

Inhalt

1. Aktuelles aus dem Expertenforum
2. Morbus Parkinson und Depression
3. Riechstörung kann Frühzeichen für Parkinson sein
4. Worauf Sie beim barrierefreien Umbau Ihrer Wohnung achten sollten - Badezimmer

1. Aktuelles aus dem Expertenforum

Autor	Nachricht
Monschi	<p>Ruhelosigkeit - Aufräumwahn</p> <p>Langsam zweifle ich daran, noch normal zu sein. Ständig räume ich etwas auf oder um, manchmal stehe ich um 1/2 3 nachts auf, nur um den Abstellraum aufzuräumen, den ganzen Tag finde ich was und komme so nicht mehr zur Ruhe. Paradox ist, dass ich seit nunmehr 20 Jahren Dozentin für Autogenes Training bin und andere Menschen wunderbar zur Ruhe bringen kann. Selbst wenn ich total erschöpft bin, schleppe ich mich noch ins Büro, um irgendwelche Ablage zu machen, so um Mitternacht gehe ich ins Bett um dann 3 Stunden zu schlafen, was kann ich tun? Habe seit 4 Jahren Parkinson.</p> <p>Liebe Grüße Monschi</p>
cooper	<p>Hi Monschi, bin gespannt was du für Antworten bekommst. Ich bin noch ein Neuling und kann nicht viel dazu sagen. Nur soviel, das hätte ich auch schreiben können. Ich bin genauso drauf und glaube auch schon nicht mehr normal zu sein. Räume auch in der Nacht und bin den ganzen Tag müde. Lieben Gruß cooper</p>
Ines46	<p>Hallo Cooper und Monschi,</p> <p>ich kann Euch sehr gut nachfühlen, denn genauso erging es mir in der letzten Zeit....ich habe genau gleiche Situationen durchlebt und mir echt Gedanken gemacht. Ich nahm die ganze Zeit Agonisten und hatte das Gefühl,es kommt daher.Deshalb haeb ich mich im Oktober verg.Jahres auf L-Dopa umgestellt . Naja serh vile besser kann ich momentan noch nicht sagen,da der Körper sich ja erst umstellen muss.....aber ich bin nicht mehr so aktiv und etwas ruhiger geworden. Mein Schlaf hat sich aber verbessert... wieder von 3 Stunden auf 6 -7 Stunden .</p>

	<p>Ich hatte Angst durch das dauernde Schlafdefizit Burn out zu bekommen und bin deshalb zum Arzt und habe alles besprochen. Leider haben die Medis, die uns ja helfen sollen eine ganze Menge Nebenwirkungen, die nicht zu unterschätzen sind. Wenn Ihr für Euch keinen Weg findet, da raus zu kommen, dann müsst Ihr unbedingt Hilfe annehmen, oder eben ganz offen mit dem Arzt drüber reden, ob man etwas an der Dosierung ändern kann. Liebe Grüße erstmal von Ines46</p>
<p>mekluke</p>	<p>Hallo Cooper und Monschi, mir kommt das bekannt vor. Zum Glück hat sich das mit der Unruhe und dem Aufräumen ein bisschen gelegt. Ich hatte schon Sorge, dass es sich zum Zwang auswächst. Wenn ihr ein bisschen im Forum schmökert und die Zeiten der Eintragungen ansieht, werdet ihr merken, dass mehrere zu allen Nachtzeiten sind. Schlaflosigkeit scheint dazu zu gehören. Leider hat es die Nebenwirkung der Tagesmüdigkeit, dann kämpfe ich - vor allem in Konferenzen - gegen das Schlafbedürfnis. Einer meiner Ärzte (Naturheilkundlich orientiert) hat mir Melantonin verschrieben, welches ich nehme, wenn es sich wieder mal häuft mit den nächtlichen Aktivitäten, mit dem Effekt: ich schlafe und bin am Tag gut drauf. Wie lange geht das schon bei euch? Einen schönen Tag und danach eine geruhsame Nacht wünscht mekluke</p>
<p>Ines46</p>	<p>Hallo zusammen, elatonin habe ich auch mal ausprobiert, aber es hat bei mir nicht die gewünschte Wirkung gezeigt . Ich versuche es mittlerweile eher mit Entspannungsmusik, d.h. wenn ich wach im Bett liege, bleib ich liegen und höre Musik. Manchmal schlafe ich nochmal drüber ein. Viele Grüße M und einen schönen Tag wünscht Ines46</p>
<p>Monschi</p>	<p>Guten Morgen, etwas bin ich doch nun beruhigt, dass ich nicht allein mit diesem Problem dastehe. Einschlafen ist für mich nicht das Problem, nur die Phasen sind zu kurz. Lex van Someren mit seinen Mantren Asatoma oder Tare sind für mich seit Jahren ständige Begleiter, hört mal rein bei youtube, morgens 10 min. auf dem Trampolin walken und ich bin fit (für die nächste Aufräumaktion).</p>

