MDS-UPDRS

Die von der Movement Disorder Society (MDS) geförderte neue Version des UPDRS basiert auf der Kritik, die von der Arbeitsgruppe „Rating Scales in Parkinson's Disease" (Movement Disorders 2003; 18:738-750) formuliert wurde. Als Folge der Kritik hat die MDS einen Vorsitzenden beauftragt, ein Programm zu entwickeln, das der Movement Disorder-Gemeinschaft eine neue Version der UPDRS zur Verfügung stellt. Diese neue Version behält zwar das grundsätzliche Format der ursprünglichen UPDRS bei, jedoch wurden die in der Kritik identifizierten Schwächen sowie Zweideutigkeiten überarbeitet und entsprechend geändert. Der Vorsitzende bildete Unterkommissionen mit jeweils einem Vorsitzenden und verschiedenen Mitgliedern. Jeder Teil wurde von den Mitgliedern der entsprechenden Unterkommissionen geschrieben und anschließend von der gesamten Gruppe beurteilt und ratifiziert. Die Mitglieder sind im Folgenden aufgeführt.

Die MDS-UPDRS besteht aus vier Teilen: Teil I (Erfahrungen des täglichen Lebens - nicht-motorische Aspekte), Teil II (Erfahrungen des täglichen Lebens – motorische Aspekte), Teil III (motorische Untersuchung) und Teil IV (motorische Komplikationen). Teil I besteht aus zwei Komponenten: IA bezieht sich auf verschiedene Verhaltensauffälligkeiten, die durch den Untersucher mit den insgesamt zur Verfügung stehenden Informationen des Patienten und der Betreuungsperson evaluiert werden sollen. IB soll vom Patienten mit oder ohne Unterstützung der Betreuungsperson, jedoch unabhängig von dem Untersucher, ausgefüllt werden. Dieser Teil kann allerdings von dem Untersucher überprüft werden, um eine klare und eindeutige Beantwortung der Fragen sicherzustellen. Auch bei eventuellen Unklarheiten kann der Untersucher helfen, diese zu erklären. Teil II ist wie Teil IB als Selbstbefragungsbogen konzipiert, doch auch Teil II kann von dem Untersucher auf Vollständigkeit und Fehlerfreiheit hin überprüft werden. Wichtig ist noch, dass die offiziellen Versionen von Teil 1A, Teil 1B und Teil 2 des MDS-UPDRS keine getrennten Bewertungen der ON- oder OFF-Phasen vorsehen. Für bestimmte Programme oder Studienprotokolle können dieselben Fragen jedoch unabhängig voneinander für ON- und OFF-Bewertungen verwendet werden. Teil III enthält Instruktionen für den Untersucher, die dem Patienten vorgelesen oder direkt demonstriert werden; dieser Teil wird durch den Untersucher ausgefüllt. Teil IV enthält Instruktionen für den Untersucher und ebenfalls Instruktionen, die dem Patienten vorgelesen werden müssen. Dieser Teil verbindet patientenbezogene Informationen mit den klinischen Beobachtungen und Einschätzungen des Untersuchers und wird daher auch durch diesen ausgefüllt.

Die Autoren dieser neuen Version sind:

Vorsitz: Christopher G. Goetz
Teil I: Werner Poewe (Vorsitz), Bruno Dubois, Anette Schrag
Teil II: Matthew B. Stern (Vorsitz), Anthony E. Lang, Peter A. LeWitt
Teil III: Stanley Fahn (Vorsitz), Joseph Jankovic, C. Warren Olanow
Teil IV: Pablo Martinez-Martin (Vorsitz), Andrew Lees, Olivier Rascol, Bob van Hilten
Development Standards: Glenn T. Stebbins (Vorsitz), Robert Holloway, David Nyenhuis
Appendices: Cristina Sampaio (Vorsitz), Richard Dodel, Jaime Kulisevsky
Statistische Betreuung: Barbara Tilley (Vorsitz), Sue Leurgans, Jean Teresi
Beratung: Stephanie Shaftman, Nancy LaPelle

Ansprechpartner: Christopher G. Goetz, MD
Rush University Medical Center
1725 W. Harrison Street, Suite 755
Chicago, IL USA 60612

Telefon: 312-942-8016
E-mail: cgoetz@rush.edu

1. Juli 2008

Teil I: Erfahrungen des täglichen Lebens - nicht-motorische Aspekte (nM-EDL)

Überblick: Dieser Teil der Skala bewertet den Einfluss von nicht-motorischen Störungen der Parkinson-Krankheit auf die Erfahrungen der Patienten im täglichen Leben. Hier sind 13 Fragen zu beantworten. Teil 1A wird von dem Untersucher ausgeführt (sechs Fragen) und setzt den Schwerpunkt auf komplexe Verhaltensweisen. Teil 1B ist ein Bestandteil des Selbstbefragungsbogen des Patienten, der sieben Fragen zu den Erfahrungen von nicht-motorischen Störungen im täglichen Leben abdeckt.

Teil 1A:
Für den Teil 1A sollte der Untersucher folgende Empfehlungen befolgen:

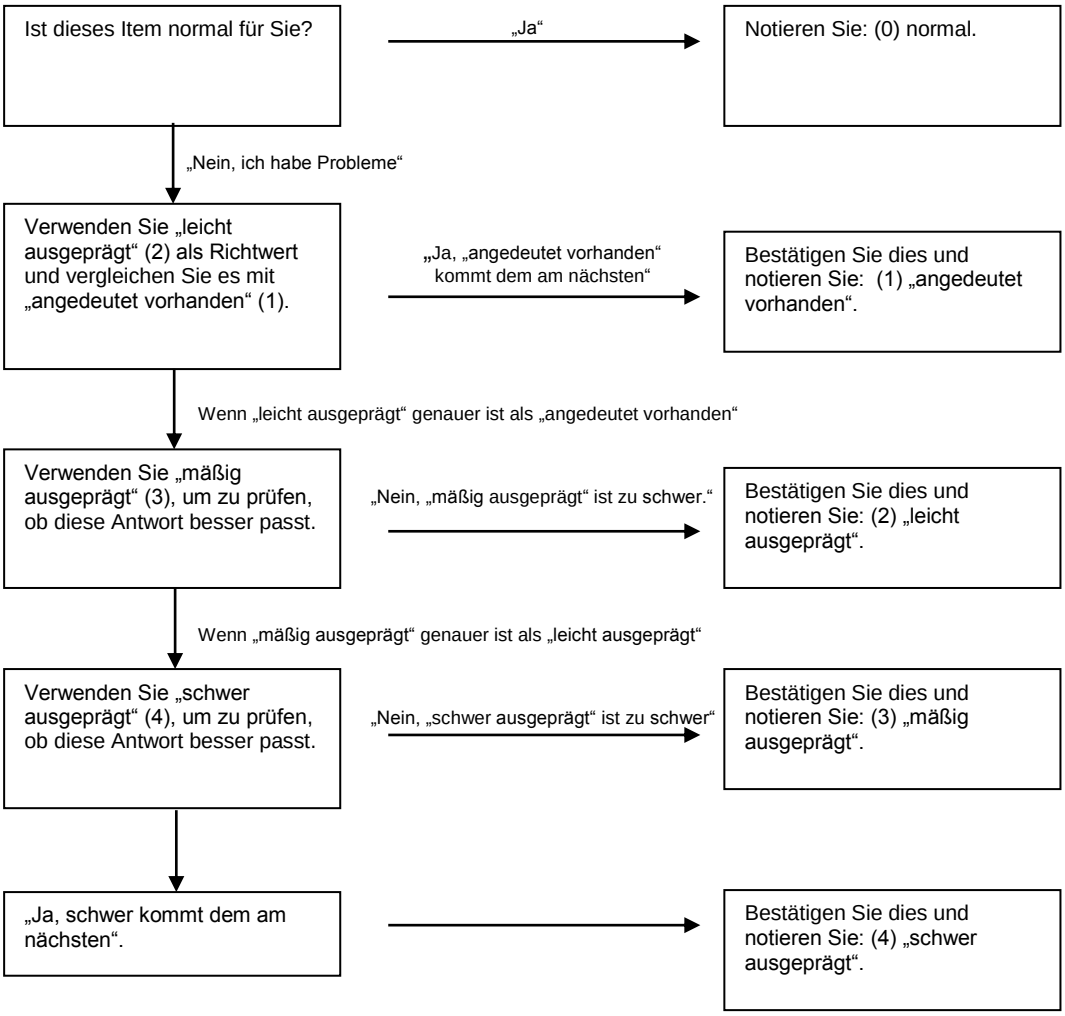
1. Benennen Sie bitte oben auf dem Formular die primäre Informationsquelle; handelt es sich um den Patienten, die Betreuungsperson oder den Patienten und die Betreuungsperson zu gleichen Anteilen.
2. Die Antwort zu jedem Item sollte sich auf einen Zeitraum beziehen, der die vorherige Woche einschliesslich desjenigen Tages enthält, an dem die Informationen erhoben werden.
3. Für alle Items muss eine ganze Zahl angeben werden (keine halben Punkte, keine fehlenden Werte). Im Falle, dass ein Item nicht zutrifft oder nicht angegeben werden kann (z. B. ein Bein-amputierter Patient, der nicht gehen kann), wird das Item mit UR für „nicht zu bewerten“ („*u*nable to *r*ate“) gekennzeichnet.
4. Die Antworten sollten den üblichen Grad der Funktionsfähigkeit widerspiegeln und Wörter wie „gewöhnlich“, „generell“, „meistens“ können im Gespräch mit den Patienten verwendet werden.
5. Jede Frage beginnt mit einem Text, den Sie vorlesen müssen (Anleitung für den Patienten/die Betreuungsperson). Nach dieser Anweisung können Sie basierend auf den Zielsymptomen, die in den Instruktionen für den Untersucher angegeben sind, dies noch weiter ausführen und entsprechend explorieren. Sie sollten die BEWERTUNGS-OPTIONEN NICHT DEM PATIENTEN/DER BETREUUNGSPERSON VORLESEN, da diese in medizinischer Fachsprache formuliert wurden. Unter Zuhilfenahme des Interviews und Ihrer weitergehenden Prüfung werden Sie Ihren medizinischen Sachverstand einsetzen, um die bestmögliche Antwort zu finden.
6. Patienten können an weiteren Erkrankungen oder anderen medizinischen Beschwerden leiden, die alle die Funktionsfähigkeit beeinträchtigen können. Sie und der Patient müssen das Problem so bewerten, wie es gegenwärtig beim Patienten bestehen vorliegt; Sie sollten nicht versuchen, Symptome und Befunde, die im Rahmen der Parkinson-Krankheit auftreten, von nicht durch die Parkinson-Krankheit hervorgerufenen Beschwerden, zu unterscheiden.

BEISPIEL FÜR DIE ERHEBUNG DER ANTWORTOPTIONEN FÜR TEIL 1 A:

Vorgeschlagene Strategien, um die bestmögliche Antwort zu erzielen:
Nachdem Sie die Instruktionen dem Patienten vorgelesen haben, müssen Sie den gesamten in Frage kommenden Bereich explorieren, um zu entscheiden, ob dies als normal bzw. problematisch zu bewerten ist: Wenn ihre Fragen kein Problem in diesem Bereich identifiziert, notieren Sie eine „0“ und gehen dann bitte zu der nächsten Frage.

Wenn Ihre Fragen ein Problem in diesem Bereich identifizieren, sollten Sie danach einen mittleren Bezugsanker verwenden (Option 2 oder leicht ausgeprägt), um herauszufinden, ob die Funktionsfähigkeit des Patienten diesem Niveau entspricht, oder besser oder schlechter ist. Lesen Sie die Antwortoptionen dem Patienten nicht vor, da die Antworten medizinische Fachbegriffe verwenden. Stellen Sie ausreichend exploratorische Fragen, um die Antwort zu bestimmen, die dann kodiert werden sollte.

Bearbeiten Sie mit dem Patienten die verschiedenen Antwortoptionen, um die bestmögliche Antwort zu bestimmen. Abschließen sollten Sie die Erhebung, indem Sie die Antwortoptionen über und unter der ausgewählten Antwort nochmals ausschließen.


