**HessenKohorte2040**

Angehörigen Fragebögen

# Allgemeine Fragen

## Datum

\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Demographische Daten

### Geschlecht

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft:

□ Männlich □ Weiblich □ Anders

### Alter

Wann sind Sie geboren?

☐ ☐. ☐ ☐. ☐ ☐ ☐ ☐Tag Monat Jahr

### Wohnort

Bitte geben Sie Ihre Postleitzahl an

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

# Familienstand

### Welchen Familienstand haben Sie? Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

* Verheiratet, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jahr)
* Verheiratet, aber vom Ehepartner getrennt, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jahr)
* Geschieden, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jahr)
* Verwitwet, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jahr)
* Ledig
  + Aber mit festem Partner oder fester Partnerin, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jahr)
  + Ohne festen Partner oder feste Partnerin, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jahr)
* Eingetragene Lebenspartnerschaft, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jahr)
* Eingetragene Lebenspartnerschaft, aber vom Partner getrennt, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jahr)
* Eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jahr)
* Eingetragener Lebenspartner verstorben, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jahr)

### Haben oder hatten Sie Kinder?

* Nein
* Ja und zwar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Anzahl Enkel/Urenkel)

### Haben Sie Enkelkinder oder Urenkel?

* Nein
* Ja und zwar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Anzahl Enkel/Urenkel)

# Biographisches

## Schulbildung

### In welchem Land haben Sie zuletzt die Schule besucht?

* In Deutschland
* In einem anderen Land
* Kein Schulbesuch

### Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

* Kein Abschluss
* Volksschulabschluss, Hauptschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss
* Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss
* Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
* Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium, Lyzeum bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)
* Anderer Schulabschluss, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Berufliche Bildung

### In welchem Land haben Sie eine berufliche Ausbildung oder ein Studium gemacht?

* Nur in Deutschland (einschließlich DDR inkl. Ost-Berlin, alte BRD inkl. West-Berlin, frühere deutsche Ostgebiete)
* In Deutschland und in einem anderen Land
* In einem anderen Land
* Keine Ausbildung oder Studium gemacht

### Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

* Keinen beruflichen Abschluss
* Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
* Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Kollegschule) abgeschlossen
* Ausbildung an einer Fachschule der DDR abgeschlossen
* Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie oder Fachakademie abgeschlossen
* Bachelor an (Fach-)Hochschule abgeschlossen
* Fachhochschulabschluss (z.B. Diplom, Master)
* Universitätsabschluss (z.B. Diplom, Magister, Staatsexamen, Master)
* Promotion
* Einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Berufsbiographie

### Sind Sie zurzeit erwerbstätig? Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.

* Vollzeit erwerbstätig
* Teilzeit erwerbstätig
* Geringfügig erwerbstätig (400 Euro- oder Mini-Job)
* „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld II)
* Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt
* Berufliche Ausbildung/Lehre
* Vorübergehend freigestellt/beurlaubt (z. B. Elternzeit)
* Nicht erwerbstätig, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Jahr)

### Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Arbeitsstunden pro Woche

### Wie lang ist ihr täglicher Arbeitsweg?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Arbeitsstunden pro Tag

### Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten/ haben Sie in Ihrer hauptsächlich ausgeübten Erwerbstätigkeit?

* Selbstständige Landwirte bzw. Genossenschaftsbauern
  + Selbstständige Landwirte: mit einer landwirtschaftlich genutzen Fläche bis unter 10ha
  + Selbstständige Landwirte: mit einer landwirtschaftlich genutzen Fläche von 10ha und mehr
  + Selbstständige Landwirte: Genossenschaftsbauern (ehem. LPG)
* Akademiker in freiem Beruf (Ärzte, Rechtsanwälte, Steuerberater, u.Ä.)
  + Akademiker in freiem Beruf: keine weiteren Mitarbeiter
  + Akademiker in freiem Beruf: 1 bis 4 Mitarbeiter
  + Akademiker in freiem Beruf: 5 und mehr Mitarbeiter
* Mithelfende Familienangehörige
* Selbstständig, Ich-AG oder Produktionsgenossenschaft des Handwerks (PGH)-Mitglied
  + Selbstständig, Ich-AG oder PGH-Mitglied: keine weiteren Mitarbeiter
  + Selbstständig, Ich-AG oder PGH-Mitglied: 1 bis 5 Mitarbeiter
  + Selbstständig, Ich-AG oder PGH-Mitglied: 5 und mehr Mitarbeiter
  + Selbstständig, Ich-AG oder PGH-Mitglied: PGH-Mitglied
* Beamte, Richter, Berufssoldaten
* Angestellte
  + Angestellte: mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung (z.B. Verkäufer, Datentypist, Sekreteriatsassistenten, Pflegehelfer)
  + Angestellte: mit einer qualifizierten Tätigkeit, die nach Anweisung erledigt wird (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner)
  + Angestellte: mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z.B. wissenschaftliche Mitarbeiter, Prokuristen, Abteilungsleiter bzw. Meister im Angestelltenverhältnis)
  + Angestellte: mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktoren, Geschäftsführer, Mitglieder des Vorstandes)
* Arbeiter
  + Arbeiter: ungelernt
  + Arbeiter: angelernt
  + Arbeiter: Facharbeiter
  + Arbeiter: Vorarbeiter, Kolonnenführer
  + Arbeiter: Meister, Polierer, Brigadier

### Hat dieser Beruf noch eine besondere Bezeichnung?

* Ja und zwar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nein

6 Arbeiten Sie in Schichtarbeit oder nachts?

* Nein
* Ja, Wechselschicht ohne Nachtarbeit
* Ja, Wechselschicht mit Nachtarbeit
* Ausschließlich Nachtarbeit (nicht in Wechselschicht)