	<p>Diese Nacht habe ich mal darüber nachgedacht, vieles zu verkaufen, brauche ich mit 60 noch eine Babywiege? nur weil mein jüngster noch keine Kinder hat.</p> <p>Es fällt schwer, loszulassen. Gleich mache ich einen Termin bei meinem Neurologen in Hattingen, vielleicht brauche ich einfach neue Medis.</p> <p>Danke für eure Zeilen und einen schönen Tag wünscht Monschi</p>
Andante	<p>Liebe Monschi, Parkinsonmedikamente haben als Nebenwirkungen auch sogenannte Impulskontrollstörungen, das heisst man macht Handlungen, die man nicht mehr unter Kontrolle hat. Spielsucht, Kaufsucht usw., man kann das nachlesen. Ich glaube , dass da auch ein solcher Aufräumzwang etwas damit zu tun haben könnte. Sie schildern , dass Sie das Problem nicht im Griff haben, obwohl Sie verschiedene Techniken beherrschen, es aber bei Ihnen selber nicht funktioniert. Ich bin gespannt auf die Antwort von Dr. Fornadi</p>
Experte Dr. Fornadi	<p>Es gibt eine Verhaltensstörung, die auch bei Parkinson-Patienten auftritt und mit der Therapie in Zusammenhang gebracht wird. Dieses Symptom heißt Punding. Sprechen Sie bitte mit Ihrem Neurologen über dieses Problem.</p> <p>MfG Dr. Fornadi</p>
Monschi	<p>Vielen Dank an alle für Eure Antworten, vor allem auch Dank an Dr. Fornadi, heute habe ich einen Termin beim Neurologen, etwas Angst habe ich, wenn die Medikamente umgestellt werden. Meine jetzigen "Macken" kenne ich ja mittlerweile; aber welche kommen dann?</p>

2. Morbus Parkinson und Depression

Dr. Ilona Csoti und Dr. Ferenc Fornadi, Gertrudis-Klinik Biskirchen

Bei kaum einer anderen neurologischen Erkrankung steht ein derart umfangreiches medikamentöses und operatives Behandlungsangebot zur Verfügung, wie bei der Parkinson-Krankheit. Trotzdem gibt es eine Gruppe von Patienten, denen allein durch die Behandlung ihrer Bewegungsstörungen wie Steifheit oder Zittern nicht ausreichend geholfen werden kann. Im Laufe seiner Erkrankung erleidet jeder zweite bis dritte Parkinson-Patient eine depressive Episode. Mit etwa 35 bis 45 % ist die Depression somit die häufigste neuropsychiatrische Begleitsymptomatik der Parkinson-Krankheit. Diese verdient besondere Aufmerksamkeit, da sie häufig hartnäckig ist und das subjektive Erleben der eigenen Befindlichkeit wesentlich verschlechtern kann. In Umfragen zur Lebensqualität von Parkinson-Patienten gehören Depressionen unabhängig von der motorischen Behinderung zu den wichtigsten beeinträchtigenden Faktoren. Ihre sichere Erkennung, Zuordnung und Behandlung ist deshalb für die erfolgreiche Therapie eines Parkinson-Patienten von besonderer Wichtigkeit.

Was ist eine Depression?