Ist dieses Item normal für Sie?
„Ja“
Notieren Sie: (0) normal.
„Nein, ich habe Probleme“
Verwenden Sie „leicht ausgeprägt“ (2) als Richtwert und vergleichen Sie es mit „angedeutet vorhanden“ (1).
„Ja, „angedeutet vorhanden“ kommt dem am nächsten“
Bestätigen Sie dies und notieren Sie: (1) „angedeutet vorhanden“.
Wenn „leicht ausgeprägt“ genauer ist als „angedeutet vorhanden“
Verwenden Sie „mäßig ausgeprägt“ (3), um zu prüfen, ob diese Antwort besser passt.
„Nein, „mäßig ausgeprägt“ ist zu schwer.“
Bestätigen Sie dies und notieren Sie: (2) „leicht ausgeprägt“.
Wenn „mäßig ausgeprägt“ genauer ist als „leicht ausgeprägt“
Verwenden Sie „schwer ausgeprägt“ (4), um zu prüfen, ob diese Antwort besser passt.
„Nein, „schwer ausgeprägt“ ist zu schwer“
Bestätigen Sie dies und notieren Sie: (3) „mäßig ausgeprägt“.
„Ja, schwer kommt dem am nächsten“.
Bestätigen Sie dies und notieren Sie: (4) „schwer ausgeprägt“.

MDS UPDRS

Teil I: Erfahrungen des täglichen Lebens - nicht-motorische Aspekte (nM-EDL) -

Teil 1A: Komplexes Verhalten (vom Untersucher auszufüllen)

Primäre Informationsquelle:

☐ Patient ☐ Betreuungsperson ☐ Patient und Betreuungsperson zu gleichen Anteilen

Folgendes ist dem Patienten vorzulesen: „Ich werde Ihnen nun sechs Fragen zu Ihrem Verhalten stellen, die auf Sie zutreffen oder auch nicht zutreffen können. Einige Fragen beziehen sich auf alltägliche Schwierigkeiten und andere Fragen auf eher ungewöhnliche. Wenn Sie Schwierigkeiten in einem der genannten Bereiche haben, wählen Sie bitte die am besten auf Sie zutreffende Antwort, die beschreibt, wie Sie sich DIE MEISTE ZEIT innerhalb der LETZTEN WOCHE gefühlt haben. Wenn Sie keine Schwierigkeiten haben, antworten Sie einfach mit NEIN. Ich versuche ausführlich und genau zu sein, deshalb können auch Fragen vorkommen, die nicht auf Sie zutreffen."

1.1 KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG

Instruktionen für den Untersucher: Beurteilen Sie alle Arten von Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit einschließlich kognitiver Verlangsamung, Störungen des logischen Denkens, Gedächtniseinbußen, Defizite in der Aufmerksamkeit und der Orientierung. Beurteilen Sie deren Einfluss auf die Aktivitäten des täglichen Lebens, wie sie vom Patienten selbst und/oder der Betreuungsperson wahrgenommen werden.

Instruktionen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: Haben Sie im Verlauf der letzen Woche Schwierigkeiten gehabt, sich an Dinge zu erinnern, Gesprächen zu folgen, aufmerksam zu bleiben, klare Gedanken zu fassen oder sich zu Hause oder außerhalb des Hauses zurecht zu finden? [Wenn dies mit ja beantwortet wird, dann sollte der Untersucher den Patienten oder die Betreuungsperson bitten, dies weiter auszuführen und der Untersucher wird nach weiteren Angaben explorieren]

0:	normal:	Keine kognitive Beeinträchtigung.
1:	angedeutet vorhanden:	Eine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit wird vom Patienten oder der Betreuungsperson wahrgenommen. Diese interferiert jedoch nicht mit der Fähigkeit des Patienten, normale Aktivitäten und soziale Interaktionen zu verrichten.
2:	leicht ausgeprägt:	Klinisch nachweisbare kognitive Dysfunktion. Diese interferiert jedoch nur gering mit der Fähigkeit des Patienten, normale Aktivitäten oder soziale Interaktionen zu verrichten. .
3:	mäßig ausgeprägt:	Kognitive Defizite interferieren mit der Fähigkeit des Patienten, normale Aktivitäten und soziale Interaktionen zu verrichten, ohne ihn vollständig daran zu hindern.
4:	schwer ausgeprägt:	Kognitive Dysfunktion verhindert normale Alltagsaktivitäten und soziale Interaktionen des Patienten zu verrichten.

1.2 HALLUZINATIONEN UND PSYCHOSE

Instruktionen für den Untersucher: Bitte sowohl Illusionen (Fehlinterpretation von realen Stimuli) als auch Halluzinationen (spontane falsche Sinneseindrücke) einbeziehen. Alle sensorischen Domänen (Sehen, Hören, Fühlen, Riechen und Schmecken) werden berücksichtigt. Bestimmen Sie das Vorhandensein ungeformter (zum Beispiel Präsenzerlebnisse oder flüchtige, falsche Eindrücken) und geformter (voll entwickelt und detaillierte) Sinneseindrücke. Beurteilen Sie die Einsichtsfähigkeit des Patienten in die Halluzinationen und identifizieren Sie Wahnvorstellungen sowie psychotisches Denken.

Instruktionen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: Haben Sie im Verlauf der letzten Woche Dinge gesehen, gehört, geschmeckt, gerochen oder gefühlt, die nicht wirklich vorhanden waren? [Wenn dies mit ja beantwortet wird, dann sollte der Untersucher den Patienten oder die Betreuungsperson bitten, dies weiter auszuführen und der Untersucher wird nach weiteren Angaben explorieren].

0:	normal:	Keine Halluzinationen oder psychotisches Verhalten.
1:	angedeutet vorhanden:	Illusionen oder ungeformte Halluzinationen. Der Patient erkennt dies jedoch ohne Verlust der Einsichtsfähigkeit.
2:	leicht ausgeprägt:	Geformte Halluzinationen unabhängig von Stimuli der Umgebung. Kein Verlust der Einsichtsfähigkeit.
3:	mäßig ausgeprägt:	Geformte Halluzinationen einhergehend mit Verlust der Einsichtsfähigkeit.
4:	schwer ausgeprägt:	Patient hat Wahnvorstellungen oder paranoide Ideen.

1.3. DEPRESSIVE VERSTIMMUNG

Instruktionen für den Untersucher: Gedrückte Stimmung, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühle der Leere oder der Verlust von Freude werden beurteilt. Bestimmen Sie das Auftreten und die Dauer innerhalb der letzten Woche und beurteilen Sie, ob diese mit der Fähigkeiten des Patienten interferieren, seine tägliche Routine zu verrichten oder sich in sozialen Interaktionen zu betätigen.

Instruktionen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: War ihre Stimmung im Verlauf der letzten Woche gedrückt, waren Sie traurig, fühlten Sie sich hoffnungslos oder waren Sie nicht in der Lage, sich an Dingen zu erfreuen? Wenn ja, dauerte diese Empfindung einmal länger als einen Tag an? Behinderte Sie dies in der Ausübung Ihrer alltäglichen Aktivitäten oder im Umgang mit anderen Menschen? [Wenn dies mit ja beantwortet wird, dann sollte der Untersucher den Patienten oder die Betreuungsperson bitten, dies weiter auszuführen und der Untersucher wird nach weiteren Angaben explorieren].

0:	normal:	Keine depressive Stimmung.
1:	angedeutet vorhanden:	Episoden einer depressiven Stimmung, die jeweils nicht länger als einen Tag andauern Keine Beeinträchtigung der Fähigkeiten des Patienten, normale Aktivitäten und soziale Interaktionen zu verrichten.
2:	leicht ausgeprägt:	Depressive Stimmung, über mehrere Tage andauernd, aber ohne Beeinträchtigung der normalen Aktivitäten oder sozialen Interaktionen.
3:	mäßig ausgeprägt:	Depressive Stimmung interferiert mit der Fähigkeit des Patienten, normale Aktivitäten oder soziale Interaktionen zu verrichten, ohne ihn vollständig daran zu hindern.
4:	schwer ausgeprägt:	Depressive Stimmung verhindert normale Alltagsaktivitäten und soziale Interaktionen des Patienten zu verrichten.

1.4. ÄNGSTLICHE VERSTIMMUNG

Instruktionen für den Untersucher: Bestimmen Sie das Auftreten von Nervosität, Anspannung, Besorgnis oder Angstgefühlen (einschließlich Panikattacken) innerhalb der letzten Woche und beurteilen Sie deren Dauer und, ob diese mit der Fähigkeiten des Patienten interferieren, seine tägliche Routine zu verrichten oder sich in sozialen Interaktionen zu betätigen.

Instruktionen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: Haben Sie sich im Verlauf der letzten Woche nervös, besorgt oder angespannt gefühlt? Wenn ja, dauerte das Gefühl länger als einen Tag an? Behinderte Sie dies in der Ausübung Ihrer alltäglichen Aktivitäten oder im Umgang mit anderen Menschen? [Wenn dies mit ja beantwortet wird, dann sollte der Untersucher den Patienten oder die Betreuungsperson bitten, dies weiter auszuführen und der Untersucher wird nach weiteren Angaben explorieren].

0:	normal:	Keine Angstgefühle.
1:	angedeutet vorhanden:	Angstgefühle vorhanden, die jeweils nicht länger als einen Tag andauern. Keine Beeinträchtigung der Fähigkeiten des Patienten, normale Aktivitäten und soziale Interaktionen zu verrichten.
2:	leicht ausgeprägt:	Angstgefühle jeweils über mehr als einen Tag andauernd, aber ohne Beeinträchtigung der normalen Aktivitäten oder sozialen Interaktionen.
3:	mäßig ausgeprägt:	Angstgefühle interferieren mit der Fähigkeit des Patienten, normale Aktivitäten oder soziale Interaktionen zu verrichten, ohne ihn vollständig daran zu hindern. .
4:	schwer ausgeprägt:	Angstgefühle verhindern normale Alltagsaktivitäten und soziale Interaktionen des Patienten zu verrichten.

1.5 APATHIE

Instruktionen für den Untersucher: Bestimmen Sie den Grad der spontanen Aktivität, Bestimmtheit, Motivation und Initiative und beurteilen Sie den Einfluss eines reduzierter Niveaus auf die täglichen Routine- und sozialen Interaktionen. Hierbei sollte der Untersucher versuchen, zwischen Apathie und ähnlichen Symptomen, die am besten durch eine Depression erklärt werden können, zu unterscheiden.

Instruktionen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: Haben Sie sich im Verlauf der letzten Woche unentschlossen gefühlt, etwas zu unternehmen oder unter Menschen zu sein? [Wenn dies mit ja beantwortet wird, dann sollte der Untersucher den Patienten oder die Betreuungsperson bitten, dies weiter auszuführen und der Untersucher wird nach weiteren Angaben explorieren].

0:	normal:	Keine Apathie.
1:	angedeutet vorhanden:	Apathie wird vom Patienten oder der Betreuungsperson wahrgenommen. Keine Beeinträchtigung normaler Aktivitäten und sozialer Interaktionen zu verrichten.
2:	leicht ausgeprägt:	Apathie beeinträchtigt einzelne Aktivitäten und soziale Interaktionen.
3:	mäßig ausgeprägt:	Apathie beeinträchtigt die meisten Aktivitäten und sozialen Interaktionen.
4:	schwer ausgeprägt:	Patient ist passiv und zurückgezogen, vollständiger Verlust der Eigeninitiative.

1.6 MERKMALE EINES DOPAMIN-DYSREGULATIONSSYNDROMS

Instruktionen für den Untersucher: Bestimmen Sie die Beteiligung in verschiedene Aktivitäten, einschließlich pathologischem oder exzessivem Glückspiel (z.B. in Kasinos oder Lotterien), atypischen oder übermäßigen Geschlechtstrieb oder sexuelle Interessen (z.B. ungewöhnliches Interesse an Pornografie, Masturbation, sexuelle Wünsche an den Partner), andere repetitive Aktivitäten (z.B. Hobbies, Objekte abzubauen, zu sortieren oder zu ordnen) oder die Einnahme zusätzlicher, nicht verordneter Medikamente aus nicht-medizinischen Gründen (d.h. aufgrund eines Suchtverhaltens). Beurteilen Sie den Einfluss dieser abnormalen Aktivitäten/Verhaltensweisen auf das persönliche Leben des Patienten und seiner Familie sowie auf seine sozialen Kontakte (einschließlich der Notwendigkeit, sich Geld zu leihen oder andere finanzielle Schwierigkeiten, wie beispielsweise Entzug der Kreditkarten, größere familiäre Konflikte, Abwesenheit vom Arbeitsplatz oder verpasste Mahlzeiten oder Schlafmangel aufgrund dieser Aktivitäten).

Instruktionen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: Haben Sie im Verlauf der letzten Woche, einen ungewöhnlich starken Impuls oder Drang verspürt, der schwer zu kontrollieren war? Fühlen Sie sich dazu getrieben, bestimmte Dinge zu tun oder treten Gedanken auf, die Sie schwer beenden können? [Geben Sie dem Patienten Beispiele wie Glücksspielen, Waschzwang, Computergebrauch, zusätzliche Medikamenteneinnahme, Besessenheit in Bezug auf Essen oder Sex, alles in Abhängigkeit von dem Patienten].

