Sie oft einige Aussagen hören, die Ihnen eventuell Angst vor der Narkose machen können.

Einige Patienten sind der Meinung, dass ihre Parkinson-Krankheit durch die Narkose ausgelöst wurde. Diesbezüglich können wir Sie beruhigen, Parkinson kann nicht durch eine Narkose ausgelöst werden. Wir wissen, dass die ersten Symptome der Parkinson-Krankheit erst dann auftreten, wenn ca. 50 Prozent der dopamin-produzierenden Zellen in der Schwarzen Substanz des Gehirns nicht mehr funktionsfähig sind. Dies ist ein Vorgang, der ca. 5 Jahre dauern kann, das heißt, dass die Krankheit bei den Patienten, die nach der Operation Parkinson-Symptome zeigten, schon seit längerer Zeit ohne wahrnehmbare Symptome bestand. In diesen Fällen hätte die Krankheit auch ohne Narkose bald die ersten Zeichen gezeigt. Die Auswirkungen der Narkose waren höchstens die letzten Tropfen, die das Glas zum Überlaufen brachten.

Es wird auch häufig diskutiert, dass die Allgemeinanästhesie (Vollnarkose) die Symptome der Parkinson-Krankheit verschlechtern kann. Dies ist leider auch bei der besten Narkoseführung nicht ausgeschlossen und macht in einigen Fällen nach der Operation eine medikamentöse Neueinstellung notwendig, häufig unter stationären Bedingungen in einer geeigneten Parkinson-Abteilung oder Klinik. Auch die nach der Operation selten auftretende Verwirrtheit, Desorientierung (Durchgangssyndrom) sollte beim Weiterbestehen in den genannten Einrichtungen stationär behandelt werden.

Wegen der Möglichkeit der Verschlechterung der Parkinson-Symptome, die übrigens nach der medikamentösen Neueinstellung im Allgemeinen rückläufig ist, wird empfohlen, nur unbedingt notwendige Operationen durchführen zu lassen. Es ist auch abzuwägen, ob sich die geplante Operation nicht in örtlicher Betäubung oder unter Spinal- oder Periduralanästhesie (Rückenmarkbetäubung) anstelle unter Vollnarkose durchführen lässt. Allerdings muss die Art der Operation dies zulassen und es dürfen dem keine medizinischen Gesichtspunkte entgegenstehen.

Das dritte und wichtigste Problem betrifft die Betreuung der Patienten vor und nach der Operation. Immer wieder hören wir von Patienten, dass sie vor und nach der Narkose eine zu lange Medikamentenpause hatten oder die Dosierung der Antiparkinson-Mittel (Zusammensetzung, Einnahmezeiten und Einzeldosen) nicht eingehalten wurde. Dies hatte dann zur Folge, dass sich die Symptome der Parkinson-Krankheit erheblich verschlechterten und die Mobilisierung der Patienten nur verzögert möglich war. Im ungünstigsten Fall könnte die Unterbrechung der Medikation zu einem schweren L-Dopa-Entzugs-Syndrom (akinetische Krise) führen.

Deswegen empfehlen wir unseren Parkinson-Patienten, z.B. dieses Merkblatt mit ihrem Narkose-Arzt zu besprechen und für Notfälle den Parkinson-Ausweis mit der aktuellen Medikation und den Narkose-Anhänger der Deutschen Parkinson-Vereinigung immer bei sich zu führen. Es ist auch zu empfehlen, die notwendigen Parkinson-Medikamente in ausreichender Menge in die Klinik mitzunehmen, weil diese Medikamente in der Chirurgie im Allgemeinen nicht vorrätig sind und erst bestellt werden müssen, was zu einer Verzögerung und dadurch zu einer ungewollten Medikamentenpause führen kann.