Die Bezeichnung Depression kommt aus dem Lateinischen von "depressio" und bedeutet "Niederdrücken". Gemeint ist eine Störung der seelischen Befindlichkeit mit gedrückter Stimmungslage, Antriebshemmung, Lust- und Interesselosigkeit, Freudlosigkeit und

vermindertem Selbstwertgefühl. In der Regel ist diese Gefühlsstörung zeitlich begrenzt, sodass in der Medizin häufig von einer depressiven Episode gesprochen wird.

Depressionen können eigenständig oder im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen auftreten. In diesem Fall spricht man von organischer oder somatogener Depression (z. B. bei Morbus Parkinson).

Wie kommt es zu Depressionen bei Morbus Parkinson?

Unser zentrales Nervensystem besteht aus mehreren Milliarden Nervenzellen, welche über hochkomplizierte Schaltpläne miteinander vernetzt sind. Die einzelnen Nervenzellen treten durch elektrische Impulse und bestimmte chemische Botenstoffe, sogenannte Neurotransmitter, miteinander in Verbindung. Eine Nervenzelle erzeugt einen elektrischen Impuls und schickt diesen über ihre Fortsätze wie über elektrische Kabel an die nächste Nervenzelle weiter. Am Ende des Fortsatzes wird das elektrische Signal in eine chemische Information in Form eines Botenstoffes umgewandelt. Die Botenstoffe im Gehirn werden deshalb auch als „Briefträger“ zwischen den Zellen bezeichnet. Fallen diese aus, werden zu wenig oder gar keine Informationen weitergeleitet.

Wie wir alle wissen, besteht bei der Parkinson-Krankheit ein Mangel an Dopamin. Dopamin ist ein Botenstoff, welcher in der Schwarzen Substanz des Hirnstamms gebildet und über neuronale Verbindungen, sogenannte Schleifen, in bestimmte Regionen des Gehirns transportiert wird. Es ist für die Steuerung der extrapyramidalen Motorik (Fähigkeit des Körpers, sich kontrolliert zu bewegen) zuständig, spielt aber auch eine wichtige Rolle für unser Denken und Fühlen und unsere Wahrnehmungen. Dopamin gehört neben Serotonin und Noradrenalin zu den "Glückshormonen", eine Bezeichnung für die Neurotransmitter, die unsere Stimmungslage beeinflussen. Seine Aktivität hat neben der Regulation der Motorik viel mit Motivation, emotionaler Erregung, Wachsamkeit und Lust zu tun.

Durch den Mangel an Dopamin bei Morbus Parkinson kommen auch die anderen Glückshormone wie Serotonin und Noradrenalin in ein Ungleichgewicht. Untersuchungen haben gezeigt, dass neben Veränderungen dopaminergener Nervenzellen bei depressiven Parkinson-Patienten auch Störungen in serotonergen und noradrenergen Zellgebieten des Gehirns nachweisbar sind.

Warum bekommt dann nicht jeder Parkinson-Patient eine Depression?

Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Ähnlich wäre die Frage, warum nicht jeder Mensch eine Depression bekommt. Die Ursache einer Depression als eigenständige Erkrankung ist durch viele Faktoren bedingt, d. h. sowohl von genetischen als auch von sozialen und Umweltfaktoren abhängig. Die Fortschritte in der Molekulargenetik in den letzten Jahren haben viel Licht in bisher unklare Krankheitsentwicklungen gebracht. Krankheitsverursachende Mutationen (Veränderungen des Erbgutes) oder Veranlagungen für gewisse Krebsarten oder Erbkrankheiten können mittels genetischer Untersuchungen heute zuverlässig nachgewiesen werden. Auch bei der primären Depression werden genetische Faktoren ursächlich diskutiert.