# **Persönliche Gesundheit**

### Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sehr schlecht Ausgezeichnet

### Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie in den letzten 4 Wochen bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (z.B. beim zu Fuß gehen oder Treppensteigen)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

* Überhaupt nicht War zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage

### Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den letzten vier Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Überhaupt nicht Nicht in der Lage zu Kontakten

Nennen Sie Ihre Vorerkrankungen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nennen Sie Ihre Vormedikation:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

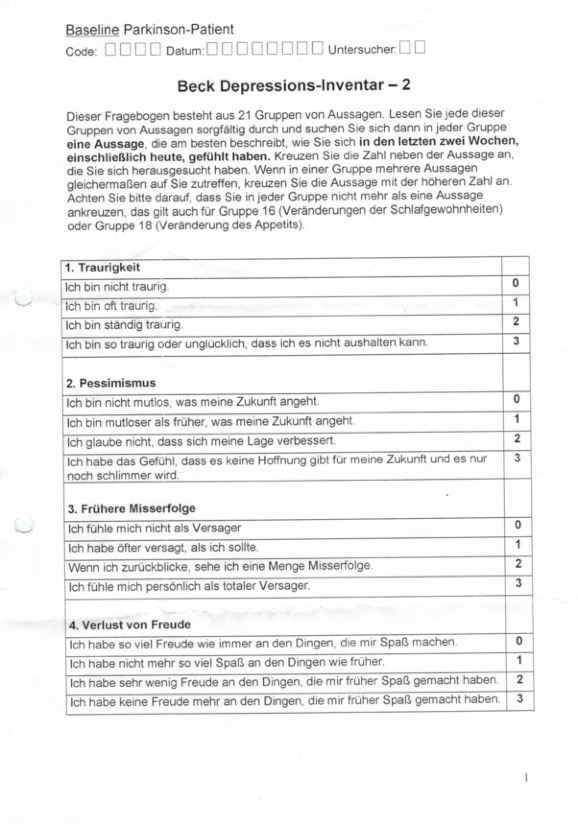
# **Medikation von Angehörigen**

## Therapie

Welche Medikamente/Therapieformen erhält Ihr Angehöriger? (Nehmen Sie sich bei dieser Auswahl gern auch den Medikamentenplan zur Hilfe.)

* Levodopa (L-Dopa) in Kombination mit Benserazid, Carbidopa oder Entacapon (z.B. Dopadura®, Isicom®, LCE®, Lev/Car/En®, Levo C®, Levo C/E®, Levo/Ca/E®, Levo/Ca/En®, Levo/Carbi®, Levobens®, Levobeta®, Levocaent®, Levocarb®, Levocomp®, Levod®, Levodo®, Levodop®, Levodopa®, Levopar®, Madopar®, Nacom®, Pramidopa®, Sinemet®, Stalevo®)
* L-DOPA/Carbidopa jejunale Infusion (Duodopa®)
* Entacapon (Comtess®, Entacapon®)
* Opicapon (Ongentys®)
* Tolcapon (Tasmar®, Tolcarpon®)
* Safinamid (Xadago®)
* Rasagilin (Azilect®, Rasagilin®)
* Selegilin
* Alpha-Dihydroergocriptin (Almirid®)
* Apomorphin Pen oder Pumpe (Dacepton®, Apomorphin®)
* Bromocriptin (Parlodel®, Bromocriptin®)
* Cabergolin (Dostinex®, Cabergolin®)
* Pergolid
* Piribedil
* Pramipexol standard oder retard (Glepark®, Mirapexin®, Oprymea®, Pramidopa®, Pramipexol®, Sifrol®)
* Ropinirol standard oder retard (Requip®, Adartrel®, Ralnea®, Ropinirol®)
* Rotigotin (Leganto®, Neupro®)
* Amantadin (Pk Merz®, Tregor®, Amantadin®)
* Budipin (Parkinsan®)
* Biperiden (Akineton®, Biperiden®)
* Bornaprin (Sormodren®)
* Trihexphenidyl (Artane®, Parkopan®)
* Tiefe Hirnstimulation (THS)

