Parkinson Insights

RATGEBER

Parkinson: Verlauf, Lebenserwartung und Prognose

Wie die Erkrankung fortschreitet, was die Zahlen zur Lebenserwartung bedeuten und was den Verlauf beeinflusst.

Ausgabe 1 · Stand November 2026

parkinson-insights.de

Inhalt

	Vorwort	3
1	Wie Parkinson fortschreitet	4
2	Die Phasen im Überblick	5
3	Warum jeder Verlauf anders ist	10
4	Was nach zehn Jahren ist	12
5	Lebenserwartung: was die Zahlen sagen	13
6	Wenn es keine typische Parkinson-Krankheit ist	15
7	Woran Menschen mit Parkinson sterben	16
8	Was den Verlauf günstig beeinflusst	18
9	Die späte Phase und das Lebensende	19
10	Über die Zukunft sprechen	20
	Auf einen Blick	21
	Anhang: Fragen zur Zukunft	21
	Abkürzungsverzeichnis	22
	Quellen	23

Ausgabe 1 · Stand November 2026. Kostenlos zum Herunterladen auf parkinson-insights.de. Unabhängig, ohne Geld von Arzneimittelherstellern oder Medizinprodukte-Firmen und ohne Werbung.

Vorwort

„Wie geht es weiter?“ und „Wie lange habe ich noch?“ gehören zu den ersten Fragen nach der Diagnose. Viele stellen sie nicht laut, aus Angst vor der Antwort. Andere suchen im Internet und finden Zahlen, die mehr beunruhigen als erklären.

Dieser Ratgeber will die Fragen ehrlich beantworten, ohne Angst zu machen und ohne etwas zu beschönigen. Er beschreibt, wie Parkinson typischerweise fortschreitet, welche Phasen es gibt und warum der Verlauf von Mensch zu Mensch so verschieden ist. Er erklärt, was die Zahlen zur Lebenserwartung bedeuten und was nicht. Und er zeigt, was Sie und Ihr Behandlungsteam tun können, damit Sie möglichst lange gut mit der Erkrankung leben.

Sie müssen den Ratgeber nicht von vorn bis hinten lesen. Manche möchten zunächst nur wissen, was in den nächsten Jahren zu erwarten ist. Die Kapitel über die späte Phase und das Lebensende können Sie auch später lesen oder ganz auslassen. Jedes Kapitel endet mit einer kurzen Zusammenfassung.

Grundlage sind die ärztliche Leitlinie „Parkinson-Krankheit“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie[1] und große Langzeitstudien aus Europa, Nordamerika, Australien und Asien. Die hochgestellten Zahlen verweisen auf das Quellenverzeichnis am Ende. Fachbegriffe erklärt das Abkürzungsverzeichnis.

Bevor Sie die Zahlen lesen

Alle Zahlen in diesem Ratgeber stammen aus Studien mit vielen Menschen. Sie beschreiben Durchschnitte und Spannbreiten, nicht Ihr persönliches Schicksal. Wie Ihre Erkrankung verläuft, hängt von vielen Umständen ab, die eine Statistik nicht kennt. Besprechen Sie Ihre persönliche Situation deshalb immer mit Ihrem Behandlungsteam.

Stand und Änderungen

Ausgabe 1, Stand November 2026. Die Leitlinie gilt bis Oktober 2028. Die Studienlage zur Prognose wird laufend besser. Wir prüfen den Ratgeber regelmäßig und passen ihn an. Mehr zu Behandlung und Alltag finden Sie in unserem Ratgeber „Parkinson – Was nun?“.

1 Wie Parkinson fortschreitet

Parkinson ist eine chronische Erkrankung, die langsam fortschreitet. Im Gehirn gehen über Jahre nach und nach Nervenzellen zugrunde, die den Botenstoff Dopamin bilden. Dazu kommen Veränderungen in anderen Teilen des Nervensystems, etwa in den Nerven des Darms. Dieser Prozess beginnt oft schon viele Jahre, bevor die ersten Bewegungsbeschwerden auffallen[1].

Anders als bei der Multiplen Sklerose verläuft Parkinson nicht in Schüben. Die Erkrankung schreitet stetig und meist langsam voran, in späteren Jahren oft schneller. Trotzdem erleben viele Menschen Phasen, in denen es ihnen plötzlich deutlich schlechter geht. Dafür gibt es meist einen anderen Grund, und der lässt sich oft behandeln: ein Infekt, etwa der Blase oder der Atemwege, zu wenig Trinken, ein neues Medikament, eine Operation, große Belastung oder eine Medikamentenwirkung, die vor der nächsten Einnahme nachlässt. Wenn sich Ihr Zustand innerhalb von Tagen oder wenigen Wochen deutlich verschlechtert, sollte deshalb immer nach einer solchen Ursache gesucht werden.

> **Bei Parkinson besonders wichtig**
>
> Eine rasche Verschlechterung ist selten das „normale Fortschreiten“. Das Fortschreiten selbst zeigt sich meist erst im Vergleich über Monate und Jahre. Lassen Sie plötzliche Veränderungen ärztlich abklären, statt sie hinzunehmen.

Was sich mit der Zeit verändert

In den ersten Jahren stehen meist die Bewegungsbeschwerden im Vordergrund: Verlangsamung, Steifigkeit und Zittern. Sie lassen sich in dieser Zeit mit Medikamenten oft gut behandeln. Mit den Jahren kommen Wirkschwankungen hinzu, und Beschwerden gewinnen an Gewicht, die weniger gut auf die Medikamente ansprechen: Gleichgewichtsstörungen und Stürze, Probleme beim Sprechen und Schlucken, Veränderungen von Gedächtnis und Denken sowie Beschwerden des unwillkürlichen Nervensystems wie Blutdruckabfall beim Aufstehen oder Blasenprobleme[1].

Das klingt bedrückend. Es hilft aber zu wissen, dass zwischen der Diagnose und den späten Problemen bei vielen Menschen etliche Jahre liegen. Und viele dieser Beschwerden lassen sich lindern, wenn sie früh erkannt werden.

Das Wichtigste in Kürze

- Parkinson schreitet langsam und stetig voran, nicht in Schüben.
- Plötzliche Verschlechterungen haben meist eine eigene, oft behandelbare Ursache.
- Mit den Jahren treten Beschwerden in den Vordergrund, die schlechter auf Medikamente ansprechen.

2 Die Phasen im Überblick

Fachleute teilen den Verlauf grob in vier Abschnitte. Die Grenzen sind fließend, und nicht jeder Mensch erlebt jede Phase gleich.