0:	normal:	Keine Probleme vorhanden.
1:	angedeutet vorhanden:	Probleme sind vorhanden, erzeugen aber normalerweise keine Schwierigkeiten für den Patienten oder die Betreuungsperson.
2:	leicht ausgeprägt:	Probleme sind vorhanden und verursachen wenige Schwierigkeiten im persönlichen Leben des Patienten und in seinem familiären Leben.
3:	mäßig ausgeprägt:	Probleme sind vorhanden und verursachen gewöhnlich viele Probleme im persönlichen Leben des Patienten und in seinem Familienleben.
4:	schwer ausgeprägt:	Probleme sind vorhanden und machen unmöglich, dass der Patient normale Alltagsaktivitäten oder soziale Interaktionen verrichtet oder die bisherigen Standards im persönlichen oder familiären Leben aufrecht erhält.

Die weiteren Fragen in Teil I (nicht-motorische Erfahrungen des täglichen Lebens) [Schlaf, Tagesschläfrigkeit, Schmerz und andere Empfindungen, Blasenstörungen, Probleme mit Verstopfung, Schwindelgefühl beim Stehen und Müdigkeit] finden sich im **Patienten-Fragebogen** zusammen mit allen Fragen in Teil II (motorische Erfahrungen des täglichen Lebens).

PATIENTEN-FRAGEBOGEN:

Anleitung:

In diesem Fragebogen bitten wir Sie, Auskunft über ihre Erfahrungen im täglichen Leben zu geben.

Dieser Fragebogen enthält insgesamt 20 Fragen. Wir versuchen ausführlich und genau zu sein, deshalb können auch Fragen vorkommen, die weder jetzt noch in Zukunft auf Sie zutreffen werden.“ Wenn Sie das in der Frage angesprochene Problem nicht haben, dann kreuzen Sie bitte eine „0“ für NEIN an.

Bitte lesen Sie jede einzelne Frage sorgfältig durch. Lesen Sie bitte auch alle Antwortmöglichkeiten aufmerksam durch, bevor Sie diejenige auswählen, die am besten auf Sie zutrifft.

Wir möchten Ihren durchschnittlichen bzw. üblichen Zustand in der letzten Woche einschließlich heute erfahren. Einige Patienten können Aufgaben zu bestimmten Tageszeiten besser bewältigen als zu anderen Zeitpunkten. Bitte beschränken Sie sich trotzdem immer auf eine einzige mögliche Antwort. Sie sollten diejenige Antwort auswählen, die am besten beschreibt, was Sie in der überwiegenden Zeit des Tages verrichten können.

Eventuell haben Sie neben Ihrer Parkinson-Erkrankung noch andere gesundheitliche Probleme. Bitte machen Sie sich keine Mühe, bei den verschiedenen Problemen zu unterscheiden, ob sie durch die Parkinson-Erkrankung oder andere Erkrankungen verursacht werden. Wählen Sie einfach die am besten zutreffende Antwort.

Wählen Sie bitte ausschließlich 0, 1, 2, 3, 4 als Antwort. Bitte lassen Sie keine Frage unbeantwortet.

Ihr Arzt oder Ihre Krankenschwester kann die Fragen gemeinsam mit Ihnen durchsehen. Dieser Fragebogen sollte jedoch von dem Patienten entweder alleine oder gemeinsam mit der Betreuungsperson ausgefüllt werden.

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt (bitte kreuzen die entsprechende Antwort an)?

☐ Sie als Patient ☐ Eine Betreuungsperson ☐ Sie und eine Betreuungsperson gemeinsam

Teil I: Erfahrungen des täglichen Lebens (nM-EDL) – nicht-motorische Aspekte

1.7 SCHLAFSTÖRUNGEN

Hatten Sie in der vergangenen Woche Probleme, nachts einzuschlafen oder durchzuschlafen? Überlegen Sie, wie erholt Sie sich morgens nach dem Aufwachen gefühlt haben.

0:	normal:	Keine Probleme.
1:	angedeutet vorhanden:	Schlafprobleme sind vorhanden, erzeugen aber in der Regel keine Probleme, die Nacht durchzuschlafen.
2:	leicht ausgeprägt:	Schlafprobleme führen meist zu gewissen Schwierigkeiten, die Nacht durchzuschlafen.
3:	mäßig ausgeprägt:	Schlafprobleme führen zu erheblichen Schwierigkeiten, die Nacht durchzuschlafen. Ich kann aber dennoch in der Regel für mehr als die Hälfte der Nacht schlafen.
4:	schwer ausgeprägt:	Den Großteil der Nacht schlafe ich nicht.

1.8 Tagesschläfrigkeit

Hatten Sie in der vergangenen Woche Probleme damit, tagsüber wach zu bleiben?

0:	normal:	Keine Tagesschläfrigkeit.
1:	angedeutet vorhanden:	Tagesschläfrigkeit kommt vor, aber ich schaffe es, wach zu bleiben.
2:	leicht ausgeprägt:	Ich schlafe manchmal ein, wenn ich alleine bin und mich entspanne, zum Beispiel beim Lesen oder Fernsehen.
3:	mäßig ausgeprägt:	Ich schlafe manchmal zu unpassenden Zeitpunkten ein, zum Beispiel bei Mahlzeiten oder im Gespräch mit anderen Personen.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich schlafe oft zu unpassenden Zeitpunkten ein, zum Beispiel bei Mahlzeiten oder im Gespräch mit anderen Menschen.

1.9 SCHMERZ UND ANDERE EMPFINDUNGEN

Hatten Sie in der vergangenen Woche unangenehme Körperempfindungen, wie Schmerzen, dumpfes Ziehen, ein kribbelndes Gefühl oder Krämpfe?

0:	normal:	Keine unangenehmen Empfindungen.
1:	angedeutet vorhanden:	Ich habe diese Empfindungen, aber ich kann ohne Schwierigkeiten meine Tätigkeiten erledigen und mit anderen Personen zusammen sein.
2:	leicht ausgeprägt:	Diese Empfindungen bereiten mir gewisse Probleme, wenn ich meine Tätigkeiten erledige oder mit anderen Menschen zusammen bin.
3:	mäßig ausgeprägt:	Diese Empfindungen verursachen erhebliche Probleme, halten mich aber nicht davon ab, meine Tätigkeiten zu erledigen oder mit anderen Menschen zusammen zu sein.
4:	schwer ausgeprägt:	Diese Empfindungen halten mich davon ab, meine Tätigkeiten zu erledigen oder mit anderen Menschen zusammen zu sein.

1.10 BLASENSTÖRUNGEN

Hatten Sie in den vergangenen Wochen Probleme mit der Harnkontrolle (z.B. starken Harndrang, zu häufigen Harndrang oder unwillkürlichen Harnverlust).

0:	normal:	Keine Probleme bei der Kontrolle des Wasserlassens.
1:	angedeutet vorhanden:	Ich muss oft oder dringend Wasser lassen. Diese Probleme erzeugen aber keine Schwierigkeiten bei meinen täglichen Aktivitäten.
2:	leicht ausgeprägt:	Die Blasenstörungen erzeugen gewisse Schwierigkeiten in meinen täglichen Aktivitäten. Ich habe aber keinen unwillkürlichen Harnverlust.
3:	mäßig ausgeprägt:	Die Blasenstörungen verursachen erhebliche Schwierigkeiten in meinen täglichen Aktivitäten, es kommt auch zum unwillkürlichen Harnverlust.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich habe keine Kontrolle über meine Blase und benötige Einlagen oder trage einen Blasenkatheter.

1.11 VERSTOPFUNGSPROBLEME

Litten Sie in der vergangenen Woche unter Verstopfung und hatten daher Schwierigkeiten mit dem Stuhlgang?

0:	normal:	Keine Verstopfung.
1:	angedeutet vorhanden:	Ich leide unter Verstopfung, der Stuhlgang erfordert besondere Anstrengungen. Dieses Problem beeinträchtigt mich aber nicht bei meinen Aktivitäten oder mein Wohlbefinden.
2:	leicht ausgeprägt:	Die Verstopfung erzeugt gewisse Beschwerden, meine Tätigkeiten zu erledigen oder bezüglich meines Wohlbefindens.
3:	mäßig ausgeprägt:	Die Verstopfung erzeugt erhebliche Beschwerden, meine Tätigkeiten zu erledigen oder bezüglich meines Wohlbefindens. Insgesamt verhindert sie jedoch nicht, meine Tätigkeiten erledigen.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich benötige meist fremde physische Hilfe bei meinem Stuhlgang.

1.12. SCHWINDELGEFÜHL IM STEHEN

Haben Sie sich in der vergangenen Woche kraftlos, benommen oder schwindelig gefühlt, nachdem Sie aus einer liegenden oder sitzenden Position aufgestanden sind?

0:	normal:	Keine Benommenheit oder Schwindelgefühle.
1:	angedeutet vorhanden:	Benommenheit oder Schwindelgefühle treten auf, sie beeinträchtigen mich aber nicht bei meinen Tätigkeiten.
2:	leicht ausgeprägt:	Bei Benommenheit oder Schwindelgefühlen muss ich mich manchmal abstützen, ich muss mich aber nicht setzen oder hinlegen.
3:	mäßig ausgeprägt:	Bei Benommenheit oder Schwindelgefühlen muss ich mich setzen oder hinlegen, um einer Ohnmacht oder Stürzen vorzubeugen.
4:	schwer ausgeprägt:	Benommenheit oder Schwindelgefühle führen zu Ohnmacht oder Stürzen.

1.13 Mattigkeit

Haben Sie sich in der vergangenen Woche meist matt gefühlt? Bitte beziehen Sie sich hier nur auf die Mattigkeit, nicht aber wenn dies im Rahmen von Schläfrigkeit oder Traurigkeit auftritt.

0:	normal:	Keine Mattigkeit empfunden.
1:	angedeutet vorhanden:	Die Mattigkeit besteht, diese verursacht aber keine Beschwerden, meine Tätigkeiten zu erledigen oder mit anderen Menschen zusammen sein.
2:	leicht ausgeprägt:	Die Mattigkeit verursacht gewisse Beschwerden, meine Tätigkeiten zu erledigen oder mit anderen Menschen zusammen sein.
3:	mäßig ausgeprägt:	Die Mattigkeit verursacht erhebliche Beschwerden, meine Tätigkeiten zu erledigen oder mit anderen Menschen zusammen zu sein. Insgesamt verhindert sie jedoch nicht, meine Tätigkeiten erledigen.
4:	schwer ausgeprägt:	Die Mattigkeit verhindert es, meine Tätigkeiten zu erledigen oder mit anderen Menschen zusammen zu sein.

Teil II: Motorische Aspekte bei Erfahrungen des täglichen Lebens (M-EDL)

2.1 SPRECHEN

Hatten Sie in der vergangenen Woche Probleme mit dem Sprechen?

0:	normal:	Überhaupt nicht (Keine Probleme).
1:	angedeutet vorhanden:	Meine Sprache ist leise, undeutlich oder ungleichmäßig, andere Personen müssen mich jedoch nicht um eine Wiederholung bitten.
2:	leicht ausgeprägt:	Meine Sprache veranlasst andere Personen, mich gelegentlich, aber nicht täglich, um eine Wiederholung zu bitten.
3:	mäßig ausgeprägt:	Meine Sprache ist so unverständlich, dass andere Personen mich jeden Tag bitten müssen, das Gesagte noch einmal zu wiederholen, obwohl das meiste verstanden wird.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich spreche meistens bzw. immer so undeutlich, dass ich nicht verstanden werde.

2.2. SPEICHEL UND VERMEHRTER SPEICHELFLUSS

Hatten Sie in der vergangenen Woche meist zuviel Speichelfluss während Sie wach waren oder beim Schlafen?

0:	normal:	Überhaupt nicht (Keine Probleme).
1:	angedeutet vorhanden:	Ich habe zuviel Speichel, aber der Speichel fließt nicht aus dem Mund.
2:	leicht ausgeprägt:	Der Speichel fließt manchmal während des Schlafens aus dem Mund, aber nicht während ich wach bin.
3:	mäßig ausgeprägt:	Der Speichel fließt manchmal während ich wach bin aus dem Mund, aber ich benötige üblicherweise kein Taschentuch.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich verliere soviel Speichel, dass ich regelmäßig ein Tuch oder Taschentuch benutze, um meine Kleidung zu schützen.

2.3 KAUEN UND SCHLUCKEN

Hatten Sie in der vergangenen Woche regelmäßig Probleme beim Schlucken von Tabletten oder beim Essen Ihrer Mahlzeiten? Müssen Sie Ihre Tabletten teilen oder zerstoßen oder Ihre Mahlzeiten zerkleinern oder zerdrücken, um ein Verschlucken zu vermeiden?