# **Beck Deprssion-Inventar 2 (BDI-II)**

****

# **Ein Bild, das Tisch enthält. Automatisch generierte Beschreibung**

# **Ein Bild, das Tisch enthält. Automatisch generierte Beschreibung**

Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

# **Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **1**  **Nie** | **2**  **Selten** | **3**  **Manchmal** | **4**  **Sehr häufig** | **5**  **Fast immer** |
| 1 | Er/sie braucht meine Hilfe, um viele tägliche Aufgaben zu erledigen. |  |  |  |  |  |
| 2 | Er/sie ist von mir abhängig. |  |  |  |  |  |
| 3 | Ich muss ihn/sie ständig beobachten. |  |  |  |  |  |
| 4 | Ich muss ihm mit vielen Grundfunktionen helfen. |  |  |  |  |  |
| 5 | Ich habe keine Minute Pause von seinen Hausarbeiten. |  |  |  |  |  |
| 6 | Ich habe das Gefühl, dass ich das Leben verpasse. |  |  |  |  |  |
| 7 | Ich wünschte, ich könnte aus dieser Situation herauskommen. |  |  |  |  |  |
| 8 | Mein soziales Leben hat gelitten. |  |  |  |  |  |
| 9 | Ich fühle mich emotional erschöpft, weil ich mich um ihn kümmere. |  |  |  |  |  |
| 10 | Ich hatte erwartet, dass die Dinge an diesem Punkt in meinem Leben anders sein würden. |  |  |  |  |  |
| 11 | Ich bekomme nicht genug Schlaf. |  |  |  |  |  |
| 12 | Meine Gesundheit hat gelitten. |  |  |  |  |  |
| 13 | Die Pflege hat mich körperlich krank gemacht. |  |  |  |  |  |
| 14 | Ich bin körperlich müde. |  |  |  |  |  |
| 15 | Ich schäme mich für sein/ihr Verhalten. |  |  |  |  |  |
| 16 | Ich schäme mich für ihn/sie. |  |  |  |  |  |
| 17 | Ich nehme es ihm übel. |  |  |  |  |  |
| 18 | Ich fühle mich unwohl, wenn ich Freunde habe. |  |  |  |  |  |
| 19 | Ich bin wütend über meine Interaktionen mit ihm/ihr. |  |  |  |  |  |
| 20 | Ich verstehe mich nicht mit anderen Familienmitgliedern, wie ich es früher getan habe. |  |  |  |  |  |
| 21 | Meine Bemühungen um die Pflege werden von anderen in meiner Familie nicht geschätzt. |  |  |  |  |  |
| 22 | Ich hatte Probleme mit meiner Ehe (oder einer anderen wichtigen Beziehung). |  |  |  |  |  |
| 23 | Ich verstehe mich nicht mehr so gut wie früher mit anderen. |  |  |  |  |  |
| 24 | Ich ärgere mich über andere Verwandte, die helfen könnten, aber nicht helfen. |  |  |  |  |  |

# **Parkinson’s disease caregiver burden Questionnaire (PDCB)Ein Bild, das Tisch enthält. Automatisch generierte BeschreibungEin Bild, das Tisch enthält. Automatisch generierte Beschreibung**

# **Zarit Burden Interview (ZBI-22)**

**Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung**

**Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung**

# **Perceived Stress Scale (PSS)**

Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

# **Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20)**

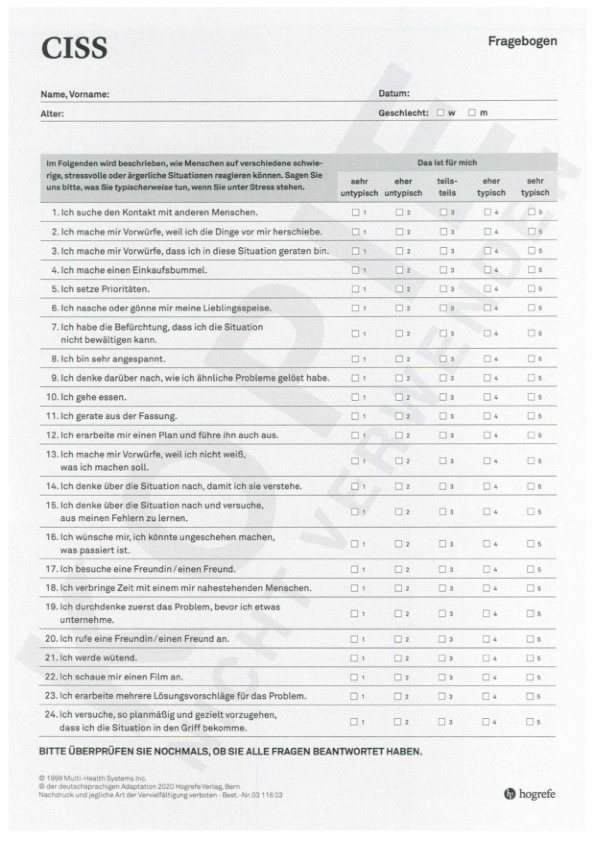
Durch die folgenden Aussagen möchten wir erfahren, wie Sie sich in letzter Zeit fühlten. Nehmen wir das Beispiel an:   
 „Ich fühle mich entspannt“

Wenn Sie glauben, dass dies wirklich zutrifft und Sie sich in letzter Zeit wirklich entspannt fühlten, dann sollten Sie das Kästchen ganz links ankreuzen. Je weniger Sie mit der vorgegebenen Aussage übereinstimmen, umso weiter rücken Sie das Kreuz in Richtung „nein, das trifft nicht zu“.

Bitte übergehen Sie keine der Aussagen und machen Sie für jede Aussage ein Kreuz.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **1**  **Ja, das trifft zu** | **2** | **3** | **4** | **5**  **Nein, das trifft nicht zu** |
| 1 | Ich fühle mich leistungsfähig. |  |  |  |  |  |
| 2 | Körperlich fühle ich mich in der Lage, nur wenig zu tun. |  |  |  |  |  |
| 3 | Ich fühle mich sehr aktiv. |  |  |  |  |  |
| 4 | Ich habe Lust, alle möglichen schönen Dinge zu unternehmen. |  |  |  |  |  |
| 5 | Ich fühle mich müde. |  |  |  |  |  |
| 6 | Ich denke, dass ich an einem Tag viel erledige. |  |  |  |  |  |
| 7 | Wenn ich etwas tue, kann ich mich gut darauf konzentrieren. |  |  |  |  |  |
| 8 | Körperlich traue ich mir viel zu. |  |  |  |  |  |
| 9 | Ich fürchte mich davor, Dinge erledigen zu müssen. |  |  |  |  |  |
| 10 | Ich denke, dass ich an einem Tag sehr wenig tue. |  |  |  |  |  |
| 11 | Ich kann mich gut konzentrieren |  |  |  |  |  |
| 12 | Ich fühle mich ausgeruht. |  |  |  |  |  |
| 13 | Es kostet mich große Anstrengung, mich auf Dinge zu konzentrieren. |  |  |  |  |  |
| 14 | Körperlich fühle ich mich in einer schlechten Verfassung |  |  |  |  |  |
| 15 | Ich habe eine Menge Pläne. |  |  |  |  |  |
| 16 | Ich ermüde sehr schnell. |  |  |  |  |  |
| 17 | Obwohl ich es versuche, bekomme ich nur wenig erledigt. |  |  |  |  |  |
| 18 | Ich fühle mich nicht danach, irgendetwas zu tun |  |  |  |  |  |
| 19 | Meine Gedanken schweifen sehr schnell ab |  |  |  |  |  |
| 20 | Körperlich fühle ich mich in ausgezeichneter Verfassung |  |  |  |  |  |