Der Patient oder seine Angehörigen sollten einige Besonderheiten der Parkinson-Krankheit mit dem Arzt und dem Pflegepersonal besprechen. Es ist häufig nicht bekannt und wird deswegen mitunter nicht ernst genommen, dass der Parkinson-Patient seine zahlreichen Medikamente täglich 6- oder 8-mal in kleineren Dosen nehmen muss. Es wird oft versucht, den Medikamentenplan zu „vereinfachen“ (z.B. täglich 3x1-2). Diese Änderung der Medikation führt zur erheblichen Verschlechterung der Symptome und darf nicht hingenommen werden!

Auch die Fluktuation der Medikamentenwirkung im Sinne der „on-off“-Symptomatik ist im Allgemeinen weniger bekannt und wird häufig falsch gedeutet. Es ist für Nichtbetroffene auch schwer zu verstehen, dass der Patient, der vor einer Minute noch fast symptomfrei war, sich jetzt nicht mehr bewegen kann.

Vorbereitung der Narkose

Grundsätzlich soll die Medikamentenpause so kurz wie möglich sein. Infolge der Möglichkeiten der modernen Anästhesie ist es nicht mehr notwendig, die Antiparkinsonmittel 12 Stunden vor der Operation abzusetzen. Eine Ausnahme stellen die so genannten Anticholinergika dar, diese sollten bei planbaren Operationen einige Tage vorher ausschleichend abgesetzt werden. Die Parkinson-Medikamente werden bis am Morgen vor der Operation und baldmöglichst danach mit einem kleinen Schluck Wasser eingenommen.

Es ist zweckmäßig, die Operation eines Parkinson-Patienten frühmorgens anzusetzen, damit die medikamentöse Antiparkinson-Therapie so bald wie möglich wieder aufgenommen werden kann.

Für die abendliche Prämedikation (vorbereitende Medikamentengabe) aber auch für die Medikation eine Stunde vor Narkosebeginn werden so genannte Benzodiazepine eingesetzt.

Die Narkose

Einleitung der Narkose

Zur Narkoseeinleitung wird üblicherweise Propofol eingesetzt. Auch Barbiturate oder zusätzlich Benzodiazepine sind möglich. Wegen der Aspirationsgefahr (Verschlucken von Mageninhalt während der Narkose) wird eine so genannte „rapid sequence induction“ durchgeführt werden. (Dies ist eine Sonderform der Narkoseeinleitung für aspirationsgefährdete Patienten). Die meisten Morphin-ähnlichen Schmerzmittel können zur Analgesie (Schmerzlinderung) verabreicht werden. Einige von ihnen haben aber Wechselwirkungen mit MAO-Hemmern (auch Selegilin, Rasagilin und Moclobemid). Deswegen sollte der Anästhesist über die Medikation mit MAO-Hemmern informiert werden.

Narkoseaufrechterhaltung

Die Allgemeinanästhesie wird regelhaft unter Beatmung mit einem sauerstoffangereicherten Gasmisch entweder unter Verwendung von Narkosegasen ggf. in Kombination mit Lachgas oder unter kontinuierlicher Zuführung von intravenösem Anästhetika aufrechterhalten.

Grundsätzlich werden gut steuerbare Anästhetika bevorzugt, da sie eine außerordentlich rasche Erholung nach der Narkose (binnen 10 Minuten) ermöglichen. Dadurch wird (wenn keine operativen Aspekte entgegenstehen) auch eine zügige Wiederaufnahme der oralen Medikation möglich. (evtl. schon nach 30 Minuten). Die eventuell notwendige Muskelrelaxation wird im Allgemeinen unter relaxometrischer Kontrolle eingesetzt und wird bei OP-Ende weitgehend abgeklungen sein.

Zu vermeidende Medikamente

Medikamente folgender Gruppen sind bei der Narkose zu vermeiden:

1. Zentrale Dopamin-Antagonisten: (blockieren die Dopaminrezeptoren, verschlechtern die Parkinson-Symptome)
 - Klassische Neuroleptika
 - Reserpin
 - Droperidol (Neurolept-Analgesie)
 - Metoclopramid (gegen Erbrechen wird Domperidon verwendet)
2. Substanzen, die die Herzmuskulatur gegen Katecholamine sensibilisieren:
 - Halothan
 - Zyklopropan

Nach der Narkose

Zur postoperativen Schmerztherapie sind Regionalanästhesieverfahren sehr günstig. Eine Grundanalgesie soll zur Schmerzfreiheit führen.