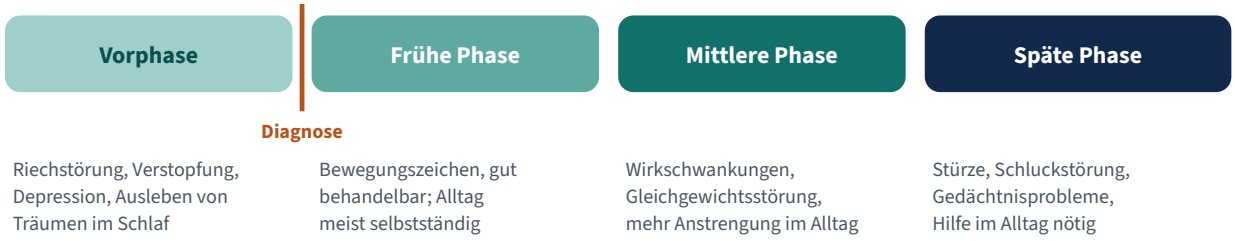


Abbildung 1: Die vier Phasen der Parkinson-Krankheit vereinfacht dargestellt.

Die Vorphase

Schon Jahre vor der Diagnose können Beschwerden auftreten, die man zunächst nicht mit Parkinson verbindet: ein verminderter Geruchssinn, Verstopfung, eine Depression oder die REM-Schlaf-Verhaltensstörung, bei der Menschen ihre Träume im Schlaf ausleben[1]. Nicht jeder, der eine dieser Beschwerden hat, bekommt Parkinson. Treffen aber mehrere zusammen, steigt die Wahrscheinlichkeit.

Die frühe Phase

Mit der Diagnose beginnt die Phase, in der die Bewegungszeichen sichtbar werden, zuerst oft auf einer Körperseite, später auf beiden. In dieser Zeit wirken die Medikamente in der Regel gut und gleichmäßig. Viele Menschen arbeiten weiter, treiben Sport und leben weitgehend wie vorher.

Die mittlere Phase

Nach einigen Jahren lässt die Wirkung der Tabletten vor der nächsten Einnahme oft nach, und es kommen Überbewegungen hinzu. Nach etwa fünf Jahren betrifft das 40 bis 50 Prozent der Menschen, die Levodopa nehmen[1]. Irgendwann wird auch das Gleichgewicht unsicherer. In einer großen europäischen Auswertung bevölkerungsbezogener Studien dauerte es im Median gut sieben Jahre, bis eine Gleichgewichtsstörung auftrat: bei der Hälfte länger, bei der anderen Hälfte kürzer. Etwa jeder Zehnte hatte sie schon bei der Diagnose. Ebenso lange dauerte es im Median, bis Betroffene im Alltag auf Hilfe angewiesen waren[2].

Die späte Phase

In der späten Phase stehen Beschwerden im Vordergrund, die kaum noch auf Medikamente ansprechen: häufige Stürze, Schluckstörungen, Trugbilder und Gedächtnisstörungen. Viele brauchen dann Hilfe bei alltäglichen Dingen wie Anziehen, Waschen und Essen. Eine Untersuchung an 129 Menschen, deren Diagnose nach dem Tod bestätigt wurde, zeigte etwas Überraschendes: Vier späte Meilensteine, nämlich häufige Stürze, Trugbilder, Demenz und der Umzug ins Pflegeheim, traten unabhängig vom Erkrankungsalter in ähnlichem Abstand vor dem Lebensende auf[11]. Das Alter beeinflusst also vor allem, wie schnell die frühe und mittlere Phase verlaufen.

Die Stadien nach Hoehn und Yahr

In Arztbriefen, bei Anträgen und in Studien taucht oft eine Stadienangabe nach Hoehn und Yahr auf, etwa „H&Y 2“ oder „Stadium 3“. Die Einteilung geht auf die amerikanischen Neurologen Margaret Hoehn und Melvin Yahr zurück, die sie 1967 veröffentlichten[10]. Sie ist bis heute die bekannteste Stadieneinteilung, weil sie einfach ist und in wenigen Minuten erhoben werden kann. Später wurden die Zwischenstufen 1,5 und 2,5 ergänzt[22].

Die Einteilung beschreibt vor allem zwei Dinge: ob die Beschwerden eine oder beide Körperseiten betreffen und ob das Gleichgewicht gestört ist. Um das Gleichgewicht zu prüfen, stellt sich die Ärztin hinter Sie und zieht Sie kurz und unerwartet an den Schultern nach hinten. Gesunde fangen sich mit einem oder zwei Schritten. Wer mehr Schritte braucht oder ohne Hilfe fallen würde, hat eine Gleichgewichtsstörung[22].

Stadium	Was es bedeutet	Im Alltag
1	Beschwerden nur auf einer Körperseite	kaum Einschränkungen; oft fällt nur eine Hand oder ein Bein auf
1,5	eine Körperseite, dazu Beschwerden am Rumpf, etwa eine leicht gebeugte Haltung	weiterhin selbstständig
2	Beschwerden auf beiden Seiten, Gleichgewicht erhalten	selbstständig; manche Tätigkeiten dauern länger
2,5	beide Seiten; beim Zugtest werden einige Ausgleichsschritte gebraucht, man fängt sich aber selbst	selbstständig
3	leichte bis mäßige Beschwerden auf beiden Seiten mit Gleichgewichtsstörung	körperlich noch unabhängig, aber höhere Sturzgefahr; der Alltag wird anstrengender
4	schwere Behinderung	Stehen und kurze Wege gehen noch ohne Hilfe; bei vielen Tätigkeiten ist Unterstützung nötig
5	ohne Hilfe an Rollstuhl oder Bett gebunden	auf Hilfe in fast allen Bereichen angewiesen

Der Sprung von Stadium 2 zu Stadium 3 ist der wichtigste Einschnitt: Mit der Gleichgewichtsstörung steigt die Sturzgefahr, und Gleichgewicht und Haltung sprechen weniger gut auf Medikamente an als Zittern oder Steifigkeit. Das Stadium hat auch praktische Folgen. Ab Stadium 3 steht die Parkinson-Krankheit zum Beispiel auf der bundesweiten Liste für einen langfristigen Heilmittelbedarf, sodass Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie leichter dauerhaft verordnet werden können[23].

Wie lange man in einem Stadium bleibt, ist sehr unterschiedlich. In einer Studie mit 695 Menschen aus Singapur dauerte es im Median 20 Monate von Stadium 1 zu Stadium 2. Am längsten blieben die Teilnehmenden in Stadium 2: Bis zum Übergang in Stadium 2,5 vergingen im Median 62 Monate, also gut fünf Jahre. Die späteren Übergänge dauerten jeweils etwa zwei Jahre[9]. Ältere Menschen und solche mit stärkeren Beschwerden kamen schneller voran. Die Zahlen stammen aus einer Spezialklinik und lassen sich nicht ohne Weiteres auf alle übertragen.