Diese Möglichkeit kann man sicher auch auf die Parkinson-Depression übertragen. Es muss jedoch auch noch andere, uns unbekanntere Gründe geben, da es ein Risikoprofil für die Entwicklung einer Depression bei Morbus Parkinson gibt:

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression bei Morbus Parkinson

(nach Klein 2004)

- Junges Alter bzw. früher Krankheitsbeginn des Morbus Parkinson
- Weibliches Geschlecht
- Rechtsseitige Betonung der Parkinson-Symptomatik
- Hypokinetisch-rigide Verlaufsform
- Schwere der körperlichen Beeinträchtigung (Akinese)
- Angst
- Psychotische Symptomatik

So leiden jüngere Parkinson-Patienten etwa doppelt so häufig an Depressionen wie ältere Patienten. Die Depression tritt bei jüngeren Patienten oft bereits vor Auftreten der motorischen Krankheitszeichen auf und kann als Frühsymptom gewertet werden. Frauen mit Morbus Parkinson erkranken häufiger an Depressionen, ebenso Patienten mit hypokinetisch-rigider Verlaufsform ohne Zittern und Patienten mit rechtsseitiger Betonung der motorischen Symptome. Überdurchschnittlich häufig findet man eine familiäre Belastung mit depressiven Erkrankungen, was möglicherweise die oben angeführte These einer genetischen Komponente stützen könnte.

Wie sieht die Parkinson-Depression aus?

Die klinische Symptomatik der Parkinson-Depression ist durch Verlust der Lebensfreude, Hoffnungslosigkeit, emotionale Leere und Verlust von Initiative und Selbstwertgefühl gekennzeichnet. Es kommt häufiger als bei der primären Depression zu Angst, Panik, gereizter Verstimmung, Traurigkeit, Pessimismus und Suizidgedanken, seltener zu Schuldgefühlen und Suizidhandlungen. Das Vorhandensein einer Depression ist häufig weder dem Patienten noch seinen Angehörigen bewusst, sodass die Veränderung der Stimmungslage insbesondere bei jüngeren Patienten zu erheblichen familiären Konflikten führen kann. Erschwert wird die Diagnosestellung auch durch die Überschneidung von Symptomen der Depression mit denen der Parkinson-Erkrankung.

Wie wird eine Depression bei Morbus Parkinson diagnostiziert?

Zur Diagnosestellung werden neben einer ausführlichen Anamnese die Kriterien der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) herangezogen. Eine Reihe klinisch bewährter, gut geprüfter Selbstbeobachtungsverfahren und Fragebögen erlauben die Bestimmung des Schweregrades der Depressivität sowie die Dokumentation des Verlaufes der Erkrankung. Für die Parkinson-Depression geprüft und als geeignet befunden sind das Beck-Depressionsinventar (Beck 1961), die Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (Montgomery 1979) und das Neuropsychiatrische Inventar (Cummings 1997). Bei älteren Patienten wird in Studien auch die Geriatrische Depressionsskala verwendet:

Geriatrische Depressionsskala

1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?
2. Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?
4. Ist Ihnen oft langweilig?
5. Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?
6. Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?
7. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?
9. Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?
10. Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?
11. Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?
12. Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?
13. Fühlen Sie sich voller Energie?
14. Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?
15. Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?

Für die Fragen 1, 5, 7, 11, 13 gibt es für die Antwort "nein", für die übrigen Fragen für die Antwort " ja " jeweils einen Punkt (Maximale Punktzahl 15).
Auswertung: 5 Punkte und mehr: Depression wahrscheinlich

Wie wird die Parkinson-Depression behandelt?

Grundlage einer jeglichen Behandlung ist ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten, an welches sich eine Zusatzdiagnostik zur Einordnung der Art und Schwere der Depression anschließt. Danach wird über ein medikamentöses oder eher psychotherapeutisch orientiertes Konzept entschieden. An erster Stelle steht jedoch immer eine Überprüfung und Optimierung der Parkinson-Medikation. Auch sollten Medikamente für Begleiterkrankungen daraufhin überprüft werden, ob sie eventuell Depressionen auslösen oder aufrechterhalten können.

Vor der Auswahl eines geeigneten Antidepressivums (AD) müssen folgende Parkinson-spezifische Besonderheiten Berücksichtigung finden:

- Nebenwirkungsprofil des Antidepressivums
- Schwere der Parkinson-Erkrankung
- Schilddrüsenfunktion
- Interaktionen mit der vorhandenen Anti-Parkinson-Medikation
- unerwünschte Nebenwirkungen im motorischen/kognitiven Bereich