Bei zusätzlichem Bedarf einer Sedierung (Beruhigung) nach der Operation – wenn überhaupt notwendig – empfiehlt es sich, auf Benzodiazepine zurückzugreifen.

Bei postoperativem Auftreten einer Psychose ist unbedingt ein neurologisches Konsil zu empfehlen (Gabe von so genannten atypischen Neuroleptika).

Sehr wichtig ist die frühzeitige Wiederaufnahme der früheren Antiparkinson-Medikation. Dies ist heute schon sehr schnell möglich, aus anästhesiologischer Sicht schon nach 30-90 Minuten.

Wenn die Unterbrechung nur kurz, nicht länger als 24 Stunden war, kann die bisher verordnete Dosis unverändert eingenommen werden. Voraussetzung ist aber, dass der Patient schlucken kann und – aus operativen Gründen – darf. Leider ist die traditionelle aber nicht notwendige Nahrungs- und Medikamentenpause für 6 Stunden nach der OP immer noch vereinzelt vorzufinden.

Wenn das Schlucken gestört ist und eine Magensonde gelegt wurde, kann man L-Dopa-Präparate aufgelöst durch die Sonde geben. Hier ist zu berücksichtigen, dass die L-Dopa-Wirkung durch die gleichzeitige Gabe von eiweißhaltigen Nährlösungen abgeschwächt werden kann.

Wenn eine orale Medikation noch nicht möglich ist, ist eine Amantadin-Infusionstherapie notwendig, um eine mögliche akinetische Krise zu vermeiden bzw. zu behandeln. Auch in diesem Fall ist eine Absprache mit dem Neurologen zu empfehlen. Er kann unter Domperidon-Schutz auch eine subkutane (unter die Haut) Apomorphin-Therapie einleiten.

Nach längerem Unterbrechen der oralen Therapie ist die Anfangsdosierung mit dem Neurologen abzustimmen (eventuell die Hälfte der früheren Dosierung einschleichend steigern).

Bei der seltenen akinetischen Krise (Dopamin-Entzugs-Syndrom: hohes Fieber, starker Rigor, totale Akinese, Patient kann nicht schlucken, sprechen) ist unbedingt eine neurologische Mitbetreuung auf der Intensivstation erforderlich.

Wichtig ist nach der Operation die frühzeitige Mobilisierung: Atemübungen, Krankengymnastik noch im Bett usw.

Wenn nach einer Operation eine stationäre Rehabilitation notwendig wird, ist es zweckmäßig, die Behandlung in einer solchen Einrichtung durchzuführen, wo auch die Parkinson-Krankheit optimal behandelt werden kann.

Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)

Unter der Therapie mit L-Dopa-haltigen Mitteln werden nur Lokalanästhetika ohne Adrenalin-Zusatz verwendet. Für Eingriffe in der Zahnmedizin kann z.B. Mepivacain geeignet sein.

Wichtige Bemerkung:

Die oben geschilderten Vorschläge bezüglich der Durchführung der Narkose sind nur zu Ihrer Information gedacht. Die Auswahl der geeigneten Mittel wird von Ihrem Narkose-Arzt getroffen!

Dieser Artikel ist unter Berücksichtigung einer gemeinsamen Broschüre von Dr. Ferenc Fornadi, Gertrudis-Klinik Biskirchen, Parkinson-Zentrum Prof. Dr. Thomas Müller, St. Joseph Krankenhaus, Berlin, Neurologie D. Clemes Sirtl, Ruhr-Universität, Bochum, Anästhesiologie

entstanden.