Was das Stadium nicht zeigt

Die Hoehn-und-Yahr-Stadien erfassen nur Bewegung und Gleichgewicht. Stimmung, Schlaf, Schmerzen, Gedächtnis, Blase, Verdauung und Blutdruck kommen darin nicht vor, obwohl gerade sie die Lebensqualität stark prägen. Zwei Menschen im selben Stadium können sich deshalb sehr unterschiedlich fühlen. Außerdem schwankt das Stadium bei Wirkschwankungen: Im Off kann es höher sein als im On. Fragen Sie Ihre Ärztin, in welchem Zustand das Stadium bestimmt wurde. Für ein vollständiges Bild nutzen Fachleute ausführlichere Skalen wie die MDS-UPDRS, die auch nicht motorische Beschwerden erfasst.

Der Verlauf auf einen Blick

Die folgende Karte zeigt, welche Beschwerden in welcher Phase typischerweise hinzukommen. Sie liest sich von innen nach außen: Im Zentrum steht die Vorphase vor der Diagnose, nach außen folgen die frühe, mittlere und späte Phase. Die vier Bereiche zeigen Bewegung und Gang, Sprechen und Schlucken, Denken und Psyche sowie Schlaf und Körperfunktionen. Nicht jeder Mensch bekommt alle Beschwerden, und nicht jede tritt genau in der gezeigten Phase auf[1, 2, 6, 8].

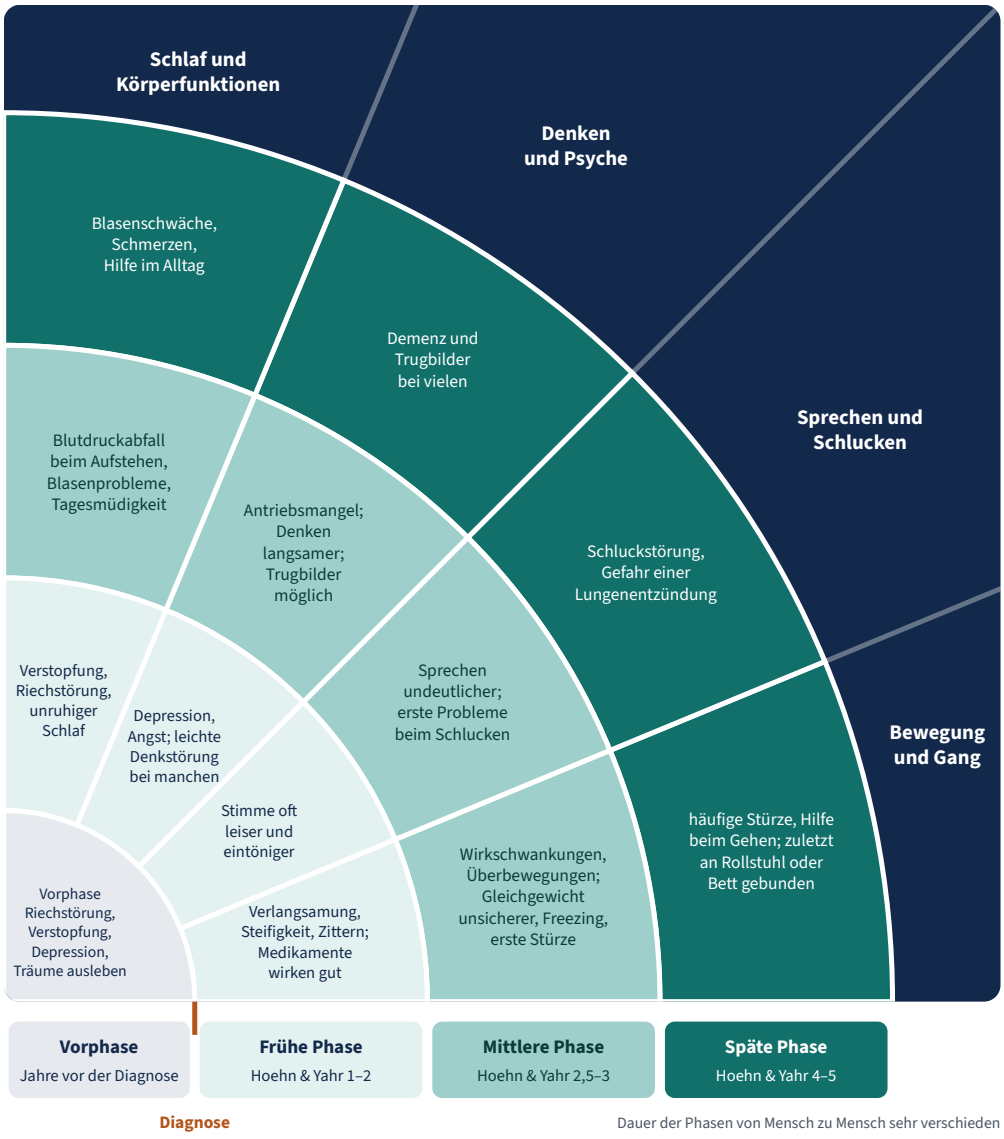


Abbildung 2: Typische Beschwerden in den Phasen der Parkinson-Krankheit, von der Vorphase (innen) bis zur späten Phase (außen). Vereinfachte Darstellung; Reihenfolge und Zeitpunkt sind von Mensch zu Mensch verschieden.

Das Wichtigste in Kürze

- Der Verlauf lässt sich grob in Vorphase, frühe, mittlere und späte Phase gliedern.
- Bis zur Gleichgewichtsstörung vergehen im Median gut sieben Jahre, bei der Hälfte länger, bei der anderen kürzer.
- Die Hoehn-und-Yahr-Stadien beschreiben Körperseiten und Gleichgewicht. Der wichtigste Einschnitt ist Stadium 3 mit der Gleichgewichtsstörung.
- Die nicht motorischen Beschwerden erfasst das Stadium nicht. Sie prägen die Lebensqualität aber oft stärker.

3 Warum jeder Verlauf anders ist

Parkinson ist keine einheitliche Erkrankung. Manche Menschen leben zwanzig Jahre und länger mit Parkinson, vor allem wenn die Erkrankung früh beginnt. Bei anderen schreitet die Erkrankung in wenigen Jahren deutlich voran. Die Forschung kennt inzwischen einige Umstände, die mit einem günstigeren oder ungünstigeren Verlauf zusammenhängen. Vorhersagen für den einzelnen Menschen erlauben sie aber nur begrenzt.