Zur Verfügung stehen zahlreiche Antidepressiva, welche je nach Wirkstoff mehr den Serotonin- oder den Noradrenalin-Stoffwechsel oder beide gleichzeitig beeinflussen. Von Bedeutung ist auch, ob der Patient unter Unruhe und Schlafstörungen leidet oder eher unter einer vermehrten Müdigkeit und Antriebsminderung. Je nach klinischer Symptomatik erfolgt dann der Einsatz eines beruhigenden und schlafanstoßenden oder eines anregenden und aktivierenden Antidepressivums. Auch auf eine zusätzlich bestehende Angststörung sollte Rücksicht genommen werden, da die angstlösende Wirkung der verschiedenen Antidepressiva unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Ausgewählte Antidepressiva zeigen besonders gute Eigenschaften in der Schmerzbehandlung und sollten bei Patienten mit vordergründigen körperlichen Beschwerden, wie z.B. Schmerzen, zum Einsatz kommen. Einige Dopaminagonisten haben in Studien einen besonders guten Effekt auf die typische Freud- und Lustlosigkeit der Parkinson-assoziierten Depression gezeigt und sollten bei depressiven Parkinson-Patienten anderen Dopaminagonisten vorgezogen werden.

Viele Patienten haben Angst vor Abhängigkeit und Sucht. Antidepressiva erzeugen keine Abhängigkeit und keine Sucht, sollten jedoch immer vorsichtig eindosiert und auch wieder schrittweise abgesetzt werden. Ein plötzliches Absetzen kann durchaus zu körperlichen Beschwerden und zu einem Wiederkehren der Depression führen. Die Wirkung einer antidepressiven Behandlung tritt erst nach 2 bis 4 Wochen ein, bei älteren Patienten kann es durchaus auch noch länger dauern. Man sollte also etwas Geduld aufbringen und das Medikament nicht wegen Wirkungslosigkeit nach 3 Tagen wieder absetzen. Nach 6 bis 8 Wochen ist eine gute Besserung der Symptome zu erwarten, trotzdem sollte sich die Behandlung über weitere 4 bis 6 Monate erstrecken, um einen Rückfall zu vermeiden.

Nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten der Parkinson-Depression

Bei schweren, therapieresistenten Depressionen kann trotz bestehendem Morbus Parkinson an die Möglichkeit einer **Elektrokrampftherapie** oder einer **Vagusnervstimulation** nachgedacht werden. In den letzten Jahren hat sich jedoch eher die **repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)** einen festen Platz in der antidepressiven Behandlung erobert.

Nach eigenen Erfahrungen ist der Einsatz bei therapierefraktären Depressionen bei Parkinson-Patienten gut verträglich (kurzzeitig kommt es auch zu einer Besserung der motorischen Symptome) und führt zu einer besseren Ansprechbarkeit auf die antidepressive Therapie.

Tiefe Hirnstimulation (THS)

Die bei dem fortgeschrittenen Parkinson-Syndrom eingesetzte THS wird heute auch bei therapieresistenter Depression eingesetzt, entsprechende Studien laufen auch in Deutschland.

Lichttherapie

Jahreszeit-bedingte Depressionen, oder auch Herbst-Winter-Depressionen genannt, sprechen gut auf eine Behandlung mit Licht an. Die Wirkung auf andere Depressionsformen ist noch unklar. Da sich Parkinson-Patienten auch bezüglich ihrer Grunderkrankung in den Wintermonaten eher schlechter fühlen, könnte eine unterstützende Lichttherapie einen positiven Effekt haben. Auch ähneln die Besonderheiten der Winterdepression der Depression bei Morbus Parkinson.

Psychotherapie

Die besten psychotherapeutischen Ansätze sind die kognitive Verhaltenstherapie (bewusstes Umgestalten falscher Denkmuster und Verhaltensweisen), Strategien zur Stressbewältigung und Entspannungsverfahren. Gruppentherapien, individuelle Beratung, Entspannungsverfahren und Training sozialer Fertigkeiten verbessern die Lebensqualität und den Verlauf der Erkrankung. Der Schweregrad der Behinderung und Besonderheiten des Verlaufes der Parkinson-Krankheit sind zu berücksichtigen und die Frage zu klären, welche innere Bereitschaft angesichts dieser Situation bei dem Patienten vorliegt, sich auf eine Psychotherapie einzulassen.