3. Arbeit & Beruf

RA Friedrich-Wilhelm Mehrhoff, Geschäftsführer der Deutschen Parkinson-Vereinigung

Fragen rund um den Arbeitsplatz betreffen nicht nur jüngere Parkinson Patienten, sondern auch Patienten, die mit Beginn ihres 5. Lebensjahrzehnts mit der Diagnose Parkinson konfrontiert werden. Dabei stehen häufig Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Vordergrund. § 33 SGB IX trifft hierzu folgende Festlegungen:

Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

Was bedeutet dies für den einzelnen Parkinson Patienten?

Die festgelegten Leistungen umfassen Hilfen zu Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen, Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung, berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen, berufliche Ausbildung, Überbrückungsgeld durch die Rehabilitationsträger bzw. Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

Vorrangiges Ziel dieser auszugsweise dargestellten Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation ist die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Der Erfolg solcher Maßnahmen hängt jedoch stark von den Schwankungen des Arbeitsmarktes ab, sodass es oft zu so genannten „Scheinrehabilitationen“ kommt. Der Behinderte/chronisch kranke Parkinson Patient hat eine Maßnahme erfolgreich abgeschlossen und ist trotzdem nicht vermittelbar. Bei schlechter Arbeitsmarktlage wird deutlich, dass das eigentliche berufliche Problem vieler chronisch kranker Menschen nicht mit zeitlich befristeten Rehabilitationsmaßnahmen zu lösen ist. Viele dieser Menschen leiden auch nach erfolgreichem Abschluss der Rehabilitation an einer bleibenden Leistungsminderung und brauchen eigentlich Arbeitsplätze, wo diesem Umstand Rechnung getragen wird.

Gerade bei Parkinson Patienten bedeutet dies, dass es nach Möglichkeit sich um Arbeitsplätze handelt, die stressfrei zu organisieren sind und wo, gerade im Hinblick auf das Problem der Überbewegungen, der Publikumsverkehr eingeschränkt ist. Es gibt zwar die Möglichkeit, den Arbeitgeber bei der Einrichtung eines Arbeitsplatzes und bei der Betreuung eines Schwerbehinderten finanziell zu entlasten; in der Praxis wird davon aber aus den verschiedensten Gründen recht wenig Gebrauch gemacht. Davon abgesehen kennt das Rehabilitationsrecht jedoch keine Instrumente, die eine bleibende Leistungsminderung berücksichtigen und chronisch kranken Menschen die Verwertung des ihnen verbleibenden Leistungsvermögens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gestatten. Lediglich in einigen wenigen Tarifverträgen gibt es die Möglichkeit, für solche Fälle einen geminderten Lohn zu vereinbaren (z.B. in einer entsprechenden Minderleistungsklausel).

Die wichtigsten Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sind Berufsförderungswerke zur Umschulung und Fortbildung und Berufsbildungswerke. Die überwiegende Zahl berufsfördernder Maßnahmen findet in diesen Einrichtungen statt, doch können sie auch in Betrieben durchgeführt werden (was leider selten geschieht).

Zuständig können mit Ausnahme der Krankenversicherung sämtliche Leistungsträger sein (§ 6 Abs. 1 SGB IX), doch wird die bei weitem größte Zahl aller Maßnahmen (fast 80%) von der Arbeitsverwaltung finanziert, mit beträchtlichem Abstand gefolgt von der Rentenversicherung (rd. 16%) und der Unfallversicherung.

Wer ist nun für eventuelle Maßnahmen verantwortlich?

Die Rentenversicherung ist für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur für solche Personen zuständig, die bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen. Darüber hinaus ist die Rentenversicherung zuständig, wenn ohne die berufsfördernde Maßnahme Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder die Berufsförderung für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an medizinische Leistungen der Rentenversicherung erforderlich ist.