Das Alter bei Erkrankungsbeginn

Der wichtigste Einflussfaktor ist das Alter. Wer älter erkrankt, erreicht die Meilensteine der Erkrankung in der Regel schneller. In der großen europäischen Auswertung entwickelten Menschen, die vor dem 50. Lebensjahr diagnostiziert wurden, in den ersten zehn Jahren nur zu 10 Prozent eine Gleichgewichtsstörung und zu 6 Prozent eine Demenz. Bei einer Diagnose ab 80 Jahren war das Risiko viel höher: Rechnerisch hätten fast alle, die zehn Jahre überlebten, eine Gleichgewichtsstörung und rund drei Viertel eine Demenz entwickelt[2].

Wer früh erkrankt, vor dem 40. oder 50. Lebensjahr, hat meist einen langsameren Verlauf der Bewegungsbeschwerden, und Gedächtnis und Denken bleiben länger erhalten. Wirkschwankungen und Überbewegungen treten dafür früher auf. Erbliche Ursachen sind bei frühem Beginn häufiger[14]. Jüngere Betroffene haben oft andere Sorgen: Beruf, Familie, Kinder und Partnerschaft. Unser Ratgeber „Parkinson – Was nun?“ und die Ratgeber zu Schwerbehinderung und Erwerbsminderungsrente gehen darauf ein.

Nicht motorische Beschwerden bei der Diagnose

Die Leitlinie empfiehlt, schon bei der Diagnose auf Beschwerden außerhalb der Bewegung zu achten, um den Verlauf besser einschätzen zu können[1]. Ein schnellerer Verlauf war in Studien verbunden mit Einschränkungen im Alltag und beim Denken schon zu Beginn, einer Depression, einer REM-Schlaf-Verhaltensstörung und einem deutlich verminderten Geruchssinn. Auch Trugbilder, eine Gleichgewichtsstörung früh im Verlauf und ein Blutdruckabfall beim Aufstehen gelten als ungünstige Zeichen[1, 2, 5, 7, 13].

Untergruppen der Parkinson-Krankheit

Forschende haben versucht, die Erkrankung in Untergruppen einzuteilen. Früher unterschied man vor allem nach dem Bewegungsbild: Menschen, bei denen das Zittern im Vordergrund steht, haben eher einen günstigeren Verlauf als Menschen mit Steifigkeit, Verlangsamung und Gangstörungen[1, 7]. Neuere Einteilungen beziehen auch Denken, Blutdruck, Schlaf und Stimmung ein. Sie unterscheiden drei Gruppen[13]:

- **überwiegend leichte Bewegungsform:** vor allem Bewegungsbeschwerden, wenige andere Beschwerden, langsamer Verlauf
- **Zwischenform**
- **ausgeprägte Mischform:** ausgeprägte Bewegungsbeschwerden zusammen mit Denkstörungen, Blutdruckabfall beim Aufstehen oder einer REM-Schlaf-Verhaltensstörung, oder alle drei zusammen; schnellerer Verlauf

In einer Londoner Studie mit 111 Menschen lebten diejenigen mit der leichten Bewegungsform im Durchschnitt (Mittelwert) 20 Jahre nach der Diagnose, mit der Zwischenform 13 Jahre und mit der ausgeprägten Mischform 8 Jahre[1, 12]. Die ausgeprägte Mischform betraf vor allem ältere Männer, und sie war mit 18 von 111 Menschen die kleinste Gruppe. Die Teilnehmenden hatten ihr Gehirn der Forschung gespendet, waren bei der Diagnose im Mittel erst 62 Jahre alt und wurden in Spezialkliniken betreut. Die Zahlen fallen daher günstiger aus als bei allen Erkrankten. Diese Einteilungen sind noch Forschung und nicht Teil der üblichen Diagnostik. Fragen Sie Ihre Neurologin, wenn Sie wissen möchten, was die Beschwerden bei Ihnen bedeuten.

Weitere Einflüsse

Männer haben in mehreren Studien eine etwas kürzere Lebenserwartung als Frauen mit Parkinson[2, 5]. Auch Begleiterkrankungen, die allgemeine Fitness und die Qualität der Versorgung spielen eine Rolle. Bei den erblichen Formen gibt es Unterschiede. Menschen mit einer bestimmten Veränderung im Gen LRRK2 hatten zum Beispiel eher einen langsameren Verlauf, bei bestimmten Veränderungen im Gen SNCA verlief die Erkrankung schneller[1]. Für den einzelnen Menschen erlaubt aber auch ein Gentest keine sichere Vorhersage, wie lange er leben oder wie sich das Denken entwickeln wird. So steht es ausdrücklich in der Leitlinie[1].

Das Wichtigste in Kürze

- Das Alter bei Erkrankungsbeginn beeinflusst den Verlauf am stärksten.
- Frühe Denkstörungen, Depression, Trugbilder und eine REM-Schlaf-Verhaltensstörung sprechen eher für einen schnelleren Verlauf.
- Für den einzelnen Menschen bleibt jede Vorhersage unsicher, auch mit Gentest.

4 Was nach zehn Jahren ist

Am besten lässt sich der Verlauf an Studien ablesen, die alle Menschen mit einer neuen Diagnose in einer Region über viele Jahre begleiten. Sie sind genauer als Studien aus Spezialkliniken, in die eher jüngere und gesündere Menschen kommen. In solchen Studien lag das Alter bei der Diagnose im Mittel bei etwa 70 Jahren[2].

Ein Beispiel ist die CamPaIGN-Studie aus der englischen Region Cambridgeshire. Sie begleitete 142 Menschen zehn Jahre lang ab der Diagnose[6]. Nach zehn Jahren hatten 68 Prozent eine Gleichgewichtsstörung, und 46 Prozent eine Demenz. 55 Prozent waren gestorben. Die Sterblichkeit lag dabei nicht deutlich über der von Gleichaltrigen ohne Parkinson. Und knapp ein Viertel (23 Prozent) hatte nach zehn Jahren einen guten Verlauf: Sie lebten, gingen sicher und hatten keine Demenz.

Die große europäische Auswertung, die CamPaIGN und fünf weitere solche Studien mit zusammen 883 Menschen zusammenfasst, kam zu ähnlichen Ergebnissen: Nach zehn Jahren hatten 69 Prozent eine Gleichgewichtsstörung und knapp die Hälfte eine Demenz[2]. Für jüngere Menschen fielen die Zahlen deutlich günstiger aus, für ältere ungünstiger (Kapitel 3).

> **Bei Parkinson besonders wichtig**
>
> Langzeitstudien zeigen den Verlauf von Menschen, die vor zehn oder zwanzig Jahren erkrankt sind. Die Behandlung hat sich seitdem weiterentwickelt, etwa durch Pumpen, Hirnstimulation und mehr Physiotherapie und Logopädie. Ob sich das auf den Verlauf und die Lebenserwartung auswirkt, ist noch nicht ausreichend untersucht. Die Zahlen sind deshalb eine Orientierung, keine Vorhersage.