Entspannungsverfahren

Besonders geeignet sind Entspannungsverfahren, welche auch in der Therapie der motorischen Krankheitssymptome eine gute Wirkung zeigen, z.B. die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, ein Muskelentspannungstraining, das autogene Training oder besondere Atemtechniken.

Kreative Therapie

Die Kunst- und Musiktherapie ermöglichen dem depressiven Parkinson-Patienten, sich über andere Zugangswege Klarheit über seine innere Befindlichkeit zu schaffen. Viele Patienten entdecken hier ungeahnte eigene künstlerische Fähigkeiten, welche ihnen zu einem neuen Selbstbewusstsein verhelfen. In Bildern oder mit Hilfe der Musik können Stimmungen und Gefühl zum Ausdruck gebracht und anderen mitgeteilt werden.

Insbesondere Musik hat außerdem noch einen weiteren, sehr positiven Einfluss auf Parkinson-Patienten. Ähnlich wie Drogen können bestimmte Arten von Musik, aber auch Lachen oder Sport, die Produktion von Dopamin im Gehirn anregen.

Zusammenfassung

Depressionen gehören zu den häufigsten nichtmotorischen Störungen bei Morbus Parkinson. Sie sind hartnäckig, oft mit Angststörungen kombiniert, können zu Gedächtnisstörungen führen und haben unabhängig von der motorischen Behinderung einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten und deren Angehörige. Durch die Überlappung einzelner Symptome einer Depression mit Parkinson-Symptomen wird die Diagnostik erschwert und die Depression oft nicht erkannt. Unkontrollierte Studien und klinische Erfahrungen zeigen, dass eine antidepressive Behandlung gut toleriert wird und effektiv ist. Wenn also trotz optimierter Therapie der motorischen Parkinson-Symptome weiterhin Zeichen einer depressiven Stimmungslage bestehen bleiben, ist der Einsatz eines Antidepressivums in Kombination mit psychotherapeutischen- oder Entspannungsverfahren sehr zu empfehlen.

3. Riechstörung kann Frühzeichen für Parkinson sein

In der Ärztezeitung (www.aerztezeitung.de) wurde am 17. Januar 2012 der Beitrag "Riechstörung kann Frühzeichen für Parkinson sein" veröffentlicht:

"Bei Riechstörungen sollten Ärzte hellhörig werden: Eine Beeinträchtigung des Geruchssinns ist ein Kardinalsymptom für Morbus Parkinson"

[http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-
psychiatrische_krankheiten/morbus_parkinson/article/801199/riechstoerung-kann-
fruehzeichen-parkinson.html](http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/morbus_parkinson/article/801199/riechstoerung-kann-fruehzeichen-parkinson.html)

4. Worauf Sie beim barrierefreien Umbau Ihrer Wohnung achten sollten - Badezimmer

Dipl.-Ing. Frank Oppert (Architekt, Kaarst)

Das barrierefreie Badezimmer

Sehr wichtig im WC-Bereich sind ausreichende Bewegungsflächen.

Grundsätzlich ist immer alles möglich. Es stellt sich aber die Frage, ob ein barrierefreier Umbau im Bestand auch die beste Versorgungslösung für den betroffenen Bauherrn oder Mieter bedeutet. Hier sind neben den finanziellen Kriterien auch die individuellen Ansprüche zu beachten. Eine vernünftige Bestandsaufnahme sollte somit die Basis aller barrierefreien Umbauten sein. Hier ist die Unterstützung und Erfahrung eines versierten Architekten und/oder Bauingenieurs gefragt. Diese sollten insbesondere viel Erfahrung im Bereich des barrierefreien Planens und Bauens haben und mit dem Umgang von Sozial- und Versicherungsträgern vertraut sein. Nur dann können individuelle, barrierefreie Lösungen argumentiert, gefördert und sinnvoll umgesetzt werden.