# **Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)**



# **Beziehung zu dem Erkrankten**

(Sollte aber ein einheitliches Formblatt werden, in dass der "Pflegegrad" und die Pflegenutzung bzw. der Pflegeaufwand integriert sind)

# Beziehung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1\_1 | Person - Vorname/Notiz zur Person |  | | |
| 2\_1 | Geschlecht (wenn eindeutig, Beantwortung durch Interviewer) | Männlich | Weiblich |  |
| 3\_1 | Zeigen Sie mir nun bitte, in welcher Beziehung diese Person zu Ihnen steht. | |  |  | | --- | --- | | 101 | Großvater / -mutter  des Befragten oder  des Partners | | 102 | Mutter | | 103 | Vater | | 104 | Schwiegermutter /  Mutter des Partners | | 105 | Schwiegervater /  Vater des Partners | | 106 | (Ehe-) Partner | | 107 | Schwiegertochter /  Partnerin des Sohns | | 108 | Schwiegersohn /  Partner der Tochter | | 111 | Schwager / Bruder des Partners | | 112 | Schwägerin /  Schwester des Partners | | 120 | Ex-Partner | | 201 | 1. Kind | | 202 | 2. Kind | | 203 | 3. Kind | | 204 | 4. Kind | | 301 | 1. Enkelkind | | 302 | 2. Enkelkind | | 303 | 3. Enkelkind | | 304 | 4. Enkelkind | | 351 | 1. Urenkelkind | | 352 | 2. Urenkelkind | | 353 | 3. Urenkelkind | | 354 | 4. Urenkelkind | | 401 | Tante | | 402 | Onkel | | 403 | Cousin | | 404 | Cousine | | 405 | Nichte | | 406 | Neffe | | 407 | Andere Verwandte | | 451 | Bruder | | 452 | Schwester | | 501 | Freund 1 | | 502 | Freund 2 | | 503 | Freund 3 | | 504 | Freund 4 | | 505 | Freund 5 | | 506 | Andere Freunde | | 601 | (ehemalige)  Arbeitskollegen | | 602 | Nachbarn | | 603 | Vereins- oder  Organisations-  mitglieder | | 701 | Freiwillige Helfer  ,z.B. aus sozialen  Einrichtungen | | 702 | Bezahlte Helfer  (z.B. Pflegekraft) | | 801 | Bekannte | | 901 | Andere Person 1 | | 902 | Andere Person 2 | | 903 | Andere Person 3 | | 904 | Andere Person 4 | | 905 | Andere Person 5 | | | |

# Wohnen

1) Wohnen Sie mit Ihrem an Parkinson erkrankten Angehörigen in häuslicher Gemeinschaft?

* Nein
* Ja

2 Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung / Ihr Haus außer Küche, Bad und Flur?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Pflegestufe / Pflegegrad

1 Liegt bei Ihrem Angehörigen ein Pflegegrad oder eine Pflegestufe vor?

* Nein
* Ja, ein Pflegegrad
* Pflegegrad 1
* Pflegegrad 2
* Pflegegrad 3
* Pflegegrad 4
* Pflegegrad 5

# Pflegenutzung

1 Nutzen Sie einen ambulanten Pflegedienst?

* Nein
* Ja

2 Nehmen Sie eine Tagespflege in Anspruch?

* Nein
* Ja

3 Werden Sie privat von jemandem gepflegt, z.B. von einem Angehörigen oder Bekannten?

* Nein
* Ja und zwar mit einem Stundenumfang pro Woche von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden

4 Pflegen Sie selbst privat eine andere Person?

* Nein
* Ja und zwar mit einem Stundenumfang pro Woche von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden

# Pflege von Angehörigen

1) Pflegen sie privat von jemandem Ihren Angehörigen?

* Nein
* Ja und zwar mit einem Stundenumfang pro Woche von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden und wie lange schon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahre

2) Erhalten Sie Unterstützung bei der Pflege Ihres Angehörigen?

* Nein
* Ja und zwar mit einem Stundenumfang pro Woche von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden

## Alltagsgestaltung

Jetzt würden wir gerne etwas mehr über Ihre unterstützenden Tätigkeiten erfragen. Kreuzen Sie bitte wieder die für Sie passende Antwort an.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Wieviel Hilfe benötigen Ihr Angehöriger für die folgenden Aktivitäten? |  |  |  |
| 1 | Essen | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 2 | An- und Ausziehen | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 3 | Körperpflege | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 4 | Gehen | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 5 | Aufstehen aus dem Bett oder das Hinlegen | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 6 | Baden oder Duschen | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 7 | Die Toilette benutzen | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe (z.B. Katheter oder künstlicher Ausgang vorhanden) | Keine Hilfe |
| 8 | Das Telefon benutzen | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 9 | Irgendwo hinkommen, wo Sie nicht selber zu Fuß hingehen können (z.B. die Organisation einer Taxifahrt, mit dem Bus fahren, etc.) | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 10 | Lebensmittel oder Kleidung selbst einkaufen | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 11 | Eigene Mahlzeiten zubereiten | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 12 | Hausarbeit erledigen | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 13 | Einnahme von Medikamenten (Organisieren und Durchführen) | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |
| 14 | Regelung finanzieller Dinge | Nur mit Hilfe möglich | Ein wenig Hilfe | Keine Hilfe |