Nach zwanzig Jahren

Nur wenige Studien reichen so weit. Die bekannteste ist eine australische Studie aus Sydney, die 136 Menschen ab der Diagnose begleitete. Nach 20 Jahren lebte noch etwa ein Viertel. Bei den meisten von ihnen waren Stürze, Gedächtnisstörungen, Trugbilder und Blasenprobleme aufgetreten, etwa die Hälfte lebte im Pflegeheim[8]. Diese Zahlen beschreiben eine kleine Gruppe sehr lange Erkrankter. Sie zeigen aber auch, dass zwanzig Jahre und mehr mit Parkinson möglich sind.

Das Wichtigste in Kürze

- Zehn Jahre nach der Diagnose haben etwa zwei Drittel eine Gleichgewichtsstörung und knapp die Hälfte eine Demenz.
- Etwa ein Viertel geht es nach zehn Jahren noch gut: ohne Gangunsicherheit und ohne Demenz.
- Bei jüngeren Menschen fallen die Zahlen deutlich günstiger aus.

5 Lebenserwartung: was die Zahlen sagen

Parkinson selbst ist keine unmittelbar tödliche Erkrankung. Menschen sterben meist nicht an Parkinson, sondern an Folgen der späten Phase, etwa an einer Lungenentzündung (Kapitel 7). Im Durchschnitt ist die Lebenserwartung aber verkürzt. Wie stark, hängt vor allem davon ab, in welchem Alter die Erkrankung beginnt.

Was ein Median bedeutet

Studien zur Lebenserwartung geben meist die mediane Überlebenszeit an. Das ist die Zeit, nach der die Hälfte der Menschen in einer Studie gestorben ist und die andere Hälfte noch lebt. Ein Median von zehn Jahren heißt also nicht, dass man nach zehn Jahren stirbt. Viele leben deutlich länger, manche kürzer. Wie groß die Unterschiede sind, zeigt eine norwegische Studie: Dort lebten die Menschen nach den ersten Bewegungsbeschwerden zwischen 2 und 36 Jahren[5].

Lebenserwartung im Durchschnitt

In der großen europäischen Auswertung von Menschen mit neuer Diagnose lag die mediane Überlebenszeit bei 9,4 Jahren ab der Diagnose. Das mittlere Alter bei der Diagnose betrug dabei rund 70 Jahre. Die in der Studienzeit Verstorbenen waren im Mittel 81 Jahre alt[2]. Andere Studien kommen je nach Alter der Teilnehmenden und Art der Studie auf Werte zwischen etwa 9 und 15 Jahren[2, 4, 5]. Ein Teil der Unterschiede erklärt sich dadurch, ob ab der Diagnose oder ab den ersten Beschwerden gerechnet wird.

Fachleute vergleichen die Sterblichkeit auch mit der von Gleichaltrigen ohne Parkinson. In Studien, die Menschen ab der Diagnose begleiten, starben Menschen mit Parkinson etwa anderthalbmal so häufig wie Gleichaltrige. Je nach Studie liegt der Wert zwischen knapp 1 und fast 4[3].

Die ersten Jahre nach der Diagnose

Gerade für frisch Diagnostizierte ist ein Ergebnis wichtig: In den ersten Jahren nach der Diagnose ist die Sterblichkeit nur mäßig erhöht, in einzelnen Studien gar nicht messbar. In einer großen Studie aus Taiwan mit über 50.000 Neuerkrankten lag das Sterberisiko in den ersten fünf Jahren um etwa ein Drittel über dem von Gleichaltrigen, danach stieg der Abstand[18]. In der australischen Studie, deren Teilnehmende aus einer Medikamentenstudie stammten, war die Sterblichkeit in den ersten drei Jahren nicht erhöht[8]. In der englischen CamPaIGN-Studie war sie über zehn Jahre nicht deutlich erhöht[6]. Wer vor dem 60. Lebensjahr diagnostiziert wurde, starb in der europäischen Auswertung in den ersten fünf Jahren nur zu etwa 3 Prozent[2]. Der Abstand zu Gleichaltrigen wird mit der Krankheitsdauer größer.

Lebenserwartung nach Alter bei Diagnose

Die folgende Tabelle zeigt aus der europäischen Auswertung, wie viele Menschen zehn Jahre nach der Diagnose noch lebten, getrennt nach Alter und Geschlecht[2].

Alter bei Diagnose	Männer: nach 10 Jahren noch am Leben	Frauen: nach 10 Jahren noch am Leben
unter 50 Jahre	92 %	93 %
50 bis 59 Jahre	78 %	91 %
60 bis 69 Jahre	62 %	76 %
70 bis 79 Jahre	25 %	37 %
80 Jahre und älter	9 %	16 %

Bei älteren Menschen spiegelt sich in diesen Zahlen auch die allgemeine Lebenserwartung im hohen Alter.

Eine norwegische Klinikstudie zeigt außerdem, wie stark die Zeit mit Parkinson vom Alter bei Erkrankungsbeginn abhängt: Wer jung erkrankt, lebt meist Jahrzehnte mit Parkinson, verliert im Vergleich zu Gleichaltrigen aber mehr Lebensjahre als jemand, der spät erkrankt[4]. Klinikstudien liefern allerdings deutlich günstigere Werte als Studien mit allen Erkrankten einer Region[2].

Denken und Gedächtnis zählen besonders

In fast allen Studien hängt die Lebenserwartung stark davon ab, ob Gedächtnis und Denken erhalten bleiben[3, 7]. In einer schwedischen Studie hatten Menschen, deren Denkleistung bei der Diagnose unauffällig war, eine weitgehend normale Lebenserwartung[7]. Auch Trugbilder,

ausgeprägte Bewegungsbeschwerden und ein höheres Alter gingen mit einer kürzeren Lebenszeit einher[2, 5].

Vorsicht bei Zahlen aus dem Internet

Im Internet kursieren sehr unterschiedliche Zahlen zur Lebenserwartung. Oft ist nicht klar, ob ab der Diagnose oder ab den ersten Beschwerden gerechnet wird, wie alt die Teilnehmenden waren und ob es sich um eine typische Parkinson-Krankheit oder ein atypisches Parkinson-Syndrom handelt. Manche Seiten stammen außerdem von Arzneimittelherstellern. Vergleichen Sie Zahlen nicht mit Ihrer eigenen Situation, ohne mit Ihrem Behandlungsteam darüber zu sprechen.

Das Wichtigste in Kürze

- Die Lebenserwartung ist im Durchschnitt verkürzt, vor allem bei spätem Krankheitsverlauf und Demenz.
- In den ersten Jahren nach der Diagnose ist die Sterblichkeit nur mäßig erhöht. Der Abstand wächst mit der Krankheitsdauer.
- Wer jung erkrankt, lebt meist Jahrzehnte mit Parkinson. Die Spannbreite ist groß.