0:	normal:	Keine Probleme.
1:	angedeutet vorhanden:	Ich bin mir bewusst, dass ich langsam kaue und mich beim Schlucken anstrengen muss, aber ich verschlucke mich nicht und muss mir meine Mahlzeiten nicht besonders vorbereiten lassen.
2:	leicht ausgeprägt:	Ich muss meine Tabletten zerkleinern und meine Mahlzeiten besonders zubereiten lassen, da ich mit dem Schlucken und Kauen Probleme habe, aber ich habe mich während der vergangenen Woche nicht verschluckt.
3:	mäßig ausgeprägt:	Ich habe mich mindestens einmal in der vergangenen Woche verschluckt.
4:	schwer ausgeprägt:	Aufgrund der Kau- und Schluckprobleme benötige ich eine Magensonde.

2.4 ESSEN

Hatten Sie in der letzten Woche häufig Schwierigkeiten mit der Einnahme Ihrer Mahlzeiten oder mit dem Gebrauch Ihres Bestecks? Haben Sie zum Beispiel Schwierigkeiten beim Umgang mit Fingerfood oder im Gebrauch von Gabel, Messer, Löffel oder Stäbchen?

0:	normal:	Überhaupt nicht (Keine Probleme).
1:	angedeutet vorhanden:	Ich bin langsam, aber ich esse selbstständig ohne Hilfe und verschütte nichts beim Essen.
2:	leicht ausgeprägt:	Ich bin langsam beim Essen und verschütte gelegentlich etwas. Bei manchen Dingen, wie zum Beispiel dem Schneiden von Fleisch, benötige ich Hilfe.
3:	mäßig ausgeprägt:	Ich benötige in vielen Bereichen der Essensaufnahme Hilfe, kann jedoch Einiges noch alleine machen.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich benötige Hilfe in den meisten oder allen Bereichen der Essensaufnahme.

2.5 ANKLEIDEN

Hatten Sie in der letzten Woche häufig Probleme beim Ankleiden? Waren Sie zum Beispiel langsam oder benötigten Sie Hilfe beim Knöpfen, bei Reißverschlüssen, beim An- und Ausziehen Ihrer Kleidung oder Ihres Schmucks?

0:	normal:	Überhaupt nicht (Keine Probleme).
1:	angedeutet vorhanden:	Ich bin langsam, ich benötige jedoch keine Hilfe.
2:	leicht ausgeprägt:	Ich bin langsam und benötige bei manchen Tätigkeiten Hilfe (Knöpfen, Armbändern).
3:	mäßig ausgeprägt:	Ich benötige in vielen Bereichen des An- und Auskleidens Hilfe.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich benötige in den meisten oder allen Bereichen des An- und Auskleidens Hilfe.

2.6 KÖRPERPFLEGE

Waren Sie in der vergangenen Woche bei der Körperpflege langsam oder benötigten Sie Hilfe beim Waschen, Baden, Rasieren, Zähneputzen, Kämmen Ihrer Haare oder anderen Verrichtungen der Körperpflege?

0:	normal:	Überhaupt nicht (Keine Probleme).
1:	angedeutet vorhanden:	Ich bin langsam, aber ich benötige keine Hilfe.
2:	leicht ausgeprägt:	Ich benötige eine andere Person, die mir bei verschiedenen Aspekten der Körperpflege hilft.
3:	mäßig ausgeprägt:	Ich benötige bei vielen Aspekten der Körperpflege Hilfe.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich brauche für die meisten oder alle Verrichtungen der Körperpflege Hilfe.

2.7 HANDSCHRIFT

Hatten andere Personen im Verlauf der letzten Woche häufig Schwierigkeiten beim Lesen Ihrer Handschrift?

0:	normal:	Überhaupt nicht (Keine Probleme).
1:	angedeutet vorhanden:	Ich schreibe langsam, schwerfällig oder ungleichmäßig, aber alle Wörter sind lesbar.
2:	leicht ausgeprägt:	Einige Wörter sind unklar und schwierig zu lesen.
3:	mäßig ausgeprägt:	Viele Wörter sind unklar und schwierig zu lesen.
4:	schwer ausgeprägt:	Die meisten oder alle Wörter sind unleserlich.

2.8 HOBBIES UND ANDERE AKTIVITÄTEN

Hatten Sie in der vergangenen Woche Probleme beim Ausüben Ihrer Hobbies oder sonstigen Tätigkeiten, die Sie gerne tun?

0:	normal:	Überhaupt nicht (Keine Probleme).
1:	angedeutet vorhanden:	Ich bin etwas langsam, kann diese Tätigkeiten aber leicht ausüben.
2:	leicht ausgeprägt:	Das Ausüben dieser Tätigkeiten bereitet mir gewisse Schwierigkeiten.
3:	mäßig ausgeprägt:	Ich habe erhebliche Probleme beim Ausüben dieser Tätigkeiten, übe die meisten Tätigkeiten aber dennoch aus.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich bin nicht in der Lage, die meisten oder alle dieser Tätigkeiten auszuüben.

2.9 DREHEN IM BETT

Hatten Sie im Laufe der vergangenen Woche Schwierigkeiten sich im Bett umzudrehen?

0:	normal:	Überhaupt nicht (Keine Probleme).
1:	angedeutet vorhanden:	Ich habe leichte Probleme mich im Bett umzudrehen, benötige aber keine Hilfe.
2:	leicht ausgeprägt:	Ich habe große Schwierigkeiten beim Umdrehen im Bett und benötige gelegentlich die Hilfe anderer Personen.
3:	mäßig ausgeprägt:	Beim Umdrehen benötige ich oft die Hilfe von anderen Personen.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich bin nicht in der Lage, mich ohne fremde Hilfe umzudrehen.

2.10. TREMOR

Litten Sie im Laufe der vergangenen Woche meist unter Zittern oder Tremor?

0:	normal:	Überhaupt nicht. Ich habe kein Zittern oder Tremor.
1:	angedeutet vorhanden:	Zittern oder Tremor treten zwar auf, führen aber nicht zu Problemen bei irgendwelchen Aktivitäten.
2:	leicht ausgeprägt:	Zittern oder Tremor verursachen bei vereinzelten Aktivitäten Probleme.
3:	mäßig ausgeprägt:	Zittern oder Tremor verursachen bei vielen meiner Aktivitäten des täglichen Lebens Probleme.
4:	schwer ausgeprägt:	Zittern oder Tremor verursachen bei den meisten oder allen Aktivitäten Probleme.

2.11 AUFSTEHEN AUS DEM BETT, AUSSTEIGEN AUS EINEM AUTO ODER AUFSTEHEN AUS EINEM TIEFEN SESSEL.

Hatten Sie im Laufe der letzten Woche Schwierigkeiten, aus dem Bett, aus einem Autositz oder einem Sessel aufzustehen?

0:	normal:	Überhaupt nicht (Kein Probleme).
1:	angedeutet vorhanden:	Ich bin zwar langsam oder unbeholfen, schaffe es aber in der Regel beim ersten Versuch.
2:	leicht ausgeprägt:	Ich benötige mehr als einen Versuch, um aufzustehen oder brauche gelegentlich Hilfe.
3:	mäßig ausgeprägt:	Ich benötige manchmal Hilfe beim Aufstehen, aber meistens kann ich es alleine.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich benötige meistens oder immer Hilfe.

2.12 GEHEN UND GLEICHGEWICHT

Hatten Sie im Laufe der vergangenen Woche, Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht und dem Gehen?

0:	normal:	Überhaupt nicht (Keine Probleme).
1:	angedeutet vorhanden:	Ich bin etwas langsam und ziehe eventuell ein Bein nach. Ich benötige keine Gehhilfe.
2:	leicht ausgeprägt:	Ich benutze gelegentlich eine Gehhilfe, aber ich benötige keine fremde Hilfe.
3:	mäßig ausgeprägt:	Ich benutze in der Regel eine Gehhilfe (Stock oder Gehwagen), um sicher zu gehen und nicht zu fallen. Ich benötige aber meist keine fremde Hilfe.
4:	schwer ausgeprägt:	Ich benötige normalerweise fremde Hilfe, um sicher zu gehen ohne zu fallen.

2.13. „FREEZING“ (BLOCKADEN BEIM GEHEN)

Mussten Sie während der vergangenen Woche im Laufe eines gewöhnlichen Tages beim Gehen plötzlich stehen bleiben oder konnten nicht mehr weiter gehen, so als ob Ihre Füße auf dem Boden festkleben würden?

0:	normal:	Überhaupt nicht (Keine Probleme).
1:	angedeutet vorhanden:	Es treten Blockaden beim Gehen auf, aber ich kann direkt weitergehen. Ich benötige wegen der Bewegungs-Blockaden weder fremde Hilfe noch eine Gehhilfe (Stock, Gehwagen).
2:	leicht ausgeprägt:	Es treten Blockaden beim Gehen auf, danach habe ich Schwierigkeiten, wieder weiterzugehen. Ich benötige aber wegen der Blockaden beim Gehen weder fremde Hilfe noch eine Gehhilfe (Stock, Gehwagen).
3:	mäßig ausgeprägt:	Wenn eine Blockade beim Gehen auftritt, habe ich große Schwierigkeiten, wieder weiterzugehen. Ich benötige wegen der Blockaden beim Gehen manchmal eine Gehhilfe oder fremde Hilfe.
4:	schwer ausgeprägt:	Wegen einer Blockade beim Gehen benötige ich meist oder immer eine Gehhilfe oder fremde Hilfe.

Hiermit ist der Fragebogen beendet. Es kann sein, dass wir Sie zu Schwierigkeiten befragt haben, die Sie gar nicht haben oder Probleme erwähnt wurden, die Sie niemals entwickeln werden. Nicht alle Patienten bekommen diese Probleme, da sie jedoch auftreten können, ist es wichtig, diese Fragen an alle Patienten zu stellen. Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr Interesse bei der Beantwortung des Fragebogens.

Teil III: Motorische Untersuchung

Übersicht: Dieser Skalenabschnitt evaluiert die motorischen Symptome der Parkinson-Krankheit. Bei der Anwendung des Teils III der MDS-UPDRS soll der Untersucher folgende Richtlinien einhalten:

Auf der oberen Seite des Formulars notieren Sie bitte, ob der Patient Medikamente zur Behandlung der Symptome der Parkinson-Krankheit erhält. Falls Levodopa eingenommen wird, geben Sie bitte die Zeit seit der letzten Dosisgabe an.

Falls der Patient Medikamente zur Behandlung der Symptome der Parkinson-Krankheit erhält, notieren Sie bitte den klinischen Status des Patienten unter Verwendung folgender Begriffe:

ON ist der typische funktionelle Status, wenn die Patienten Medikamente bekommen und gut auf sie ansprechen.
OFF ist der typische funktionelle Status, wenn die Patienten trotz Medikamenteneinnahme schlecht auf sie ansprechen.

Der Untersucher soll genau das „bewerten, was er sieht“ („rate what you see“). Allerdings können einzelne Bereiche der motorischen Untersuchung durch gleichzeitig vorhandene medizinische Probleme wie Schlaganfall, Lähmung, Arthritis, Kontrakturen und orthopädische Probleme wie Hüftgelenks- oder Knie-Ersatz und Skoliose beeinflusst werden. In Situationen, in denen eine Bewertung absolut unmöglich ist (z.B. Amputationen, vollständige Lähmung, Extremität im Gipsverband), verwenden Sie bitte den Vermerk „UR“ für „Nicht zu Bewerten (*u*nable to *r*ate)“. Ansonsten bewerten Sie die Ausführung jeder Aufgabe so, wie sie der Patient im Kontext der Begleiterkrankungen verrichtet.

Alle Fragen müssen eine ganzzahlige Bewertung aufweisen (keine halben Punkte, keine fehlenden Werte).

Spezifische Instruktionen stehen für die Durchführung jedes Items zur Verfügung. Diese sollten in allen Fällen befolgt werden. Während der Untersucher dem Patienten die Erklärung der zu erfüllenden Aufgaben vorliest, demonstriert er deren Ausführung. Die Funktionsbewertung erfolgt unmittelbar danach. Die Items zu „Globaler Spontanität der Bewegungen“ und „Ruhetremor“ (3.14 und 3.17) wurden absichtlich an das Ende der Skala gestellt, da die klinische Information, die für die Bewertung erforderlich ist, im Verlauf der gesamten Untersuchung erhoben wird.

Am Ende der Bewertung geben Sie bitte an, ob Dyskinesien (Chorea oder Dystonie) während der Untersuchung aufgetreten sind, und falls dem so ist, ob diese Bewegungen einen Einfluss auf die motorische Untersuchung hatten.

3a Erhält der Patient Medikamente zur Behandlung der Symptome der Parkinsonerkrankung?