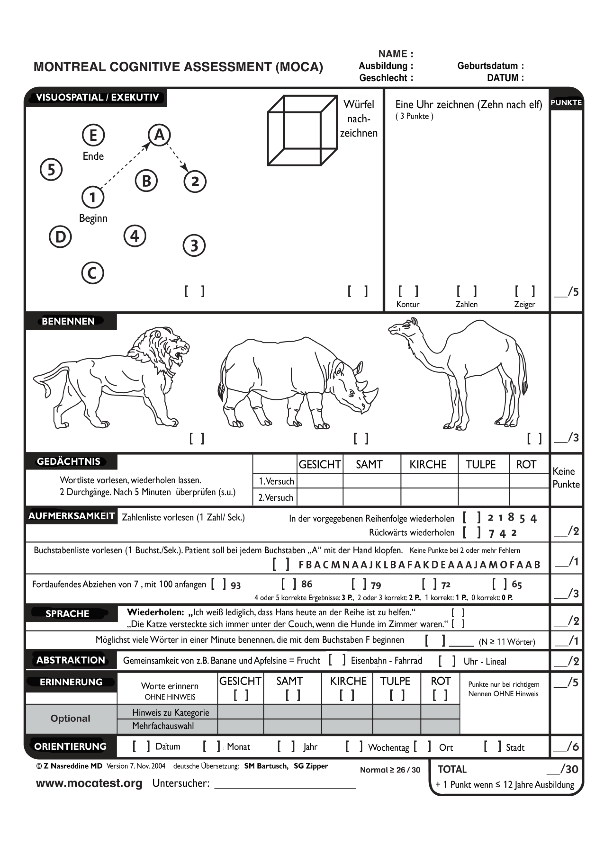
1 Bitte kreisen Sie die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in den letzten vier Wochen einschließlich heute gefühlt haben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gar nicht belastet Extrem belastet

# **Montreal cognitive Assessment (MoCA)**

(aber höchstens jährlich. Anderenfalls ist das auch nicht sinnvoll, weil ein starker Lerneffekt besteht)****

# **WHOQoL-BREF**

Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

# Ein Bild, das Tisch enthält. Automatisch generierte Beschreibung

Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

**Screening-Skala zur Erfassung von chronischem Stress (SSCS)**

Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Fragen, die Sie danach beurteilen sollen, wie häufig Sie die darin angesprochene Erfahrung bzw. Situation gemacht bzw. erlebt haben. Ihre Aufgabe ist es, anzugeben, ob Sie die darin angesprochenen Erfahrungen bzw. Situationen **nie, selten, manchmal, häufig** oder **sehr häufig** gemacht bzw. erlebt haben. Denken Sie bei der Beantwortung bitte an die, vom heutigen Tag aus gesehen, **vergangenen drei Monate** und versuchen Sie sich daran zu erinnern, wie oft Sie in diesem Zeitraum die jeweilige Erfahrung gemacht haben.

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen klingen ähnlich oder haben einen ähnlichen Sinn. Bitte beantworten Sie sie trotzdem. Es kommt bei der Beantwortung nicht auf Schnelligkeit an; nehmen Sie sich Zeit, über die Beantwortung nachzudenken.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Erfahrung | | In den letzten drei Monaten wie oft erlebt? | | | | |
|  | | Nie | Selten | Manch-mal | Häufig | Sehr häufig |
| 1 | Befürchtung, dass irgendetwas unangenehmes passiert | Nie | Selten | Manch-mal | Häufig | Sehr häufig |
| 2 | Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten | Nie | Selten | Manch-mal | Häufig | Sehr häufig |
| 3 | Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe | Nie | Selten | Manch-mal | Häufig | Sehr häufig |
| 4 | Zeiten, in denen ich sorgenvolle Gedanken nicht unterdrücken kann | Nie | Selten | Manch-  mal | Häufig | Sehr häufig |
| 5 | Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt | Nie | Selten | Manch-  mal | Häufig | Sehr häufig |
| 6 | Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe | Nie | Selten | Manch-  mal | Häufig | Sehr häufig |
| 7 | Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann | Nie | Selten | Manch-  mal | Häufig | Sehr häufig |
| 8 | Zeiten, in denen ich nicht die Leistung bringe, die von mir erwartet wird | Nie | Selten | Manch-  mal | Häufig | Sehr häufig |
| 9 | Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird | Nie | Selten | Manch-  mal | Häufig | Sehr häufig |
| 10 | Zeiten, in denen mir die Arbeit  über den Kopf wächst | Nie | Selten | Manch-  mal | Häufig | Sehr häufig |
| 11 | Befürchtung, meine Aufgaben nicht  erfüllen zu können | Nie | Selten | Manch-  mal | Häufig | Sehr häufig |
| 12 | Zeiten, in denen mir die Sorgen  über den Kopf wachsen | Nie | Selten | Manch-  mal | Häufig | Sehr häufig |

# **VAS Respekterleben in den Patienten-Angehörigen-Beziehung**

Bitte zeichnen Sie bei den folgenden Fragen an der Stelle auf der Linie ein Kreuz ein, die Ihrer **persönlichen Einschätzung** am meisten entspricht. Die Wertung 0 bedeutet, dass die Aussage überhaupt nicht auf Sie zutrifft und die Wertung 100, dass die Aussage voll und ganz zutrifft.