6 Wenn es keine typische Parkinson-Krankheit ist

Manchmal stellt sich im Verlauf heraus, dass hinter den Beschwerden keine Parkinson-Krankheit steckt, sondern eine verwandte Erkrankung. Die Diagnose wird mit den Jahren sicherer. In einer kleinen Studie, in der die Diagnose nach dem Tod überprüft wurde, war sie bei kurzer Krankheitsdauer oft noch unsicher. Nach mehr als fünf Jahren stimmte sie in fast neun von zehn Fällen[1]. Die Behandlung hängt davon zunächst meist nicht ab, und die Diagnose wird bei den Kontrollen immer wieder überprüft. Die verwandten Erkrankungen verlaufen in der Regel schneller als die Parkinson-Krankheit und sprechen schlechter auf Medikamente an.

- **Multisystematrophie (MSA):** Neben den Bewegungsbeschwerden stehen früh Störungen des unwillkürlichen Nervensystems im Vordergrund, etwa starker Blutdruckabfall beim Aufstehen oder Blasenstörungen. In einer europäischen Studie lebten Betroffene im Median 9,8 Jahre nach den ersten Beschwerden[15].

- **Progressive supranukleäre Blickparese (PSP):** Typisch sind frühe Stürze nach hinten und eine Störung der Augenbewegungen. Weil die Diagnose oft spät gestellt wird, lebten die während einer englischen Studie Verstorbenen im Durchschnitt nur 2,9 Jahre nach der Diagnose[16]. Ab den ersten Beschwerden gerechnet ist die Zeit deutlich länger.
- **Demenz mit Lewy-Körperchen und Parkinson-Demenz:** Wenn zu Parkinson eine Demenz hinzukommt, wird die verbleibende Zeit kürzer. In einem schwedischen Register lebten Menschen nach der Diagnose einer Parkinson-Demenz im Median noch 4,1 Jahre, nach der Diagnose einer Demenz mit Lewy-Körperchen 4,0 Jahre[17]. Diese Zeit wird ab der Demenzdiagnose gerechnet, nicht ab der Parkinson-Diagnose.

In einer schwedischen Studie hatten Menschen mit atypischen Parkinson-Syndromen eine erwartete Lebenszeit von 6,1 Jahren, Menschen mit Parkinson-Krankheit von 9,6 Jahren, bei einem Alter von etwa 72 Jahren zu Beginn[7].

Das Wichtigste in Kürze

- Die Diagnose wird mit den Jahren sicherer. Eine geänderte Diagnose ist nicht ungewöhnlich.
- Atypische Parkinson-Syndrome verlaufen meist schneller als die Parkinson-Krankheit.
- In einem schwedischen Register lebten Menschen nach der Demenzdiagnose im Median noch etwa vier Jahre, manche deutlich länger.

7 Woran Menschen mit Parkinson sterben

Nicht immer ist Parkinson der Grund für den Tod. In der englischen CamPaIGN-Studie war Parkinson laut Totenschein nur bei 20 Prozent der Verstorbenen ein wesentlicher Grund für den Tod[6]. Totenscheine erfassen Parkinson allerdings oft nicht. Häufig ist der Tod eine indirekte Folge, etwa durch eine Lungenentzündung nach Verschlucken.

Lungenentzündung

Die häufigste Todesursache bei Parkinson ist die Lungenentzündung[6, 7]. Sie entsteht oft dadurch, dass Speichel, Getränke oder Essen beim Schlucken in die Luftröhre gelangen. Mehr als 80 Prozent der Menschen mit Parkinson entwickeln im Lauf der Zeit eine Schluckstörung[1]. Gefährlich ist, dass das Verschlucken auch ohne Husten geschehen kann. Das Risiko für eine solche Lungenentzündung ist bei Parkinson mehr als dreimal so hoch wie

bei Menschen ohne Parkinson[19]. In einer kleinen Studie mit Menschen in der späten Phase ging eine stärkere Schluckstörung mit einem ungünstigeren Verlauf im folgenden Jahr einher[20].

Stürze und Infekte

Stürze sind in der späten Phase häufig und können zu Knochenbrüchen führen. In der australischen Langzeitstudie hatten 35 Prozent der Menschen, die 20 Jahre mit Parkinson lebten, einen Knochenbruch erlitten[8]. Auch Infekte, etwa der Harnwege, schwächen in der späten Phase und können die Beschwerden deutlich verschlechtern. Eine große Studie aus Taiwan fand bei Parkinson ein besonders erhöhtes Sterberisiko durch Suizid, Demenz und Lungenentzündung[18]. Was bei seelischer Not hilft, steht in Kapitel 10.

Akinetische Krise

Eine seltene, aber gefährliche Situation ist die akinetische Krise: Der Körper wird innerhalb weniger Tage fast völlig unbeweglich, oft mit Fieber und Schluckstörung. Besonders häufige Auslöser sind ausgelassene oder abrupt abgesetzte Medikamente und Magen-Darm-Infekte, bei denen die Tabletten nicht mehr aufgenommen werden. Auch andere Infekte, Operationen und zu wenig Flüssigkeit können eine Krise auslösen. In Studien starben 4 bis 23 Prozent der Betroffenen an einer solchen Krise[1]. Eine frühe, gute Behandlung verbessert die Aussichten deutlich.

Achtung: Notruf 112

Wird ein Mensch mit Parkinson innerhalb kurzer Zeit fast bewegungsunfähig, kann nicht mehr schlucken, bekommt Fieber oder wird verwirrt, und hilft die übliche Dosis nicht: Rufen Sie den Notarzt (112). Weisen Sie auf die Parkinson-Erkrankung hin.

Das Wichtigste in Kürze

- Häufigste Todesursache ist die Lungenentzündung, oft durch Verschlucken.
- Stürze, Infekte und die akinetische Krise sind weitere Gefahren, auf die man achten kann.
- Nicht immer ist Parkinson selbst der Grund für den Tod.

8 Was den Verlauf günstig beeinflusst

Bisher gibt es keine Behandlung, die nachweislich das Fortschreiten von Parkinson aufhält oder verlangsamt[1]. Das gilt für Medikamente ebenso wie für Nahrungsergänzungsmittel. Trotzdem können Sie viel dafür tun, dass es Ihnen lange gut geht. Denn viele der Probleme, die die Lebensqualität und die Lebenserwartung bestimmen, lassen sich verhindern, hinauszögern oder lindern.