☐ Nein ☐ Ja

3b Falls der Patient Medikamente zur Behandlung der Symptome der Parkinson-Krankheit bekommt, geben Sie bitte den klinischen Status des Patienten unter Verwendung folgender Begriffe an:

☐ ON: ON ist der typische funktionelle Status, wenn die Patienten Medikamente bekommen und gut auf sie ansprechen.

☐ OFF: OFF ist der typische funktionelle Status, wenn die Patienten trotz Medikamenteneinnahme schlecht auf sie ansprechen.

3c Nimmt der Patient Levodopa ein? ☐ Nein ☐ Ja

3.C 1 Falls ja, geben Sie bitte die Minuten seit der letzten Levodopa-Dosis an: _____ Minuten

3.1. SPRACHE	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Beurteilen Sie die spontane Sprachproduktion des Patienten und beginnen Sie, falls erforderlich, ein Gespräch. Mögliche Themenvorschläge: Fragen Sie nach der Arbeit des Patienten, Hobbys, Sport oder danach, wie er in die Arztpraxis gekommen ist. Beurteilen Sie Umfang, Modulation (Prosodie) und Deutlichkeit, einschließlich undeutlicher Artikulation, Palilalie (Silbenwiederholung) und Tachyphemie (Sprachbeschleunigung, Zusammenfassen von Silben).	☐
0: normal: Keine Sprachprobleme.	
1: angedeutet vorhanden: Verlust von Modulation, Diktion oder Lautstärke, alle Wörter sind aber noch leicht zu verstehen.	
2: leicht ausgeprägt: Verlust von Modulation, Diktion oder Lautstärke mit einigen unklaren Wörtern, aber insgesamt leicht verständlichen Sätzen.	
3: mäßig ausgeprägt: Sprache ist schwer zu verstehen, da einige, jedoch nicht die meisten Sätze schlecht zu verstehen sind.	
4: schwer ausgeprägt: Der Großteil des Gesprochenen ist schwer zu verstehen oder unverständlich.	

3.2. GESICHTSAUSDRUCK	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Beobachten Sie den in Ruhe sitzenden Patienten für 10 Sekunden sowohl wenn er nicht spricht als auch im Gespräch. Beobachten Sie die Frequenz seines Augenblinzelns, maskenhaften Gesichtsausdruck oder den Verlust der mimischen Expression, spontanes Lächeln und offenstehenden Mund.	☐
0: Normal: Normaler Gesichtsausdruck.	
1: angedeutet vorhanden: Minimaler maskenhafter Gesichtsausdruck, der sich nur durch die reduzierte Frequenz des Augenblinzelns manifestiert.	
2: leicht ausgeprägt: Zusätzlich zu der reduzierten Frequenz des Augenblinzelns zeigt sich ein maskenhafter Gesichtsausdruck auch im unteren Teil des Gesichts mit spärlichen Bewegungen im Mundbereich, wie etwa weniger spontanes Lächeln. Der Mund steht jedoch nicht offen.	
3: mäßig ausgeprägt: Maskenhafter Gesichtsausdruck mit zeitweise geöffnetem Mund, wenn nicht gesprochen wird.	
4: schwer ausgeprägt: Maskenhafter Gesichtsausdruck mit überwiegend geöffnetem Mund, wenn nicht gesprochen wird.	

3.3. RIGOR	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Rigor wird bei langsamer passiver Bewegung der großen Gelenke geprüft, während sich der Patient in entspannter Position befindet und der Untersucher dabei Extremitäten und Nacken bewegt. Zu Beginn wird ohne ein Bahnungsmanöver geprüft. Prüfen und bewerten Sie Nacken und jede Extremität gesondert. An den Armen prüfen Sie gleichzeitig Hand- und Ellenbogengelenke. An den Beinen prüfen Sie gleichzeitig Hüft- und Kniegelenke. Falls Sie keinen Rigor feststellen, benutzen Sie ein Bahnungsmanöver wie Fingertippen, Faustöffnen/-schließen oder Fersentippen in der kontralateralen Extremität. Bitten Sie den Patienten, sich während der Rigorprüfung so gut wie möglich zu entspannen.	☐ Nacken ☐ ROE
0: Normal: Kein Rigor.	
1: angedeutet vorhanden: Rigor lässt sich nur durch ein Bahnungsmanöver feststellen.	☐ LOE
2: leicht ausgeprägt: Rigor ist ohne Bahnungsmanöver feststellbar, der volle Bewegungsumfang ist jedoch erhalten.	☐ RUE
3: mäßig ausgeprägt: Rigor ist ohne Bahnungsmanöver feststellbar, voller Bewegungsumfang wird nur durch Anstrengung erreicht.	☐ LUE
4: schwer ausgeprägt: Rigor ist ohne Bahnungsmanöver feststellbar und ein voller Bewegungsumfang wird nicht erreicht.	

3.4. FINGERTIPPEN	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Jede Hand wird einzeln geprüft. Führen Sie die Aufgabe vor, jedoch setzen Sie die Demonstration nicht fort, während der Patient getestet wird. Erklären Sie dem Patienten, dass er seinen Zeigefinger schnellstmöglich UND mit der größtmöglichen Amplitude 10 Mal gegen den Daumen führen soll. Bewerten Sie jede Seite gesondert, unter Berücksichtigung von Geschwindigkeit, Amplitude, Verzögerungen, Unterbrechungen und Amplitudendekrement.	☐ R ☐ L
0: Normal: Keine Probleme.	
1: angedeutet vorhanden: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) Regulärer Rhythmus ist gestört durch eine oder zwei Unterbrechungen oder Verzögerungen während des Fingertippens; b) angedeutete Verlangsamung; c) Amplitudendekrement kurz vor dem 10ten Tippen.	
2: leicht ausgeprägt: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) 3 bis 5 Unterbrechungen beim Fingertippen; b) leichte Verlangsamung; c) Amplitudendekrement mitten in der 10er Tippsequenz.	
3: mäßig ausgeprägt: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) mehr als 5 Unterbrechungen beim Fingertippen oder mindestens eine längere Pause („Einfrieren“) in der Ausführung; b) mäßige Verlangsamung; c) Amplitudendekrement bereits nach dem ersten Tippen.	
4: schwer ausgeprägt: Patient kann die Aufgabe nicht oder nur schwerlich durchführen aufgrund von Verlangsamung, Unterbrechungen oder Dekrement.	

3.5 HANDBEWEGUNGEN Instruktionen für den Untersucher: Jede Hand wird einzeln geprüft. Führen Sie die Aufgabe vor, jedoch setzen Sie die Demonstration nicht fort, während der Patient getestet wird. Erklären Sie dem Patienten, dass er seine Faust fest schließen muss, während sein Arm im Ellenbogen gebeugt ist, so dass die Handfläche zum Untersucher gerichtet ist. Fordern Sie den Patienten auf, die Hand 10 Mal mit größtmöglicher Amplitude UND schnellstmöglich zu öffnen. Falls der Patient die Faust nicht richtig ballt oder die Hand nicht vollständig öffnet, erinnern Sie ihn/sie an die korrekte Ausführung. Bewerten Sie jede Seite gesondert, unter Berücksichtigung von Geschwindigkeit, Amplitude, Verzögerungen, Unterbrechungen und Amplitudendekrement. 0: Normal: Keine Probleme. 1: angedeutet vorhanden: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) Regulärer Rhythmus ist gestört durch eine oder zwei Unterbrechungen oder Bewegungsverzögerungen; b) angedeutete Verlangsamung; c) Amplitudendekrement zum Ende der Aufgabe. 2: leicht ausgeprägt: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) 3 bis 5 Bewegungsunterbrechungen; b) leichte Verlangsamung; c) Amplitudendekrement mitten in der Durchführung. 3: mäßig ausgeprägt: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) mehr als 5 Bewegungsunterbrechungen oder mindestens eine längere Pause („Einfrieren“) in der fortlaufenden Bewegung; b) mäßige Verlangsamung; c) Amplitudendekrement nach erster „Öffnen und Schließen“ - Sequenz. 4: schwer ausgeprägt: Patient kann die Aufgabe nicht oder nur schwerlich durchführen aufgrund von Verlangsamung, Unterbrechungen oder Dekrement.	**WERT** ☐ R ☐ L

3.6 PRONATIONS- SUPINATIONSBEWEGUNGEN DER HÄNDE Instruktionen für den Untersucher: Jede Hand wird einzeln geprüft. Führen Sie die Aufgabe vor, jedoch setzen Sie die Demonstration nicht fort, während der Patient getestet wird. Erklären Sie dem Patienten, seinen Arm vor dem Körper mit der Handfläche nach unten auszustrecken und dann die Handfläche schnellstmöglich und mit größtmöglicher Amplitude alternierend 10 Mal nach oben und nach unten zu wenden. Bewerten Sie jede Seite gesondert, unter Berücksichtigung von Geschwindigkeit, Amplitude, Verzögerungen, Unterbrechungen und Amplitudendekrement. 0: Normal: Keine Probleme. 1: angedeutet vorhanden: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) Regulärer Rhythmus ist gestört durch eine oder zwei Unterbrechungen oder Bewegungsverzögerungen; b) angedeutete Verlangsamung; c) Amplitudendekrement zum Ende der Aufgabe. 2: leicht ausgeprägt: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) 3 bis 5 Bewegungsunterbrechungen; b) leichte Verlangsamung; c) Amplitudendekrement mitten in der Übung. 3: mäßig ausgeprägt: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) mehr als 5 Bewegungsunterbrechungen oder mindestens eine längere Pause („Einfrieren“) in der fortlaufenden Bewegung; b) mäßige Verlangsamung; c) Amplitudendekrement nach erster „Supination-Pronation“ Sequenz. 4: schwer ausgeprägt: Patient kann die Aufgabe nicht oder nur schwerlich durchführen aufgrund von Verlangsamung, Unterbrechungen oder Dekrement.	**WERT** ☐ R ☐ L

3.7 VORFUSSTIPPEN	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Der Patient sitzt auf einem Stuhl mit gerader Rückenlehne, beide Füße stehen auf dem Boden. Prüfen Sie jeden Fuß gesondert. Führen Sie die Aufgabe vor, jedoch setzen Sie die Demonstration nicht fort, während der Patient getestet wird. Erklären Sie dem Patienten, die Ferse in bequemer Position auf den Boden zu stellen und dann mit den Zehen 10 Mal mit größtmöglicher Amplitude und schnellstmöglich auf den Boden zu tippen. Bewerten Sie jede Seite gesondert, unter Berücksichtigung von Geschwindigkeit, Amplitude, Verzögerungen, Unterbrechungen und Amplitudendekrement.	☐ R ☐ L
0: Normal: Keine Probleme.	
1: angedeutet vorhanden: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) Regulärer Rhythmus ist gestört durch eine oder zwei Unterbrechungen oder Verzögerungen der Tippbewegungen; b) angedeutete Verlangsamung; c) Amplitudendekrement kurz vor dem 10ten Tippen.	
2: leicht ausgeprägt: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) 3 bis 5 Bewegungsunterbrechungen; b) leichte Verlangsamung; c) Amplitudendekrement mitten in der Übung.	
3: mäßig ausgeprägt: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) mehr als 5 Bewegungsunterbrechungen oder mindestens eine längere Pause („Einfrieren“) in der fortlaufenden Bewegung; b) mäßige Verlangsamung; c) Amplitudendekrement nach dem erstem Tippen.	
4: schwer ausgeprägt: Patient kann die Aufgabe nicht oder nur schwerlich durchführen aufgrund von Verlangsamung, Unterbrechungen oder Dekrement.	

3.8 BEWEGLICHKEIT DER BEINE	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Der Patient sitzt auf einem Stuhl mit gerader Rückenlehne und Armlehnen. Die Füße des Patienten stehen bequem auf dem Boden. Prüfen Sie jedes Bein gesondert. Führen Sie die Aufgabe vor, jedoch setzen Sie die Demonstration nicht fort, während der Patient getestet wird. Erklären Sie dem Patienten, den Fuß in bequemer Position auf den Boden zu stellen und dann den Fuß 10 Mal mit größtmöglicher Amplitude und schnellstmöglich zu heben und auf den Boden zu stampfen. Bewerten Sie jede Seite gesondert, unter Berücksichtigung von Geschwindigkeit, Amplitude, Verzögerungen, Unterbrechungen und Amplitudendekrement.	☐ R ☐ L
0: Normal: Keine Probleme.	
1: angedeutet vorhanden: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) Regulärer Rhythmus ist gestört durch eine oder zwei Unterbrechungen oder Bewegungsverzögerungen; b) angedeutete Verlangsamung; c) Amplitudendekrement zum Ende der Aufgabe.	
2: leicht ausgeprägt: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) 3 bis 5 Bewegungsunterbrechungen; b) leichte Verlangsamung; c) Amplitudendekrement mitten in der Übung.	
3: mäßig ausgeprägt: Mindestens eine der folgenden Schwierigkeiten: a) mehr als 5 Bewegungsunterbrechungen oder mindestens eine längere Pause („Einfrieren“) in der fortlaufenden Bewegung; b) moderate Verlangsamung; c) Amplitudendekrement nach dem erstem Aufstampfen.	
4: schwer ausgeprägt: Patient kann die Aufgabe nicht oder nur schwerlich durchführen aufgrund von Verlangsamung, Unterbrechungen oder Dekrement.	