Neben diesen rein versicherungsrechtlichen Voraussetzungen müssen noch persönliche Voraussetzungen vorliegen:

Die Erwerbsfähigkeit eines Parkinson Patienten muss erheblich gefährdet oder gemindert sein und es muss eine positive Erfolgsprognose vorliegen (positiv heißt: die Minderung der Erwerbsfähigkeit kann voraussichtlich abgewendet werden oder bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit kann voraussichtlich wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden). Häufig scheidet eine solche Einschätzung an diesem letzten Merkmal, da es sich bei der Parkinson Erkrankung um eine chronisch progrediente Erkrankung handelt und daher sehr selten eine positive Erfolgsprognose abgegeben werden kann.

Beamte sind grundsätzlich von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungen ausgeschlossen. Im Übrigen ist die Arbeitsverwaltung auch bei Zuständigkeit anderer Leistungsträger immer zu beteiligen und hat diesen Eingliederungsvorschlägen zu unterbreiten.

Die Leistungen der Arbeitsverwaltung, dem praktisch wichtigsten Träger der beruflichen Rehabilitation, haben sich in der Praxis auch für Parkinson Patienten als sehr wichtig herausgestellt. Rechtsgrundlage der Förderung der beruflichen Eingliederung sind insbesondere die §§ 97 ff. SGB III (Leistungen an chronisch Kranke selber) und die §§ 236 ff. SGB III für Leistungen an den Arbeitgeber. Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für chronisch kranke Patienten gilt im Hinblick auf die Zuständigkeit der Agenturen für Arbeit folgendes:

- Ist der behinderte Mensch erwerbsfähig und hilfebedürftig im Sinne der §§ 8 + 9 SGB II sind grundsätzlich die Agenturen für Arbeit Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende und zugleich Rehabilitationsträger für diesen Personenkreis.
- In den Fällen aber, in denen bestimmte kommunale Träger nach dem Kommunalen Optionsgesetz zur Durchführung des SGB II zugelassen worden sind, übernehmen diese zugelassenen Träger in vollem Umfang die Aufgaben der Agenturen für Arbeit, also auch für erwerbsfähige und hilfsbedürftige chronisch kranke Menschen.
- Für erwerbsfähige, nicht i.S. des § 9 SGB II hilfebedürftigen chronisch kranken Menschen sind die Agenturen für Arbeit nach den Rehavorschriften des SGB III und des SGB IX zuständige Rehabilitationsträger.

Welche Voraussetzungen muss nun der chronisch Kranke für die Gewährung von Leistungen erfüllen?

Voraussetzung ist, dass

- die Leistungen wegen Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit von behinderten Menschen zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und seine Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und
- eine Erfolg versprechende Prognose vorliegt, aus der u.a. hervorgeht, dass der chronisch Kranke das Ziel der Maßnahme mit einiger Wahrscheinlichkeit erreichen wird und innerhalb angemessener Zeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden kann. Soweit an diese Voraussetzung strenge Maßstäbe anzulegen sind, insbesondere dass das Maß der

Notwendigkeit nicht überschritten wird, stellt dies eine sehr hohe Hürde für Parkinson Patienten dar.

Welche Leistungen können zur beruflichen Eingliederung erbracht werden?

Zunächst einmal stehen allgemeine Leistungen wie z.B. Beratung und Vermittlung, Verbesserung der Eingliederungsaussichten etc. im Vordergrund. Daneben können auch besondere Leistungen in Anspruch genommen werden wie z.B. Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Diese können Ausbildungsgeld, Übergangsgeld, Übernahme der Teilnahmekosten oder sonstige Hilfen beinhalten. Zu den sonstigen Hilfen gehören insbesondere eine Kraftfahrzeughilfe, eventuell entstehender Verdienstaufschlag, Kostenübernahme für nichtorthopädische Hilfsmittel, Kostenübernahme technischer Arbeitshilfen, Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz oder aber Kosten **der** Beschaffung der Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung.

Auch behinderte chronisch kranke Menschen mit einem GdB unter 50 können als Anspruchsberechtigte in Frage kommen.