Folgende Punkte sollten vor jeder barrierefreien Planung überprüft werden:

- Die Feststellung der individuellen baulichen Bedürfnisse bezüglich der Behinderung des Betroffenen.
- Eine Prüfung der baukonstruktiven und physikalischen Gegebenheiten durch einen Fachexperten.
- Eine Kostenschätzung und Gegenüberstellung in Bezug auf Umbau- und Neubaumaßnahmen.
- Die Berücksichtigung der Zukunftspläne und Entwicklung des Betroffenen in gesundheitlicher, beruflicher und familiärer Hinsicht.
- Die Überprüfung der gesicherten Finanzierung sowie die Zuständigkeitsprüfung von Kostenträgern für eine Bauförderung.

In der Umsetzung sollten barrierefreie Lösungen möglichst integriert und universell sein, vielen dienen und niemanden erneut auf andere Weise behindern. Ein barrierefreier Umbau bedeutet die Beseitigung von Hindernissen, die manche Menschen erst zu Behinderten werden lässt und stellt somit ein allen zugute kommendes Anliegen dar.

In der Umsetzung sollten barrierefreie Lösungen möglichst integriert und universell sein, vielen dienen und niemanden erneut auf andere Weise behindern. Ein barrierefreier Umbau bedeutet die Beseitigung von Hindernissen, die manche Menschen erst zu Behinderten werden lässt und stellt somit ein allen zugute kommendes Anliegen dar.

Die Planungsgrundlagen für eine barrierefreie Baumaßnahme werden in Deutschland in den Industrienormen 18024 und 18025 vorgegeben. Dabei beschreibt die DIN 18024 die Planungsgrundlagen für Straßen, Plätze und Wege sowie die öffentlichen Zugänge von Gebäuden.

Die DIN 18025 beinhaltet die Planungsgrundlagen des Wohnungsbaus für mobil eingeschränkte oder blinde Menschen. Im privaten Bereich müssen die Ausführungen den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten angepasst werden. Da die vorgegebenen Normen bezüglich des barrierefreien Bauens für alle Behinderungen und überwiegend für den öffentlichen Bereich entwickelt wurden, sollten diese für den privaten Bereich überprüft werden. Hier sind individuelle Lösungen gefragt, die von der DIN abweichen können. Der Mensch kann nun mal nicht durch eine Norm definiert werden. Selbst Menschen mit gleicher Behinderung können unterschiedliche Fähigkeiten besitzen.

Aber Achtung: Sollten Kostenträger am Umbau beteiligt sein, müssen Abweichungen von den Industrienormen unbedingt mit den Kostenträgern abgesprochen und von diesen genehmigt werden. Eine Streichung der Kostenübernahme könnte sonst die Folge sein.

Die größten Anforderungen einer barrierefreien Umgebung im privaten Bereich werden bei der Planung an ein barrierefreies, rollstuhlgerechtes Badezimmer gestellt.

Es bestehen unterschiedliche Anforderungen an die einzelnen Funktionsbereiche, die individuell auf die Bedürfnisse des Betroffenen und dessen Behinderung abgestimmt werden müssen. Dies gilt auch für die Bedürfnisse von Menschen, die an Parkinson erkrankt sind. Insbesondere bei einem barrierefreien Badezimmerumbau sollte man bei der Umsetzung auf die Erfahrung eines Planungsbüros mit fundierten Kenntnissen im Bereich des barrierefreien Planens im Bestand zurückgreifen.

Neben einer ausreichenden Wärmeversorgung, einem rutschsicheren Bodenbelag, technischen Hilfsmitteln und den ausreichend großen Bewegungsflächen und Montagehöhen, gibt es viele weitere Merkmale eines barrierefreien Badezimmers.

Dabei sollte auch eine moderne Gestaltung zu Ausführung kommen, bei der die Bequemlichkeit im Vordergrund steht und nicht als Luxus, sondern als Selbstverständlichkeit angesehen wird. Für solch eine Gestaltung, die Mobilität ermöglicht und Dynamik ausstrahlt, sind glücklicherweise viele neue, moderne und anpassungsfähige Produkte entwickelt worden.

Bezugnehmend auf die einzelnen Funktionsbereiche eines modernen Bades beschreibt die folgende Checkliste die wichtigsten barrierefreien Merkmale, die individuell an die einzelnen Ansprüche anzupassen sind.

Checkliste barrierefreies Badezimmer:

Eine Sitzgelegenheit im Bad ist nicht nur für Behinderte nützlich.