1 Ich fühle mich von meiner/m Angehörigin/en **respektiert**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 100

Ich stimme nicht zu Ich stimme völlig zu

2 Ich fühle mich von meiner/m Angehörigin/en **respektiert als Mensch, der ich bin**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 100

Ich stimme nicht zu Ich stimme völlig zu

3 Ich fühle mich von meiner/m Angehörigen **respektiert für das,**

**was ich tue und leiste**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 100

Ich stimme nicht zu Ich stimme völlig zu

**Patient Health Questionnaire (PHQ-D)**

Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte BeschreibungEin Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

# **Ausgeschlossene Fragebögen**

**Maastricht Vital Exhaustion Questionnaire (VEQ)**

Wie sehr treffen die folgenden Gefühlsbeschreibungen im Moment auf Sie zu? Kreuzen Sie das auf Sie passende Kästchen an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und entscheiden Sie dann, wie stark das betreffende Gefühl im Moment bei Ihnen vorhanden ist.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Folgende Aussagen treffen auf mich …. zu | Über-haupt nicht |  |  |  |  |  |  | Ganz und gar |
| 1 | Ich bin ruhig. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ich fühle mich angespannt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Ich bin aufgeregt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Ich fühle mich ausgeruht. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Ich bin beunruhigt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Ich fühle mich selbstsicher. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Ich bin nervös. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Ich bin verkrampft. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Ich bin besorgt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Ich bin vergnügt. |  |  |  |  |  |  |  |  |

# **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

**Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)**

Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

# **Zarit Burden Interview (ZBI-12)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **1**  **Nie** | **2**  **Selten** | **3**  **Manchmal** | **4**  **Sehr häufig** | **5**  **Fast immer** |
| 1 | Hast du das Gefühl, dass du wegen der Zeit, die du mit deinem Verwandten verbringst, nicht genug Zeit für dich selbst hast? |  |  |  |  |  |
| 2 | Fühlst du dich gestresst zwischen der Pflege deines Verwandten und dem Versuch, andere Verantwortlichkeiten (Beruf/Familie) zu übernehmen? |  |  |  |  |  |
| 3 | Fühlst du dich wütend, wenn du mit deinem Verwandten zusammen bist? |  |  |  |  |  |
| 4 | Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Verwandter derzeit Ihre Beziehung zu Familienmitgliedern oder Freunden negativ beeinflusst? |  |  |  |  |  |
| 5 | Fühlst du dich angespannt, wenn du bei deinem Verwandten bist? |  |  |  |  |  |
| 6 | Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gesundheit durch Ihre Beziehung zu Ihrem Verwandten gelitten hat? |  |  |  |  |  |
| 7 | Hast du das Gefühl, dass du wegen deiner Verwandten nicht so viel Privatsphäre hast, wie du dir wünschst? |  |  |  |  |  |
| 8 | Hast du das Gefühl, dass dein soziales Leben gelitten hat, weil du dich um deinen Verwandten kümmerst? |  |  |  |  |  |
| 9 | Haben Sie das Gefühl, dass Sie seit der Krankheit Ihres Verwandten die Kontrolle über Ihr Leben verloren haben? |  |  |  |  |  |
| 10 | Fühlst du dich unsicher, was du mit deinem Verwandten machen sollst? |  |  |  |  |  |
| 11 | Denkst du, du solltest mehr für deinen Verwandten tun? |  |  |  |  |  |
| 12 | Glauben Sie, dass Sie einen besseren Job bei der Pflege Ihres Verwandten machen könnten? |  |  |  |  |  |

# **Lebenszufriedenheit**

Zu guter Letzt: Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Überhaupt nicht zufrieden völlig zufrieden

# **Fragen zu dem gewünschten bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten bzw. zum Wissensstand der Angehörigen**

# Zeitpunkt der Diagnose

Wie haben Sie sich gefühlt, als die Diagnose gestellt wurde?

* Ruhig
* Angespannt
* Aufgeregt
* Erleichtert
* Ängstlich
* Nervös
* Besorgt
* Unsicher
* Selbstsicher

Hatten Sie Gelegenheit im Rahmen dieses Gesprächs an den behandelnden Arzt Fragen zu stellen?

* Ja. Wenn ja:
  + Fühlten Sie sich nach dem Gespräch ausreichend über die Erkrankung informiert?
    - Ja
    - Nein
* Nein.

War für Sie nach dem Gespräch ersichtlich, dass es sich um eine chronische also eine ab nun lebenslange Erkrankung handelt?

* Ja
* Nein

Haben Sie sich nach diesem Gespräch über die Erkrankung Ihres Angehörigen erkundigt?

* Ja
  + Über welche Quellen haben Sie diese Informationen eingeholt?
    - Bücher
    - Zeitung und Zeitschriften
    - Ärztliches Gespräch
    - Internetrecherche
    - Foren und Blogs
    - Pharmafirmen
    - Gespräch mit Betroffenen
    - Gespräch mit den Angehörigen von Betroffenen
  + Fühlen Sie sich durch die genutzten Quellen ausreichend über die Erkrankung informiert?
    - Ja
    - Nein
* Nein

# Unterstützungsangebot

Neben dem bestehenden Unterstützungsangebot für Patienten liegen uns Ihre persönlichen Bedürfnisse als Angehöriger eines Parkinson-Patienten am Herzen. Wir planen aus diesem Grund für Sie die Entwicklung eines bedarfsgerechten Unterstützungsangebots. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Wünsche für ein solches Programm.

Welche Aspekte müssten ein Unterstützungsprogramm umfassen?