Die bereits erwähnten möglichen Leistungen an Arbeitgeber sollen dazu motivieren, chronisch kranke Menschen zu beschäftigen. Hierzu können u.a. folgende Leistungen in Anspruch genommen werden:

- Arbeitgeber können für die betriebliche Aus- und Weiterbildung von chronisch kranken Menschen durch Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung gefördert werden
- Arbeitgeber können Zuschüsse für eine behindertengerechte Ausgestaltung von Ausbildungs- oder Arbeitsplätzen erhalten und
- Arbeitgeber können die Kosten einer befristeten Probebeschäftigung bis zu einer Dauer von drei Monaten erstattet bekommen.

All dies soll dazu beitragen, dass chronisch kranke Patienten im Arbeitsleben verbleiben bzw. wieder integriert werden können.

Diese doch sehr differenzierten Möglichkeiten der persönlichen Unterstützung bzw. Anreize an einen potentiellen Arbeitgeber, Parkinson Patienten im Erwerbsleben zu belassen, sollten jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es häufig mit großen Schwierigkeiten verbunden ist, Parkinson Patienten längerfristig im Erwerbsleben zu belassen. Dennoch sollten Parkinson Patienten alle Möglichkeiten ausschöpfen, die der Gesetzgeber vorgesehen hat, Hilfen für sich und den Arbeitgeber in Anspruch zu nehmen.

KÜNDIGUNGSSCHUTZ vor Arbeitsplatzverlust

Beim Kündigungsschutz ist der allgemeine Kündigungsschutz nach dem Kündigungsschutzgesetz und der besondere Kündigungsschutz nach dem §§ 85 SGB IX zu unterscheiden.

Hinsichtlich des besonderen Kündigungsschutzes ist dieser für schwer behinderte Arbeitnehmer in den §§ 85 - 93 SGB IX geregelt. Die Regelung setzt jedoch voraus, dass mindestens eine sechsmonatige ununterbrochene Betriebszugehörigkeit bestand. Maßgeblich ist dabei der Zeitpunkt des Zuganges, d.h. des Erhaltes der Kündigungsschutzklärung.

Beispiel:

Wer am 01. April eines Kalenderjahres seine Tätigkeit aufgenommen hat, ist vor einer Kündigung, die ihn am 30. September desselben Jahres erreicht, nicht geschützt, wohl aber vor einer am 01. Oktober desselben Jahres eintreffenden Kündigung.

Ferner ist erforderlich, dass die Eigenschaft als schwer behinderter Mensch zum Zeitpunkt der beabsichtigten Kündigung nachgewiesen werden kann. Nachgewiesen ist eine Behinderung dann, wenn sie offensichtlich (also sichtbar) ist und eine entsprechende Feststellung der

Schwerbehinderung durch das Versorgungsamt erfolgt ist. Dabei ist unbestritten, was gelten soll, wenn die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft durch das Versorgungsamt noch nicht erfolgt ist, der Arbeitnehmer aber schon Anerkennung beantragt hat. Für diejenigen Arbeitnehmer, die sich noch im Antragsverfahren befinden, besteht grundsätzlich kein Kündigungsschutz nach § 85 ff SGB IX. Allerdings besteht eine wichtige Ausnahme: Kündigt der Arbeitgeber vor dem Erlass des Anerkennungsbescheides, hat der Arbeitnehmer hat zu diesem Zeitpunkt bereits seine Anerkennung als schwer behinderter Mensch gem. § 69 SGB IX beantragt, so entsteht, je nach Bearbeitungsstadium des behördlichen Anerkennungsverfahrens – der Sonderkündigungsschutz gem. § 85 ff SGB IX mit dem Ablauf bestimmter Fristen, wenn alle Unterlagen des Antragstellers der Behörde rechtzeitig vorlagen, die Fristüberschreitung also nicht auf einer unzureichenden Mitwirkung des Arbeitnehmers am Feststellungsverfahren beruht und der Arbeitnehmer den Arbeitgeber über die Einhaltung des Verfahrens innerhalb von drei Wochen nach der Kündigung unterrichtete.

Welche Schritte sind nunmehr bei der Kündigung zu beachten?