- [ ] **Gut eingestellte Medikamente:** Nehmen Sie sie pünktlich und setzen Sie sie nie eigenmächtig ab. Eine gute Beweglichkeit schützt vor Stürzen und Folgeproblemen.
- [ ] **Bewegung:** Die Leitlinie empfiehlt fordernde Physiotherapie und angeleitetes Eigentraining von zusammen mindestens drei Stunden pro Woche. Das verbessert Gang, Gleichgewicht und Lebensqualität[1]. Ausdauertraining hilft auch bei leichten Denkstörungen. Ob Bewegung das Fortschreiten selbst bremst, ist bisher nicht belegt.
- [ ] **Schlucken:** Lassen Sie Schluckprobleme früh untersuchen und nutzen Sie die Logopädie. Eine gezielte Schlucktherapie macht das Schlucken sicherer[1].
- [ ] **Sturzvorbeugung:** Gleichgewichtstraining, Ergotherapie, eine sichere Wohnung und die Behandlung eines Blutdruckabfalls beim Aufstehen verringern die Sturzgefahr.
- [ ] **Stimmung und Denken:** Eine Depression ist behandelbar, mit Psychotherapie, Bewegung und Medikamenten. Gedächtnis und Denken profitieren von Ausdauertraining und angeleitetem Denktraining[1].
- [ ] **Infekte und Trinkmenge:** Lassen Sie Infekte früh behandeln, trinken Sie genug, und achten Sie auf plötzliche Verwirrtheit.
- [ ] **Regelmäßige Kontrollen:** Mindestens einmal im Jahr, bei Veränderungen öfter. Dabei sollten auch Beschwerden außerhalb der Bewegung zur Sprache kommen.
- [ ] **Rechtzeitig über weitere Verfahren sprechen:** Pumpen und Tiefe Hirnstimulation können Wirkschwankungen über viele Jahre deutlich bessern[1].

Achtung: Heilsversprechen

Mittel, die Parkinson angeblich aufhalten oder heilen, gibt es nicht. Die Leitlinie rät ausdrücklich davon ab, Nahrungsergänzungsmittel oder andere Präparate zu diesem Zweck einzunehmen[1].

Das Wichtigste in Kürze

- Das Fortschreiten lässt sich bisher nicht aufhalten, die Folgen aber oft hinauszögern oder lindern.
- Besonders wichtig sind Bewegung, Schlucktherapie, Sturzvorbeugung und die Behandlung von Depression und Infekten.
- Pünktlich eingenommene, gut eingestellte Medikamente schützen vor gefährlichen Krisen.

9 Die späte Phase und das Lebensende

Dieses Kapitel handelt von der letzten Phase der Erkrankung. Wenn Sie es jetzt noch nicht lesen möchten, ist das in Ordnung.

In der späten Phase sind die meisten Menschen auf viel Hilfe angewiesen. Im Vordergrund stehen dann Beschwerden, die kaum noch auf Medikamente ansprechen: Stürze und Haltungsprobleme, Schluckstörungen, Verwirrtheit, Depression, Angst, Antriebslosigkeit und Gedächtnisstörungen[1]. Wie lange diese Phase dauert, ist sehr unterschiedlich. Manche Menschen leben noch Jahre damit.

Palliative Begleitung

Palliativ bedeutet nicht Sterbebegleitung in den letzten Tagen. Gemeint ist eine Versorgung, die Lebensqualität und Linderung in den Mittelpunkt stellt, wenn eine Heilung nicht möglich ist. Bei Parkinson verschiebt sich das Ziel der Behandlung im Lauf der Jahre: weg von der bestmöglichen Beweglichkeit, hin zur Linderung körperlicher, seelischer und spiritueller Belastungen. Die Leitlinie spricht sich dafür aus, palliative Angebote früh einzubeziehen und ein Team aus verschiedenen Berufen zu beteiligen[1].

Palliative Versorgung ist zu Hause möglich, über die Hausarztpraxis und ambulante Palliativdienste, im Pflegeheim, im Hospiz oder in einer Klinik. Auch wenn das Schlucken nicht mehr gelingt, können Parkinson-Medikamente weiter gegeben werden, etwa über eine Magensonde, als Pflaster oder über eine Pumpe unter die Haut[1].

Rechtzeitig vorsorgen

Die Leitlinie empfiehlt, früh über Wünsche für die späte Phase zu sprechen, möglichst bevor das Denken nachlässt[1]. Viele haben eine Vorsorgevollmacht und eine Patientenverfügung, die aber oft zu allgemein sind. In der Vorsorgevollmacht bestimmen Sie, wer für Sie entscheidet. In die Patientenverfügung gehören konkrete Festlegungen zu Fragen, die bei

Parkinson wichtig werden können: Möchte ich bei schweren Schluckstörungen eine Magensonde? Soll eine Lungenentzündung im Krankenhaus behandelt werden? Wo möchte ich die letzte Zeit verbringen? Lassen Sie sich dazu ärztlich beraten und sprechen Sie mit den Menschen, die Sie später vertreten sollen.

Tipp

Mehr zu Pflegegrad, Leistungen der Pflegeversicherung und Entlastung für Angehörige finden Sie in unserem Ratgeber „Pflege zu Hause bei Parkinson“. Die Hinterbliebenenrente erklärt unser Ratgeber „Hinterbliebenenrente für Angehörige“.

Das Wichtigste in Kürze

- In der späten Phase steht die Linderung von Beschwerden im Vordergrund.
- Palliative Begleitung kann früh beginnen und zu Hause stattfinden.
- Eine Patientenverfügung sollte konkret auf Parkinson eingehen, eine Vorsorgevollmacht regelt, wer entscheidet.

10 Über die Zukunft sprechen

Viele Menschen mit Parkinson wünschen sich verlässliche Aussagen über ihre Zukunft. Davon hängen oft wichtige Entscheidungen ab, etwa über Beruf, Wohnung oder Vorsorge[1]. Ihr Behandlungsteam kann Ihnen keine genaue Prognose geben, aber es kann einschätzen, ob Ihr Verlauf eher günstig oder ungünstig ist und worauf Sie sich einstellen sollten. Fragen Sie danach, wenn Sie es wissen möchten. Sie dürfen auch sagen, dass Sie bestimmte Dinge noch nicht wissen wollen.

Mit der Ungewissheit zu leben, ist für viele das Schwerste. Hilfreich ist es, die Gegenwart nicht von der Sorge um die Zukunft bestimmen zu lassen. Manche Menschen finden Halt im Austausch mit anderen Betroffenen, etwa in einer Selbsthilfegruppe der Deutschen Parkinson Vereinigung. Andere nutzen eine psychologische Begleitung. Auch Angehörige dürfen sich Unterstützung holen.

Wenn die Hoffnung schwindet

Eine schwere Erkrankung kann Gedanken auslösen, nicht mehr leben zu wollen. Sprechen Sie solche Gedanken offen bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt an. Rund um die Uhr erreichbar ist die Telefonseelsorge unter 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222, kostenlos und anonym[21]. In akuter Gefahr wählen Sie den Notruf 112.