3.9 AUFSTEHEN VOM STUHL	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Der Patient sitzt auf einem Stuhl mit gerader Rückenlehne und Armlehnen, beide Füße stehen auf dem Boden und der Rücken berührt die Stuhllehne (Letzteres nur falls der Patient nicht zu klein ist). Fordern Sie den Patienten auf, seine/ihre Arme vor der Brust zu verschränken und aufzustehen. Falls es dem Patienten nicht gelingt, wird der Versuch maximal zweimal wiederholt. Gelingt es dem Patienten immer noch nicht, bitten Sie den Patienten, sich auf die Stuhlkante zu setzen und mit vor der Brust verschränkten Armen aufzustehen. In diesem Fall erlauben Sie nur einen Versuch. Bleibt der Patient weiterhin erfolglos, erlauben Sie dem Patienten, sich an den Armlehnen aufzustützen. Dabei sind maximal drei Versuche erlaubt. Bleibt auch dieser Versuch erfolglos, helfen Sie dem Patienten aufzustehen. Nachdem der Patient aufgestanden ist, beobachten Sie die Körperhaltung für das Item 3.13	☐
0: Normal: Keine Schwierigkeiten. Patient kann schnell und ohne Verzögerung aufstehen.	
1: angedeutet vorhanden: Das Aufstehen erfolgt langsamer als normal oder es wird mehr als ein Versuch dazu benötigt; oder eine Bewegung zum Stuhlrand ist erforderlich, um aufstehen zu können. Benutzung der Armlehnen ist jedoch nicht nötig.	
2: leicht ausgeprägt: Patient drückt sich mit Hilfe der Armlehnen ohne Schwierigkeiten hoch.	
3: mäßig ausgeprägt: Patient drückt sich hoch, aber neigt zum Zurückfallen; oder er muss es mehrmals unter Benutzung der Armlehnen versucen; Aufstehen ist jedoch ohne fremde Hilfe möglich.	
4: schwer ausgeprägt: Kann nicht ohne Hilfe aufstehen.	

3.10 GEHEN/GANGBILD	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Die Überprüfung des Gangs führt man am besten durch, indem man den Patienten vom Untersucher zuerst weg und dann wieder auf ihn/sie zu gehen lässt, so dass die rechte und linke Körperseite des Patienten gleichzeitig beobachtet werden können. Der Patient soll mindestens 10 Meter gehen, sich dann umdrehen und zum Untersucher zurückkehren. In diesem Item werden unterschiedliche Gangeigenschaften bewertet: Schrittamplitude, Schrittgeschwindigkeit, Höhe der Fußhebung, Schlurfen beim Gehen, Umdrehen, Mitschwingen der Arme, jedoch nicht ein „Freezing“. Bewerten Sie das „Freezing“ beim Gehen für die nächste Frage 3.11. Beobachten Sie die Körperhaltung für das Item 3.13	☐
0: Normal: Keine Probleme.	
1: angedeutet vorhanden: Patient geht ohne Hilfe mit leichter Gangstörung.	
2: leicht ausgeprägt: Patient geht ohne Hilfe, jedoch mit erheblicher Gangstörung.	
3: mäßig ausgeprägt: Patient benötigt eine Gehhilfe für sicheres Gehen (Gehstock, Gehwagen). Ist aber in der Lage, ohne fremde Hilfe zu gehen.	
4: schwer ausgeprägt: Patient kann gar nicht gehen oder nur mit fremder Hilfe.	

3.11 BLOCKADEN BEIM GEHEN	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Während der Überprüfung des Gangbildes beurteilen Sie parallel das Auftreten von „Blockaden beim Gehen“-Episoden beim Gehen. Achten Sie auf das Auftreten von Starthemmung und Trippelschritten, insbesondere beim Umdrehen und am Ende der Prüfung. Soweit es die Sicherheit zulässt, dürfen die Patienten KEINE sensorischen Hilfestellungen bei der Untersuchung anwenden. 0: Normal: Keine Blockade beim Gehen. 1: angedeutet vorhanden: Eine Blockade beim Gehen tritt entweder beim Starten, Umdrehen oder Gehen durch den Türeingang auf und zeigt sich als nur eine Bewegungsunterbrechung bei einer dieser Bewegungsabläufe; danach werden fortlaufende fließende Bewegungen ohne Blockade beim Geradeausgehen ausgeführt. 2: leicht ausgeprägt: Eine Blockade beim Gehen tritt beim Starten, Umdrehen oder Gehen durch den Türeingang auf, hierbei kommt es zu mehr als einer Bewegungsunterbrechung bei diesen Bewegungsabläufen, danach werden fortlaufende fließende Bewegungen ohne Blockaden beim Geradeausgehen ausgeführt. 3: mäßig ausgeprägt: Eine Blockade tritt einmal beim Geradeausgehen auf. 4: schwer ausgeprägt: Eine Blockade tritt mehrfach beim Geradeausgehen auf.	☐

3.12 POSTURALE STABILITÄT	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Es wird die Reaktion auf ein plötzliches Verlagern des Körpers durch ein schnelles, kräftiges Ziehen an den Schultern des Patienten geprüft. Der Patient steht dabei aufrecht mit geöffneten Augen und bequem leicht gespreizten und parallel ausgerichteten Beinen. Untersuchen Sie auch die Retropulsion. Stellen Sie sich hinter den Patienten und erklären Sie ihm, was passieren wird. Erklären Sie, dass er/sie einen Schritt nach hinten machen darf, um einen Sturz zu vermeiden. Hinter dem Untersucher soll sich in mindestens 1-2 Meter Entfernung eine feste Wand befinden, um die Schritte rückwärts bei Retropulsion zu beobachten. Das erste Ziehen soll als eine beispielhafte Vorführung dienen und wird absichtlich schwächer ausgeführt und wird nicht bewertet. Beim zweiten Mal zieht man schnell und kräftig an den Schultern zum Untersucher hin, die Kraft muss ausreichen, um den Körperschwerpunkt so zu verlagern, dass der Patient einen Schritt nach hinten machen MUSS. Der Untersucher sollte bereit sein, den Patienten aufzufangen, muss jedoch weit genug hinten stehen, damit der Patient ausreichend Platz hat, um einige Schritte zu machen und das Gleichgewicht selbst wiederzuerlangen. Lassen Sie den Patienten seinen Körper nicht absichtlich nach vorne beugen, in Vorbereitung auf den Zug. Beobachten Sie die Anzahl der Schritte oder die Fallneigung. Bis zu zwei Schritte rückwärts als Ausgleich werden als normal betrachtet, so dass die Bewertung als „nicht normal“ ab dem dritten Schritt beginnt. Wenn der Patient die Aufgabe nicht verstanden hat, kann der Untersucher den Versuch wiederholen, so dass die Bewertung auf demjenigen Eindruck des Untersuchers basiert, der die Einschränkungen des Patienten und nicht eine missverständliche oder unzureichende Vorbereitung als Ursache dafür darstellt. Beobachten Sie die Körperhaltung für das Item 3.13 0: Normal: Keine Probleme: Patient fängt sich nach einem oder zwei Schritten auf. 1: angedeutet vorhanden: 3-5 Schritte, Patient fängt sich jedoch ohne Hilfe auf. 2: leicht ausgeprägt: Mehr als 5 Schritte, Patient fängt sich jedoch ohne Hilfe auf. 3: mäßig ausgeprägt: Sicherer Stand, posturale Antwort ist jedoch nicht vorhanden; fällt, wenn er nicht vom Untersucher aufgefangen wird. 4: schwer ausgeprägt: Sehr instabil; neigt dazu, das Gleichgewicht spontan bzw. auf ein leichtes Ziehen an den Schultern hin zu verlieren.	☐

3.13 Körperhaltung	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Die Haltung wird an dem aufrecht stehenden Patienten beurteilt, nachdem er von einem Stuhl aufgestanden ist sowie beim Gehen und ebenso während der Untersuchung der posturalen Reflexe. Wenn Sie eine schlechte Körperhaltung bemerken, fordern Sie den Patienten auf, gerade zu stehen und beobachten Sie, ob sich die Körperhaltung bessert (siehe Punkt 2 unten). Bewerten Sie die schlechteste Körperhaltung, die Sie während dieser drei Beobachtungspunkte sehen. Beobachten Sie die Flexion und die Seitenneigung. 0: Normal: Keine Probleme. 1: Leicht: Nicht ganz aufrechte Haltung; die Körperhaltung könnte jedoch für eine ältere Person normal sein. 2: Leicht ausgeprägt: Eindeutige Flexion, Skoliose oder Seitenneigung, aber der Patient kann die Haltung nach Aufforderung korrigieren. 3: Mäßig ausgeprägt: Gebückte Haltung, Skoliose oder Seitenneigung, die vom Patienten willentlich zu einer aufrechten Haltung nicht korrigiert werden kann. 4: Schwer ausgeprägt: Flexion, Skoliose oder Seitenneigung mit ausgeprägter Haltungsstörung.	☐

3.14 GLOBALE SPONTANITÄT DER BEWEGUNG (BRADYKINESIE DES KÖRPERS)	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Diese globale Bewertung kombiniert alle Beobachtungen von Langsamkeit, Verzögerungen, geringer Amplitude und allgemeiner Bewegungsarmut, einschließlich der Reduktion von Körpergestik und Überkreuzen der Beine. Die Beurteilung basiert auf dem Gesamteindruck des Untersuchers nach Beobachtung der spontanen Körpergestik beim Sitzen und wie der Patient aufsteht und läuft. 0: Normal: Keine Probleme. 1: Angedeutet vorhanden: Angedeutete globale Verlangsamung und Verarmung der Spontanbewegungen. 2: Leicht ausgeprägt: Leichte globale Verlangsamung und Verarmung der Spontanbewegungen. 3: Mäßig ausgeprägt: Mäßige globale Verlangsamung und Verarmung der Spontanbewegungen. 4: Schwer ausgeprägt: Schwere globale Verlangsamung und Verarmung der Spontanbewegungen.	☐

3.15 HALTETREMOR DER HÄNDE	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Alle Tremorarten, einschließlich des wieder auftretenden Ruhetremors, der nach einer Pause beim Hochnehmen der Arme mit Latenz auftritt werden in der Bewertung berücksichtigt. Beurteilen Sie jede Hand gesondert. Bewerten Sie die größte auftretende Amplitude. Fordern Sie den Patienten auf, die Arme vor seinem Körper mit den Handflächen nach unten auszustrecken. Die Handgelenke sollten dabei gerade ausgerichtet sein und die Finger bequem voneinander getrennt sein, so dass sie einander nicht berühren. Beobachten Sie diese Haltung für 10 Sekunden. 0: Normal: Kein Tremor. 1: Angedeutet vorhanden: Tremor ist vorhanden, die Amplitude ist jedoch geringer als 1 cm. 2: Leicht ausgeprägt: Tremor mit einer Amplitude von mehr als 1 cm, aber geringer als 3 cm. 3: Mäßig ausgeprägt: Tremor mit einer Amplitude von mindestens 3 cm, jedoch geringer als 10 cm. 4: Schwer ausgeprägt: Tremor mit einer Amplitude von mindestens 10 cm.	☐ R ☐ L

3.16 BEWEGUNGSTREMOR DER HÄNDE	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Die Prüfung erfolgt als Finger-Nase-Versuch. Der Patient beginnt den Versuch mit ausgestreckten Armen und führt den Finger-Nase-Versuch mit jeder Hand mindestens dreimal durch. Hierbei soll jede Hand so weit wie möglich gestreckt werden, um den Finger des Untersuchers zu berühren. Der Finger-Nase-Versuch soll langsam durchgeführt werden, um einen möglichen Tremor nicht durch zu schnelle Armbewegungen zu unterdrücken. Wiederholen Sie den Versuch mit der anderen Hand und beurteilen Sie jede Hand gesondert. Der Tremor kann durchgehend während der Bewegung vorhanden sein oder bei der Berührung des Ziels (Nase oder Finger) auftreten. Bewerten Sie die größte Amplitude. 0: Normal: Kein Tremor. 1: Angedeutet vorhanden: Tremor ist vorhanden, die Amplitude ist jedoch kleiner als 1 cm. 2: Leicht ausgeprägt: Tremor mit einer Amplitude von mehr als 1 cm, aber geringer als 3 cm. 3: Mäßig ausgeprägt: Tremor mit einer Amplitude von mindestens 3 cm, jedoch kleiner als 10 cm. 4: Schwer ausgeprägt: Tremor mit einer Amplitude von mindestens 10 cm.	☐ R ☐ L