Die formale Hürde für einen Arbeitgeber, der einen schwer behinderten Arbeitnehmer kündigen will, besteht darin, dass er die Kündigung nur dann aussprechen darf, wenn er zuvor die Zustimmung des Integrationsamtes eingeholt hat. Der Arbeitgeber muss beim zuständigen Integrationsamt einen Antrag auf Zustimmung zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses mit dem schwer behinderten Arbeitnehmer stellen. Tut er dies nicht und kündigt er, ohne die Zustimmung beantragt oder erhalten zu haben, so ist die Kündigung alleine deshalb, weil die Zustimmung fehlt, unwirksam. In dem Zusammenhang ist ebenfalls wichtig, dass die Kündigung wegen Fehlens der Zustimmung des Integrationsamtes nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes auch dann unwirksam ist, wenn der Arbeitgeber gar nicht wusste, dass sein Arbeitnehmer behördlich anerkannt schwer behindert ist.

Tipps:

Ein schwer behinderter Arbeitnehmer, der im Rahmen des Einstellungsgespräches nicht danach befragt wird, ob er schwer behindert ist oder nicht, tut also gut daran, zu diesem Punkt zu schweigen. Auch ein Arbeitnehmer, der während der Dauer eines Arbeitsverhältnisses als schwer behinderter Mensch anerkannt wird, tut gut daran, zu schweigen. Er vermeidet so, Vorurteilen ausgesetzt zu sein und verliert dabei dennoch nicht den formalen Kündigungsschutz nach den §§ 85 ff SGB IX. Aber: In diesem Falle muss er auf den ihm zustehenden Zusatzurlaub verzichten.

Zu beachten ist ferner, dass, sollte er seine Schwerbehinderteneigenschaft zulässigerweise verschwiegen haben, er binnen Monatsfrist nach Zugang einer Kündigung dem Arbeitgeber mitteilen muss, dass er schwer behindert ist und damit an sich den besonderen Kündigungsschutz nach dem SGB IX genießt.

Auch im Rahmen der außerordentlichen Kündigung eines Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber muss die Zustimmung zur Kündigung bei dem zuständigen Integrationsamt beantragt werden. Der Arbeitgeber kann dies allerdings nur binnen zwei Wochen ab dem Zeitpunkt tun, zu dem er von den für seine Kündigungsabsicht relevanten Gründen endgültig Kenntnis erlangt hat. In diesen Fällen gibt das Gesetz den schwer behinderten Arbeitnehmern wenig Schutz. Trifft nämlich das Integrationsamt binnen zwei Wochen nach Eingang des Antrages keine Entscheidung, so gilt die Zustimmung als erteilt. Hier empfiehlt sich, selber aktiv zu werden, damit nicht schlichte Untätigkeit der Verwaltungsbehörde vollendete Tatsachen schafft.

Tipp:

Der schwer behinderte Mensch sollte auf einen etwa gegebenen Zusammenhang zwischen dem Kündigungsgrund des Arbeitgebers und der Schwerbehinderteneigenschaft hinweisen. Gesetzlich ist vorgesehen, dass das Integrationsamt bei außerordentlichen Kündigungen seine Zustimmung erteilen soll, wenn der Kündigungsgrund in keinem Zusammenhang zu der Behinderung steht.

Rechtsschutz

Die Zustimmung des Integrationsamtes stellt einen Verwaltungsakt dar, der dem schwer behinderten Arbeitnehmer zugestellt werden muss. Hiergegen kann Widerspruch eingelegt werden. Die Frist beträgt hier einen Monat. In Fällen der fristlosen (außerordentlichen) Kündigung wird noch einmal darauf hingewiesen, dass das Integrationsamt nur dann ausdrücklich entscheiden muss, wenn es die Zustimmung nicht erteilen will. In diesen Fällen ergeht also kein Bescheid. Die durch Fristablauf fingierte Zustimmung ist aber als Verwaltungsakt mit Widerspruch und Anfechtungsklage angreifbar. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Zustimmung des Integrationsamtes zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses mit dem schwer behinderten Arbeitnehmer haben keine aufschiebende Wirkung.