* Stressmanagement, zur Bewältigung von emotionaler Belastung
  + Welcher Rahmen wäre dafür aus Ihrer Sicht sinnvoll?
    - Gruppenintervention
    - Einzelgespräch
    - E-Learning Angebot über eine internetbasierte Plattform oder App
    - Sonstiges: ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* verschiedene Informationsmodule
  + Welcher Rahmen wäre dafür aus Ihrer Sicht sinnvoll?
    - Gruppenintervention
    - Einzelgespräch
    - E-Learning Angebot über eine internetbasierte Plattform oder App
    - Sonstiges: ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Welchen Inhalt müssten die Informationsmodule haben, damit Sie sich dafür interessieren könnten?
    - Krankheitsentstehung
    - Motorische und nicht-motorische Symptome
    - Diagnostik
    - Therapiemöglichkeiten
      * Welche Therapiemöglichkeiten wären dabei besonders interessant für Sie?
        + Medikamentöse Therapieoptionen
        + Tiefe Hirnstimulation
        + Kontinuierliche Gabe von L-Dopa über eine gastrointestinale Sonde
        + Bewegungstherapien wie z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Tai Chi, Yoga
        + Logopädie
        + Musik-. Theater-, Tanz- und Kunsttherapie
        + Sonstiges: ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
    - Wirkungsschwankungen der Medikation
    - Pflege von Patienten mit Morbus Parkinson
    - Rechtliche Belange z.B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Fahreignung
    - Demenz
    - Depressionen
* Erfahrungsaustausch mit anderen Angehörigen
  + Welcher Rahmen wäre dafür aus Ihrer Sicht sinnvoll?
    - Treffen in Gruppen
    - Einzelgespräch
    - internetbasierte Plattform oder App
    - Sonstiges: ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sonstiges: ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Wissensquiz zu Kenntnisstand über die Parkinson-Erkrankung

Bei diesem kleinen Wissensquiz wollen wir Sie nicht nach einem Schulsystem bewerten. Bezugnehmend auf die zuvor gestellten Fragen zur Entwicklung eines bedarfsgerechten Unterstützungsprogramms, wollen wir in diesem Abschnitt herausfinden, zu welchen Themen Sie bereits gut informiert sind und welche Themen noch weniger bekannt sind.

Beantworten Sie bitte alle Fragen möglichst spontan ohne die Zuhilfenahme von Suchmaschinen oder Buchmaterial und so gut Sie können.

Parkinson ist eine Erkrankung der/des \_\_\_\_\_\_\_\_?

* Gehirns
* Rückenmarks
* Herzens
* Psyche
* Darms
* Nieren

Ist die Parkinson-Krankheit unheilbar?

* Nein
* Ja

Welches Geschlecht ist häufiger an Parkinson erkrankt?

* Männer
* Frauen
* Gleich viele Männer wie Frauen

Ist Parkinson ausschließlich eine Erkrankung des fortgeschrittenen Lebensalters?

* Nein
* Ja

Wie entsteht Parkinson?

* Ansteckung
* Unbekannt
* Gedankenübertragung
* Durch Umweltgifte

Die Produktion welches Neurotansmitters/Botenstoffs im ist bei Morbus Parkinson vermindert?

* Histamin
* L-Dopa
* Azetylcholin
* Dopamin

Welche Hauptsymptome werden der typischen Form des Morbus Parkinson zugeschrieben?

* Bewegungsarmut (Hypokinese), manchmal bis hin zu einer Bewegungslosigkeit (Akinese) bzw. Verlangsamung der Bewegungen (Bradykinese)
* Schlafstörungen
* Demenz
* Dyspnoe/Atemnot
* Verdauungsstörungen
* Depressionen
* Inkontinenz/Blasenschwäche
* Muskelsteifheit (Rigor)
* Riechstörungen
* Müdigkeit
* Psychosen
* Zittern (Tremor)
  + Wann tritt das Zittern (Tremor) bei Menschen mit Morbus Parkinson vor allem auf?
    - In Ruhe
    - Bei Bewegung
    - Beim Vorhalten der Hände
* Verhaltensstörungen
* Schmerzen
* Eisenmangel

Darüber hinaus sind noch weitere Symptome mit dem Morbus Parkinson vergesellschaftet. Kreuzen Sie im Folgenden diese Symptome an.

* Schmerzen
* Halsschmerzen
* Riechstörungen
* Übelkeit
* Demenz
* Atemlosigkeit
* Gewichtsverlust
* Erschöpfung
* Gelenkschmerzen
* Schlafstörungen
* Brennende Augen
* Inkontinenz/Blasenschwäche
* Kurzatmigkeit
* Kopfschmerzen
* Verdauungsprobleme
* Schlafstörungen
* Psychosen
* Verhaltensstörungen

Gibt es einen Labortest um Parkinson zu diagnostizieren?

* Nein
* Ja

Wieviele Stadien der Erkrankung gibt es?

­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wonach werden die Stadien der Erkrankung eingeteilt?

* NYHA
* Hoehn & Yahr
* AKIN
* Fontaine

Es gibt auch "atypische Parkinson Syndrome"

* Ja
* Nein

Ist Demenz häufig mit dem Parkinson Syndrom vergesellschaftet?

* Ja
* Nein

## Therapie

Welche Medikamente/Therapieformen erhält Ihr Angehöriger? (Nehmen Sie sich bei dieser Auswahl gern auch den Medikamentenplan zur Hilfe.)