3.17 AMPLITUDE DES RUHETREMORS	Wert
Instruktion für den Untersucher: Dieses und das folgende Item wurden absichtlich an das Ende der Untersuchung gestellt, um dem Untersucher die Möglichkeit zu geben, die Beobachtungen zum Ruhetremor zu sammeln, die jederzeit während der Untersuchung auftreten können, wie etwa beim ruhigen Sitzen, beim Gehen und bei Aktivitäten, bei denen sich nur bestimmte Körperteile bewegen, während andere hingegen in Ruhe bleiben. Bewerten Sie die maximale Amplitude, die während der Untersuchung aufgetreten ist, als Endwert. Bewerten Sie nur die Amplitude und nicht die Persistenz bzw. die Periodizität des Tremors. Als Teil der Bewertung soll der Patient ruhig auf einem Stuhl sitzen mit den Händen auf den Armlehnen (nicht auf dem Schoß) und bequem auf dem Boden stehenden Füßen für 10 Sekunden ohne weitere Anweisungen. Der Ruhetremor wird gesondert an allen vier Extremitäten und an den Lippen/am Kiefer beurteilt. Bewerten Sie als Endwert nur die maximale Amplitude, die gesehen wurde. Bewertung der Extremitäten 0: Normal: Kein Tremor. 1: Angedeutet vorhanden: ≤ 1 cm maximale Amplitude. 2: Leicht ausgeprägt: > 1 cm, aber < 3 cm maximale Amplitude. 3: Mäßig ausgeprägt: 3-10 cm maximale Amplitude. 4: Schwer ausgeprägt: > 10 cm maximale Amplitude. Bewertung der Lippen/des Kiefers 0: Normal: Kein Tremor. 1: Angedeutet vorhanden: ≤ 1 cm maximale Amplitude. 2: Leicht ausgeprägt: > 1 cm, aber ≤ 2 cm maximale Amplitude. 3: Mäßig ausgeprägt: > 2 cm, aber ≤ 3 cm maximale Amplitude. 4: Schwer ausgeprägt: > 3 cm maximale Amplitude.	☐ ROE ☐ LOE ☐ RUE ☐ LUE ☐ Lippe/ Kiefer

3.18 KONSTANZ DES RUHETREMORS	Wert
Instruktionen für den Untersucher: In diesem Item wird der gesamte Ruhetremor mit nur einem Wert versehen. Der Fokus liegt hierbei auf der Konstanz des Ruhetremors während der Untersuchungszeit, in der sich unterschiedliche Körperteile abwechselnd in Ruhelage befinden. Diese Bewertung erfolgt absichtlich am Ende der Untersuchung, so dass verschiedene Informationen in die Bewertung einfließen können. 0: Normal: Kein Tremor. 1: Angedeutet vorhanden: Ruhetremor ist bei ≤ 25% der gesamten Untersuchungszeit vorhanden. 2: Leicht ausgeprägt: Ruhetremor ist bei 26-50% der gesamten Untersuchungszeit vorhanden. 3: Mäßig ausgeprägt: Ruhetremor ist bei 51-75% der gesamten Untersuchungszeit vorhanden. 4: Schwer ausgeprägt: Ruhetremor ist bei > 75% der gesamten Untersuchungszeit vorhanden.	☐

EINFLUSS DER DYSKINESIEN AUF TEIL III DER BEWERTUNG

A. Traten Dyskinesien (Chorea oder Dystonie) während der Untersuchung auf? ☐ Nein ☐ Ja

B. Falls ja, hatten diese Bewegungen Einfluss auf die Bewertung? ☐ Nein ☐ Ja

Hoehn und Yahr Stadium	
0: Asymptomatisch.	☐
1: Nur einseitige Beteiligung.	
2: Beidseitige Beteiligung ohne Gleichgewichtsstörung.	
3: Leichte bis mäßig ausgeprägte beidseitige Beteiligung; gewisse Haltungsinstabilität, jedoch körperlich unabhängig; braucht Unterstützung zum Ausgleich beim Zugtest.	
4: Starke Behinderung; kann aber noch ohne Hilfe gehen oder stehen.	
5: Ohne fremde Hilfe auf den Rollstuhl angewiesen oder bettlägerig.	

Teil IV: Motorische Komplikationen

Übersicht und Instruktionen: In diesem Abschnitt verwendet der Untersucher anamnestische und objektive Informationen für die Beurteilung von zwei motorischen Komplikationen: Dyskinesien und motorische Fluktuationen, einschließlich Dystonie im OFF-Stadium. Verwenden Sie alle Informationen, die Sie vom Patienten, der Betreuungsperson und im Rahmen der Untersuchung erhalten haben, um sechs Fragen zu beantworten, die die Funktion in der vergangenen Woche einschließlich heute zusammenfassen. Geben Sie bitte wie bereits in den anderen Abschnitten eine ganzzahlige Bewertung (keine halben Punkte) an und lassen Sie keine Bewertung offen. Falls die Frage nicht bewertet werden kann, benutzen Sie den Vermerk „UR“ für „Nicht zu Bewerten (*u*nable to *r*ate)“. Einige Antworten werden Sie auf Prozentzahlen basierend auswählen müssen: Dazu müssen Sie bestimmen, wie viele Stunden der Patient normalerweise wach bleibt und diese Zahl als Nenner für die „OFF“-Phase und Dyskinesien benutzen. Die gesamte „OFF“-Zeit wird als Nenner für „OFF-Dystonie“ benutzt.
Operationale Definitionen der Begriffe zur Anwendung für den Untersucher:

Dyskinesien: Unwillkürliche wahllose Bewegungen
Worte, die die Patienten oft für Dyskinesien benutzen, sind: „unregelmäßige Zuckungen“, „Überbewegungen“, „Zappeln“.
Es ist wichtig, dem Patienten den Unterschied zwischen Dyskinesien und Tremor zu erklären, da dies zu einer häufigen Verwechslung bei der Beurteilung von Dyskinesien durch den Patienten führt.

Dystonie: verzerrte Haltung, oftmals mit Verdrehungen:
Wörter, die die Patienten oft für Dystonie benutzen, sind „Spasmen“, „Krämpfe“, „Fehlstellung“.

Motorische Fluktuationen: Wechselndes Ansprechen auf die Medikamente:
Worte, die die Patienten oft für motorische Fluktuationen benutzen, sind „Nachlassen der Wirkung“, „Abklingen der Wirkung“, „Achterbahn-Effekt“, „Ein-und-Aus (on-off)“, „ungleichmäßige Medikamentenwirkung“.

OFF: Typischer Status, wenn die Patienten auf Medikamente schlecht ansprechen oder die typische Antwort, wenn die Patienten keine Behandlung des Parkinsonismus erhalten. Worte, die die Patienten oft benutzen, sind „Tal“, „schlechte Zeit“, „Zeit des Zitterns“, „Zeit der Verlangsamung“, „Zeit, in der meine Medikamente nicht wirken“.

ON: Typischer Status, wenn die Patienten Medikamente bekommen und gut darauf ansprechen:
Worte, die die Patienten oft benutzen, sind „gute Zeit“, „gehfähig“, „Zeit, in der meine Medikamente wirken“.

A. DYSKINESIEN [ohne OFF-Stadium Dystonie]

4.1 DAUER VON DYSKINESIEN

Wert

☐

Instruktionen für den Untersucher: Ermitteln Sie die Stunden der üblichen Wachzeit tagsüber und die Stunden mit Dyskinesien. Berechnen Sie daraus den Prozentwert. Falls der Patient Dyskinesien in der Sprechstunde entwickelt, können Sie auf diese Bezug nehmen, damit der Patient und der Angehörige besser verstehen, was sie bewerten sollen. Sie können auch die dyskinetischen Bewegungen, die Sie bei dem Patienten zuvor gesehen haben, oder typische dyskinetische Bewegungen anderer Patienten vorspielen. Schließen Sie frühmorgendliche und nächtliche schmerzhafte Dystonien in dieser Frage aus.

Anweisungen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: Wie viele Stunden pro Tag haben Sie in der vergangenen Woche normalerweise geschlafen, einschließlich Nachtschlaf und Schlafzeiten tagsüber? Also, wenn Sie _____ Stunden schlafen, sind Sie _____ Stunden wach. In wie vielen Stunden der Wachzeit treten hin- und herschaukelnde, ruckartige, unregelmäßige oder zuckende Bewegungen auf? Berücksichtigen Sie nicht die Zeiten, in denen Sie an einem Tremor, also einem gleichmäßigen Zittern leiden, bzw. Zeiten, in denen Sie schmerzhafte Verkrampfungen oder Spasmen des Fußes am frühen Morgen oder nachts entwickeln. Danach werden Sie später befragt. Konzentrieren Sie sich nur auf hin- und herschaukelnde, ruckartige, unregelmäßige oder zuckende Bewegungen. Summieren Sie alle Stunden der üblichen Wachzeit tagsüber, zu denen diese normalerweise auftreten. Stundenanzahl ____ (benutzen Sie diese Zahl für Ihre Kalkulation).

0: Normal:	Keine Dyskinesien.
1: Angedeutet vorhanden:	≤25% der Wachzeit tagsüber.
2: Leicht ausgeprägt:	26-50% der Wachzeit tagsüber.
3: Mäßig ausgeprägt:	51-75% der Wachzeit tagsüber.
4: Schwer ausgeprägt:	> 75% der Wachzeit tagsüber.

1. Stunden der Wachzeit gesamt. _____
2. Gesamtzahl von Stunden mit Dyskinesien _____
3. % Dyskinesien = ((2/1)*100): _____

4.2 FUNKTIONELLE BEEINTRÄCHTIGUNG DURCH DYSKINESIEN	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Ermitteln Sie, bis zu welchem Grad Dyskinesien das tägliche Leben des Patienten in Bezug auf Aktivitäten und soziale Interaktionen beeinträchtigen. Verwenden Sie dazu die Antwort des Patienten und des Angehörigen sowie Ihre eigenen Beobachtungen in der Sprechstunde, um die bestmögliche Antwort zu finden.	☐
Instruktionen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: Hatten Sie während der letzten Woche häufig Schwierigkeiten Tätigkeiten durchzuführen oder unter Menschen zu sein, wenn diese ruckartigen Bewegungen aufgetreten sind? Hindern Sie diese Bewegungen bei Ihren Tätigkeiten oder beim Umgang mit anderen Menschen?	
0: Normal: Keine Dyskinesien oder keine Beeinträchtigung der Aktivitäten oder sozialen Interaktionen durch Dyskinesien.	
1: Angedeutet vorhanden: Dyskinesien beeinträchtigen wenige Aktivitäten, aber der Patient führt normalerweise alle Aktivitäten während der Dyskinesie-Perioden durch und nimmt an allen sozialen Interaktionen teil.	
2: Leicht ausgeprägt: Dyskinesien beeinträchtigen mehrere Aktivitäten, aber der Patient führt normalerweise alle Aktivitäten während der Dyskinesie-Perioden durch und nimmt an allen sozialen Interaktionen teil.	
3: Mäßig ausgeprägt: Dyskinesien beeinträchtigen die Aktivitäten soweit, dass der Patient während der Dyskinesie-Perioden gewisse Aktivitäten nicht durchführt oder nicht an sozialen Aktivitäten teilnimmt.	
4: Schwer ausgeprägt: Dyskinesien beeinträchtigen die Funktion soweit, dass der Patient während der Dyskinesie-Perioden die meisten Aktivitäten nicht durchführt oder an den meisten sozialen Interaktionen nicht teilnimmt.	

B. MOTORISCHE FLUKTUATIONEN

4.3 DAUER DER OFF-PHASE

Wert

☐

Instruktionen für den Untersucher: Verwenden Sie bitte die in Frage 4.1 berechnete Stundenanzahl der Wachzeit und ermitteln Sie die Stunden der „OFF“-Phase. Berechnen Sie daraus die Prozentzahl. Falls der Patient eine OFF-Phase in der Sprechstunde entwickelt, können Sie auf diesen Zustand Bezug nehmen. Sie können auch auf Ihre Erfahrung mit dem Patienten zurückgreifen, um eine typische OFF-Phase zu beschreiben. Zusätzlich können Sie eine OFF-Phase, die Sie bei dem Patienten zuvor gesehen haben, oder eine typische OFF-Phase anderer Patienten nachahmen. Notieren Sie die durchschnittliche Anzahl von OFF-Stunden, die Sie für das Item 4.6 benötigen werden.