Hat das Integrationsamt die Zustimmung zur Kündigung erteilt und daraufhin der Arbeitgeber innerhalb der Monatsfrist des § 88 Abs.3 SGB IX die Kündigung erklärt, muss der schwer behinderte Arbeitnehmer in jedem Fall Kündigungsschutzklage erheben, wenn er weiterhin gegen die Kündigung angehen will. Diese Klage muss gem. § 4 Kündigungsschutzgesetz innerhalb von drei Wochen nach Zugang der Kündigung beim zuständigen Arbeitsgericht eingereicht werden.

Zusatzurlaub / Mehrarbeit / Arbeitsentgelt

Zu den Nachteilsausgleichen zählt der Anspruch auf fünf Tage bezahlten Zusatzurlaub (§ 25 SGB IX). Soweit tarifliche, vertragliche oder sonstige Urlaubsregelungen für schwer behinderte Menschen einen längeren Zusatzurlaub vorsehen, bleiben sie unberührt. Im Arbeitsvertrag kann also z.B. ein Zusatzurlaub von 8 Tagen vereinbart werden. Nach gängiger Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes tritt der Anspruch auf Zusatzurlaub dem Urlaubsanspruch hinzu, den der Beschäftigte ohne Berücksichtigung seiner Schwerbehinderung beanspruchen kann. Schwerbehinderte Menschen haben solange Anspruch auf Zusatzurlaub, wie ihre Schwerbehinderteneigenschaft fort dauert. Wird der GdB auf weniger als 50 herabgestuft, endet der Anspruch auf Zusatzurlaub am Ende des 3. Kalendermonats nach Eintritt der Unanfechtbarkeit des die Verringerung feststellenden Bescheides. Wird der Schwerbehindertenausweis erst am Ende eines Jahres beantragt und dauert das Antragsverfahren beim Versorgungsamt über den Jahreswechsel hinaus an mit der Folge, dass der Schwerbehindertenausweis nicht mehr im Jahr der Antragstellung ausgestellt wird, verfällt der Zusatzurlaub ersatzlos, sofern der behinderte Mensch ihn vor Ablauf des Urlaubsjahres nicht beim Arbeitgeber geltend macht. Hierfür reicht aus, diesen Zusatzurlaub lediglich vorsorglich anzumelden.

4. Haut-Test zur Früherkennung der Parkinson-Krankheit?

Die Bedeutung der Frühdiagnose der Parkinson-Krankheit wird infolge der heutigen und der zukünftig noch besseren Möglichkeiten der Beeinflussung der Krankheitsprogression (Neuroprotektion) immer wichtiger. Nach neusten Forschungsergebnissen sind beim Auftreten der ersten Symptome schon ca. 80 % der Nervenzellen der Schwarzen Substanz nicht mehr funktionsfähig. Auch diese Tatsache unterstreicht die Wichtigkeit der frühen Diagnosestellung und der frühen, neuroprotektiv ausgerichteten Therapie, die heute schon mit Dopaminagonisten und MAO-B-Hemmern möglich zu sein scheint.

Neben der klinischen Prüfung der Grundsymptome der Krankheit, der Prüfung des Geruchsinns, Ultraschall und SPECT-Untersuchungen und zukünftigen Labor-Tests könnte möglicherweise ein Haut-Test bei der Diagnosestellung erfolgreich sein.

Bei der Autopsie von Parkinson-Patienten fanden die Forscher des Weill Medical College of Cornell University (Dr. Flint Beal und Mitarbeiter) die typischen Lewy-Körperchen auch in den Hautzellen von 70 % dieser Patienten. Eine Haut-Biopsie könnte dementsprechend einen Beitrag zur Diagnosestellung liefern.

Für Sie gelesen:
Dr. Fornadi

News of the North-West Parkinson-Foundation (<http://www.nwpf.org>)

Impressum

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

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