Funktionsbereich Waschtisch:

- Ist für eine Pflegeperson seitlicher Bewegungsraum nötig?
- Ist die frontale Benutzung des Waschtisches gewährleistet?
- Ist der Waschtisch unterfahrbar? (Rollstuhltauglich)?
- Sind genügend Ablageflächen im Greifbereich?
- Werden Haltegriffe benötigt?
- Sind die Armaturen funktionsgerecht.
- Wird eine herausziehbare Handbrause benötigt?
- Ist eine Thermostatarmatur notwendig? (Verbrühungsschutz)
- Muss der Siphon zurückversetzt werden? (Unterfahrbarkeit)
- Kann der Spiegel auch in sitzender Position benutzt werden?
- Ist der Waschplatz ausreichend beleuchtet?
- Wird eine Sitzgelegenheit benötigt?

Funktionsbereich WC:

- Wird ein zusätzlicher Bewegungsraum (links/rechts) neben dem WC benötigt? (Rollstuhlfahrer 95 cm)
- Sind ausreichende Bewegungsflächen vor dem WC vorhanden?
- Ist ein WC mit größerer Einbautiefe (70 cm) erforderlich?
- Ist die Montagehöhe des WC individuell angepasst?
- Wird das WC mit einem Toilettenrollstuhl benutzt? (Einbautiefe/- höhe anpassen)
- Kann die Spülung problemlos bedient werden? (auch aus der Sitzposition)
- Ist der WC-Papierhalter problemlos erreichbar? (auch aus der Sitzposition)
- Werden Halte-/Klappgriffe benötigt? (Montageabstand beachten)
- Ist eine integrierte Spülbedienung oder Papierhalter im Klappgriff notwendig?
- Wird eine Rückenstütze zur höheren Sicherheit benötigt?
- Sind automatische WC-Systeme sinnvoll? (höhenverstellbar/ Unterdusche)

Funktionsbereich Duschplatz:

- Ist ein ebenerdiger Duschplatz erforderlich? (Rollstuhlfahrer 1,50 m x 1,50 m)
- Müssen Haltegriffe vorgesehen werden?
- Ist ein rutschsicherer Bodenbelag eingebaut worden?
- Wird ein Duschsitz benötigt? (Sitzplatzabmauerung, Klappsitz, Hocker, Einhängesitz)
- Werden ergänzende Armlehnen benötigt?
- Sind zugängliche Ablagemöglichkeiten vorhanden?
- Sind die Armaturen funktionsgerecht? (behinderungsbedingt)
- Ist eine Höhenverstellbarkeit der Handbrause gegeben?
- Ist eine zusätzliche Kopfbrause notwendig?
- Ist eine Thermostatarmatur notwendig? (Verbrühungsschutz)
- Wird ein Spritzschutz für Pflegepersonal benötigt?
- Ist die Duschaabtrennung barrierefrei zu nutzen und nach außen zu öffnen?
- Sind die Glasflächen kontrastreich gekennzeichnet und bruchsticher?

Funktionsbereich Badewanne:

- Sind ausreichende Bewegungsflächen vor der Badewanne vorhanden?
- Ist die Einbauhöhe den individuellen Bedürfnissen angepasst?
- Ist ein rutschsicherer Zugang gegeben?
- Wird eine Sitzfläche vor oder seitlich der Wanne benötigt? Kann die Armatur problemlos bedient werden? (auch aus der Badewanne)
- Ist eine Thermostatarmatur notwendig? (Verbrühungsschutz)
- Ist der Wannena Ablauf auch außerhalb der Wanne zu bedienen?
- Wird eine zusätzliche Handbrause benötigt und ist diese problemlos zu erreichen?
- Werden Halte- oder Klappgriffe benötigt? (in oder seitlich der Wanne)
- Wird ein Badewannen-Lifter oder Hubanlage benötigt?
- Werden sonstige Einstieghilfen benötigt?
- Wird eine rutschsichere Einlegematte benötigt?
- Wird ein Wannensitz benötigt?

Impressum

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

Geschäftsführer: Dr. Cameron Marshall (Vors.), Jean Vanpol, Denis Dubru, 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.