Instruktionen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: Bei manchen Patienten mit Parkinson-Krankheit zeigen Medikamente einen guten Effekt während der gesamten Wachzeit und wir nennen diese Phase „ON“-Phase. Andere Patienten nehmen zwar ihre Medikamente und dennoch wirken diese nicht durchgängig. Manchmal kann sich der Patient deshalb einige Zeit lang nicht gut oder nur eingeschränkt oder verlangsamt bewegen. Ärzte nennen diese schlechten Phasen „OFF“-Phase. Sie haben mir vorhin gesagt, dass Sie normalerweise ____ Stunden pro Tag wach sind. Wie viele Stunden während dieser Wachzeit haben Sie diese schlechte Phase oder OFF-Phase ___?(Benutzen Sie diese Zahl für Ihre Berechnung).

0: Normal: Keine OFF-Zeit.
1: Angedeutet vorhanden: ≤25% der Wachzeit tagsüber.
2: Leicht ausgeprägt: 26-50% der Wachzeit tagsüber.
3: Mäßig ausgeprägt: 51-75% der Wachzeit tagsüber.
4: Schwer ausgeprägt: > 75% der Wachzeit tagsüber.

1. Stunden der Wachzeit gesamt _____
2. Gesamtzahl von Stunden im „OFF“_____
3. % OFF = ((2/1)*100): _____

4.4 FUNKTIONELLE BEEINTRÄCHTIGUNG DURCH FLUKTUATIONEN	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Ermitteln Sie, bis zu welchem Grad motorische Fluktuationen das tägliche Leben des Patienten in Bezug auf Aktivitäten und soziale Interaktionen beeinträchtigen. Diese Frage konzentriert sich auf den Unterschied zwischen ON- und OFF - Phasen. Falls bei dem Patienten keine OFF - Phasen auftreten, ist die Bewertung „0“. Allerdings ist die Bewertung „0“ auch bei den Patienten mit sehr geringen Fluktuationen möglich, falls die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht beeinträchtigt werden. Benutzen Sie die Antwort des Patienten und des Angehörigen sowie Ihre eigenen Beobachtungen in der Sprechstunde, um die bestmöglichste Antwort zu finden.	☐
Instruktionen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: Überlegen Sie, wann diese schlechten Phasen oder „OFF“-Phasen während der letzten Woche aufgetreten sind. Haben Sie für gewöhnlich mehr Schwierigkeiten bei Ihren Tätigkeiten oder beim Umgang mit anderen Menschen im Vergleich zum Rest des Tages, wenn Sie die Wirkung Ihrer Medikamente spüren? Gibt es bestimmte Tätigkeiten, die Sie normalerweise während einer guten Periode durchführen und mit denen Sie während der schlechten Periode Probleme haben bzw. deren Ausführung Sie dann vollständig einstellen?	
0: Normal: Keine Fluktuationen oder keine Beeinträchtigung der Aktivitäten oder sozialen Interaktionen durch Fluktuationen.	
1: Angedeutet vorhanden: Fluktuationen beeinträchtigen einzelne Aktivitäten, aber der Patient führt trotzdem alle Aktivitäten während der OFF - Phase durch und nimmt an allen sozialen Interaktionen teil, die typischerweise in der ON - Phase stattfinden.	
2: Leicht ausgeprägt: Fluktuationen beeinträchtigen mehrere Aktivitäten, aber der Patient führt normalerweise alle Aktivitäten während der OFF-Phase durch und nimmt an allen sozialen Interaktionen teil, die typischerweise in der ON - Phase stattfinden.	
3: Mäßig ausgeprägt: Fluktuationen beeinträchtigen die Durchführung der Aktivitäten während der OFF-Phase soweit, dass der Patient gewisse Aktivitäten nicht durchführt und an gewissen sozialen Interaktionen nicht teilnimmt, die typischerweise in der ON - Phase stattfinden.	
4: Schwer ausgeprägt: Fluktuationen beeinträchtigen die Funktion soweit, dass der Patient während der OFF-Phase die meisten Aktivitäten nicht durchführt oder an den meisten sozialen Interaktionen nicht teilnimmt, die typischerweise in der ON - Phase stattfinden.	

4.5 KOMPLEXITÄT DER MOTORISCHEN FLUKTUATIONEN	Wert
Instruktionen für den Untersucher: Beurteilen Sie, wie sich die OFF - Phasen durch die Medikamentendosis, Tageszeit, Nahrungseinnahme oder andere Faktoren vorhersagen lassen. Verwenden Sie dazu die Informationen vom Patienten, des Angehörigen und ergänzen Sie diese mit Ihren eigenen Beobachtungen. Fragen Sie den Patienten, wann die Fluktuationen auftreten: Immer zu bestimmten Zeiten, meistens zu bestimmten Zeiten (was Sie unten für den Unterschied zwischen „angedeutet vorhanden“ und „leicht ausgeprägt“ benötigen werden), nur manchmal zu bestimmten Zeiten oder vollkommen unvorhersehbar. Durch Eingrenzung der Prozentzahl bei der Befragung können Sie sich der richtigen Prozentzahl annähern. *Instruktionen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: Bei manchen Patienten können die schlechte oder OFF-Phase zu bestimmten Tageszeiten bzw. beim Essen oder beim Sport auftreten. Haben Sie während der letzten Woche gewusst, wann die schlechten Phasen auftreten würden? Mit anderen Worten, kommen Ihre schlechten Phasen immer oder meistens zu einer bestimmten Zeit? Kommen sie nur manchmal zu einer bestimmten Zeit? Sind Ihre schlechten Phasen absolut unvorhersehbar?* 0: Normal: Keine motorischen Fluktuationen. 1: Angedeutet vorhanden: OFF - Phasen sind immer oder fast immer *vorhersehbar* (>75%) 2: Leicht ausgeprägt: OFF - Phasen sind meistens *vorhersehbar* (51-75%) 3: Mäßig ausgeprägt: OFF - Phasen sind manchmal *vorhersehbar* (26-50%) 4: Schwer ausgeprägt: OFF - Phasen sind selten *vorhersehbar* (≤25%)	☐

C. „OFF“-DYSTONIE	
4.6 SCHMERZHAFTE OFF-STADIUM DYSTONIE Instruktionen für den Untersucher: Ermitteln Sie bei Patienten, die motorische Fluktuationen haben, welcher Anteil der OFF-Phase auf schmerzhafte Dystonie entfällt. Sie haben bereits die Anzahl von Stunden der OFF-Phase ermittelt (4.3). Berechnen Sie nun, wie viele davon mit Dystonie assoziiert sind und berechnen Sie den Prozentwert. Falls die OFF-Phase nicht auftritt, notieren Sie „0“. *Instruktionen für den Patienten [und die Betreuungsperson]: In einer der vorherigen Fragen, haben Sie ___ Stunden angegeben, die Sie trotz Ihrer Medikamente in einer unbeweglichen oder OFF-Phase verbringen. Kommt es während dieser schlechten Phasen oder OFF-Phasen zu schmerzhaften Verkrampfungen oder Spasmen? Wenn Sie alle Episoden der schmerzhaften Verkrampfungen während des Tages summieren, wie viele Stunden von den ____ Stunden der schlechten Phasen würden Sie berechnen?* 0: Normal: Keine Dystonie oder keine OFF-Phase. 1: Angedeutet vorhanden: ≤25% der Zeit im OFF-Stadium. 2: Leicht ausgeprägt: 26-50% der Zeit im OFF-Stadium. 3: Mäßig ausgeprägt: 51-75% der Zeit im OFF-Stadium. 4: Schwer ausgeprägt: > 75% der Zeit im OFF-Stadium.	**Wert** ☐

1. Gesamtstunden der OFF-Phase _____
2. Gesamtzahl der Stunden mit Dystonie _____
3. % OFF-Dystonie = ((2/1)*100): _____

Zusammenfassung für den Patienten: LESEN SIE DIES DEM PATIENTEN VOR

Jetzt sind wir am Ende der Beurteilung Ihrer Parkinson- Krankheit angelangt. Ich weiß, dass die Fragen und Aufgaben eine gewisse Zeit in Anspruch genommen haben, aber ich wollte eine vollständige Erhebung durchführen und alle Details berücksichtigen. Dabei habe ich eventuell Probleme angesprochen, die Sie nicht haben. Möglicherweise habe ich auch Probleme erwähnt, mit denen Sie niemals konfrontiert werden. Nicht jeder Patient entwickelt alle diese Probleme, aber da sie möglicherweise auftreten könnten, ist es wichtig, alle Fragen mit jedem Patienten durchzugehen. Vielen Dank für die Zeit, die Sie sich genommen haben und für Ihre Bereitschaft, diesen Fragebogen mit mir zu bearbeiten.

Name des Patienten oder Patienten-ID	Zentrums ID	(DD-MM-JJJJ) Datum der Untersuchung	Initialen des Untersuchers

MDS UPDRS Bewertungsblatt

1.A	Informationsquellen	☐ Patient ☐ Betreuungsperson ☐ Patient + Betreuungsperson	3.3b	Rigor- ROE	
			3.3c	Rigor - LOE	
Teil I			3.3d	Rigor - RUE	
1.1.	Kognitive Beeinträchtigung		3.3e	Rigor - LUE	
1.2	Halluzinationen und Psychose		3.4a	Fingertippen– rechte Hand	
1.3	Depressive Stimmung		3.4b	Fingertippen – linke Hand	
1.4	Ängstliche Stimmung		3.5a	Handbewegungen – rechte Hand	
1.5	Apathie		3.5b	Handbewegungen – linke Hand	
1.6	Merkmale eines Dopamin-Dysregulationssyndroms		3.6a	Pronation-Supination – rechte Hand	
1.6a	Wer hat den Fragebogen ausgefüllt	☐ Patient ☐ Betreuungsperson ☐ Patient + Betreuungsperson	3.6b	Pronation-Supination – linke Hand	
			3.7a	Vorfusstippen – rechter Fuß	
1.7	Schlafstörungen		3.7b	Vorfußtippen – linker Fuß	
1.8	Tagesschläfrigkeit		3.8a	Beweglichkeit der Beine – rechtes Bein	
1.9	Schmerz und andere Sinnesempfindungen		3.8b	Beweglichkeit der Beine – linkes Bein	
1.10	Blasenstörungen		3.9	Aufstehen vom Stuhl	
1.11	Verstopfungsprobleme		3.10	Gangbild	
1.12	Schwindelgefühl im Stehen		3.11	Blockade beim Gehen	
1.13	Mattigkeit		3.12	Posturale Stabilität	
Teil II			3.13	Körperhaltung	
2.1	Sprache		3.14	Globale Spontaneität der Bewegung	
2.2	Speichelfluss und Ptyalismus		3.15a	Haltetremor – rechte Hand	
2.3	Kauen und Schlucken		3.15b	Haltetremor – linke Hand	
2.4	Essen		3.16a	Bewegungstremor – rechte Hand	
2.5	Ankleiden		3.16b	Bewegungstremor – linke Hand	
2.6	Körperpflege		3.17a	Amplitude des Ruhetremors– ROE	
2.7	Handschrift		3.17b	Amplitude des Ruhetremors– LOE	
2.8	Hobbys und andere Aktivitäten		3.17c	Amplitude des Ruhetremors– RUE	
2.9	Wenden im Bett		3.17d	Amplitude des Ruhetremors– LUE	
2.10	Tremor		3.17e	Amplitude des Ruhetremors– Lippen/Kiefer	
2.11	Aufstehen aus dem Bett,		3.18	Konstanz des Ruhetremors	

	Aussteigen aus einem Auto oder Aufstehen aus einem tiefen Sessel				
2.12	Gehen und Gleichgewicht			Traten Dyskinesien auf?	☐ Nein ☐ Ja
2.13	Blockaden beim Gehen			Hatten diese Einfluss auf die Bewertung?	☐ Nein ☐ Ja
3a	Erhält der Patient Medikamente?	☐ Nein ☐ Ja		Hoehn und Yahr Stadium	
3b	Klinischer Status des Patienten	☐ Off ☐ On	**Teil IV**		
3c	Nimmt der Patient Levodopa ein?	☐ Nein ☐ Ja	4.1	Dauer der Dyskinesien	
3.C1	Falls ja, wie viele Minuten sind seit der letzten Medikamenten-dosis vergangen?	_____ Minuten	4.2	Funktionelle Beeinträchtigung durch Dyskinesien	
Teil III			4.3	Dauer der OFF-Phase	
3.1	Sprache		4.4	Funktionelle Beeinträchtigung durch Fluktuationen	
3.2	Gesichtsaudruck		4.5	Komplexität der motorischen Fluktuationen	
3.3a	Rigor– Nacken		4.6	Schmerzhafte OFF-Stadium Dystonie	