* Levodopa (L-Dopa) in Kombination mit Benserazid, Carbidopa oder Entacapon (z.B. Dopadura®, Isicom®, LCE®, Lev/Car/En®, Levo C®, Levo C/E®, Levo/Ca/E®, Levo/Ca/En®, Levo/Carbi®, Levobens®, Levobeta®, Levocaent®, Levocarb®, Levocomp®, Levod®, Levodo®, Levodop®, Levodopa®, Levopar®, Madopar®, Nacom®, Pramidopa®, Sinemet®, Stalevo®)
* L-DOPA/Carbidopa jejunale Infusion (Duodopa®)
* Entacapon (Comtess®, Entacapon®)
* Opicapon (Ongentys®)
* Tolcapon (Tasmar®, Tolcarpon®)
* Safinamid (Xadago®)
* Rasagilin (Azilect®, Rasagilin®)
* Selegilin
* Alpha-Dihydroergocriptin (Almirid®)
* Apomorphin Pen oder Pumpe (Dacepton®, Apomorphin®)
* Bromocriptin (Parlodel®, Bromocriptin®)
* Cabergolin (Dostinex®, Cabergolin®)
* Pergolid
* Piribedil
* Pramipexol standard oder retard (Glepark®, Mirapexin®, Oprymea®, Pramidopa®, Pramipexol®, Sifrol®)
* Ropinirol standard oder retard (Requip®, Adartrel®, Ralnea®, Ropinirol®)
* Rotigotin (Leganto®, Neupro®)
* Amantadin (Pk Merz®, Tregor®, Amantadin®)
* Budipin (Parkinsan®)
* Biperiden (Akineton®, Biperiden®)
* Bornaprin (Sormodren®)
* Trihexphenidyl (Artane®, Parkopan®)
* Tiefe Hirnstimulation (THS)

*Wenn L-Dopa-Präparat eingenommen wird:*

1 Zu welchem Hormon wird Levodopa (L-Dopa) im Gehirn umgewandelt?

* Histamin
* Adrenalin
* Dopamin
* Insulin

2 Wann ist Levodopa (L-Dopa) einzunehmen, um optimal wirken zu können?

* Beim Essen
* Egal
* 1 Stunden vor dem Essen
* 10 Minuten nach dem Essen

3 Warum ist der Einnahmezeitpunkt wichtig?

­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 Im Folgenden sind einige Behauptungen aufgeführt, bei denen Sie die richtigen Behauptungen markieren. (Mehrfachnennung)

* L-Dopa ist zu festen Uhrzeiten einzunehmen, damit es optimal wirken kann.
* L-Dopa ist in der Regel gut verträglich.
* L-Dopa sollte mit Milchprodukten eingenommen werden.
* Durch mehrere Einnahmezeitpunkte soll der Wirkstoffspiegel gleichbleiben.
* L-Dopa wird häufig in Kombinationspräparate mit beispielsweise Benserazid oder Entacapon eingesetzt, um den Abbau von Dopamin zu hemmen und die Wirkdauer des Dopamins zu verlängern.

5 Kennen Sie typische Nebenwirkungen?

* Ja -> Frage 5a
* Nein

5a Welche Nebenwirkungen kennen Sie? (Mehrfachnennung)

* Übelkeit/Erbrechen
* Appetitlosigkeit
* Schwindel
* gesteigerter Antrieb
* [Depression](https://www.gesundheitsinformation.de/Depression.2004.de.html?term=233)
* Verwirrtheit
* Schlafstörungen
* Halluzinationen
* „ON-OFF-Phänomen“
* Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Wenn ein Dopaminagonist eingenommen wird:*

Der von Ihrem Angehörigen eingenommene Wirkstoff wird zu der pharmakologischen Gruppe der Dopaminagonisten gezählt. Im Folgenden sind einige Fragen zu dieser Wirkstoffgruppe aufgeführt.

1 Ist die Aussage „Ein Dopaminagonist ist ein Wirkstoff, der wie Dopamin wirkt und Dopamin-Rezeptoren stimuliert.“ richtig?

* Ja
* Nein

2 Kennen Sie typische Nebenwirkungen?

* Ja -> Frage 2a
* Nein

2a Welche Nebenwirkungen kennen Sie? (Mehrfachnennung)

* Übelkeit/Erbrechen
* Appetitlosigkeit
* Verhaltensstörungen mit impulsivem, [zwanghaften Verhalten](https://www.gesundheitsinformation.de/zwangsstoerungen.2683.de.html) wie Kauf- oder Spielsucht, ein Drang nach Essen oder auch nach Sex oder ständig wiederholte, ziellose Tätigkeiten wie das Ordnen von Gegenständen.
* Wassereinlagerungen
* Verstopfung
* Schwindel
* Halluzinationen
* [Kopfschmerzen](https://flexikon.doccheck.com/de/Kopfschmerz)
* [Blutdruckabfall](https://flexikon.doccheck.com/de/Blutdruckabfall)
* [Müdigkeit](https://flexikon.doccheck.com/de/M%C3%BCdigkeit)
* gesteigerter Antrieb/Agitation
* [Depression](https://www.gesundheitsinformation.de/Depression.2004.de.html?term=233)
* Verwirrtheit
* Schlafstörungen
* „ON-OFF-Phänomen“
* Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Wenn Apomorphin-Pen oder Pumpe eingesetzt wird:*

1 Kennen Sie typische Nebenwirkungen?

* Ja -> Frage 1a
* Nein

2a Welche Nebenwirkungen kennen Sie? (Mehrfachnennung)

* Übelkeit/Erbrechen
* Verstopfung
* Lokale Verhärtungen u. Knotenbildungen s.c. am Injektionsort
* Schwindel
* Halluzinationen
* Orthostatische Hypotonie, ein nach dem Aufstehen aus sitzender oder liegender Position auftretender niedriger Blutdruck
* [Kopfschmerzen](https://flexikon.doccheck.com/de/Kopfschmerz)
* [Müdigkeit](https://flexikon.doccheck.com/de/M%C3%BCdigkeit)
* gesteigerter Antrieb/Agitation
* [Depression](https://www.gesundheitsinformation.de/Depression.2004.de.html?term=233)
* Verwirrtheit
* Schlafstörungen
* Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Können Sie sich vorstellen nach spezieller Schulung Anpassungen der Medikation im Sinne eines Selbstmanagements vorzunehmen?

* Ja.
* Nein.