Das Wichtigste in Kürze

- Fragen Sie Ihr Behandlungsteam nach Ihrer persönlichen Einschätzung. Sie bestimmen, wie viel Sie wissen möchten.
- Selbsthilfe und psychologische Begleitung helfen, mit der Ungewissheit zu leben.

Auf einen Blick

1. **Parkinson verläuft langsam** und nicht in Schüben. Plötzliche Verschlechterungen haben meist eine behandelbare Ursache. (Kapitel 1)
2. **Zwischen Diagnose und späten Problemen** liegen bei vielen Menschen etliche Jahre. Bis zur Gleichgewichtsstörung vergehen im Median gut sieben Jahre. (Kapitel 2)
3. **Jeder Verlauf ist anders.** Am stärksten wirkt das Alter bei Erkrankungsbeginn. (Kapitel 3)
4. **Nach zehn Jahren** geht es etwa einem Viertel noch gut, ohne Gangunsicherheit und Demenz. (Kapitel 4)
5. **Die Lebenserwartung** ist im Durchschnitt verkürzt. In den ersten Jahren nach der Diagnose ist die Sterblichkeit aber nur mäßig erhöht. (Kapitel 5)
6. **Häufigste Todesursache** ist die Lungenentzündung, oft durch Verschlucken. Schlucktherapie, Sturzvorbeugung und pünktliche Medikamente schützen. (Kapitel 7 und 8)
7. **Vorsorgen** Sie rechtzeitig und sprechen Sie offen mit Ihrem Behandlungsteam. (Kapitel 9 und 10)

Anhang: Fragen zur Zukunft

Kreuzen Sie an, was Sie beim nächsten Termin ansprechen möchten. Sie müssen nicht alle Fragen auf einmal stellen.

- [ ] Wie schätzen Sie meinen bisherigen Verlauf ein: eher langsam, durchschnittlich oder schneller?
- [ ] Gibt es bei mir Beschwerden, die für den weiteren Verlauf wichtig sind, etwa beim Denken, beim Schlaf oder beim Blutdruck?
- [ ] Ist die Diagnose Parkinson-Krankheit bei mir sicher, oder kommt auch eine andere Form infrage?
- [ ] Worauf sollte ich mich in den nächsten Jahren einstellen?
- [ ] Was kann ich selbst tun, um möglichst lange selbstständig zu bleiben?
- [ ] Sollte mein Schlucken untersucht werden?
- [ ] Wann sollten wir über Pumpe oder Tiefe Hirnstimulation sprechen?
- [ ] Was sollte ich in meiner Patientenverfügung zu Parkinson festlegen?
- [ ] Wer kann mich und meine Familie psychologisch oder palliativ begleiten?

Meine Notizen:

Abkürzungsverzeichnis

CamPaIGN	Englische Langzeitstudie mit allen neu Erkrankten einer Region (Cambridgeshire)
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Hoehn und Yahr	Einteilung der Erkrankung in Stadien von 1 bis 5 nach Körperseiten und Gleichgewicht
MDS-UPDRS	ausführliche Skala zur Erfassung motorischer und nicht motorischer Beschwerden
LRRK2, SNCA	Gene, deren Veränderungen erbliche Formen von Parkinson verursachen können

Median	der mittlere Wert: Die eine Hälfte liegt darunter, die andere darüber; nicht zu verwechseln mit dem Durchschnitt (Mittelwert)
MSA	Multisystematrophie, ein atypisches Parkinson-Syndrom
Palliativ	Versorgung, die Linderung und Lebensqualität in den Mittelpunkt stellt
PSP	Progressive supranukleäre Blickparese, ein atypisches Parkinson-Syndrom
RBD	REM-Schlaf-Verhaltensstörung: Ausleben von Träumen im Schlaf
Dyskinesien	Überbewegungen: unwillkürliche Bewegungen bei starker Medikamentenwirkung
Fluktuationen	Wirkschwankungen: Wechsel zwischen guter und schlechter Beweglichkeit

Quellen

1. Höglinger G., Trenkwalder C. et al.: Parkinson-Krankheit, S2k-Leitlinie, 2023. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. AWMF-Registernummer 030-010, Version 8.1, gültig bis 24.10.2028. dgn.org/leitlinien
2. Macleod A. D. et al. (Parkinson's Incidence Cohorts Collaboration): Prognosis in Parkinson's disease: an individual patient data meta-analysis of six European incidence cohorts. Movement Disorders 2026;41(7):1798–1811. doi.org/10.1002/mds.70303
3. Macleod A. D., Taylor K. S. M., Counsell C. E.: Mortality in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. Movement Disorders 2014;29(13):1615–1622. doi.org/10.1002/mds.25898
4. Hustad E., Myklebust T. Å., Gulati S., Aasly J. O.: Increased mortality in young-onset Parkinson's disease. Journal of Movement Disorders 2021;14(3):214–220. doi.org/10.14802/jmd.21029
5. Forsaa E. B. et al.: What predicts mortality in Parkinson disease? A prospective population-based long-term study. Neurology 2010;75(14):1270–1276. doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181f61311
6. Williams-Gray C. H. et al.: The CamPaIGN study of Parkinson's disease: 10-year outlook in an incident population-based cohort. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 2013;84(11):1258–1264. doi.org/10.1136/jnnp-2013-305277
7. Bäckström D. et al.: Early predictors of mortality in parkinsonism and Parkinson disease: a population-based study. Neurology 2018;91(22):e2045–e2056. doi.org/10.1212/WNL.0000000000006576
8. Hely M. A. et al.: The Sydney multicenter study of Parkinson's disease: the inevitability of dementia at 20 years. Movement Disorders 2008;23(6):837–844. doi.org/10.1002/mds.21956
9. Zhao Y. J. et al.: Progression of Parkinson's disease as evaluated by Hoehn and Yahr stage transition times. Movement Disorders 2010;25(6):710–716. doi.org/10.1002/mds.22875
10. Hoehn M. M., Yahr M. D.: Parkinsonism: onset, progression and mortality. Neurology 1967;17(5):427–442. doi.org/10.1212/WNL.17.5.427
11. Kempster P. A. et al.: Relationships between age and late progression of Parkinson's disease: a clinico-pathological study. Brain 2010;133(6):1755–1762. doi.org/10.1093/brain/awq059

12. De Pablo-Fernández E. et al.: Prognosis and neuropathologic correlation of clinical subtypes of Parkinson disease. JAMA Neurology 2019;76(4):470–479. doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.4377
13. Fereshtehnejad S.-M. et al.: Clinical criteria for subtyping Parkinson's disease: biomarkers and longitudinal progression. Brain 2017;140(7):1959–1976. doi.org/10.1093/brain/awx118
14. Schrag A., Schott J. M.: Epidemiological, clinical, and genetic characteristics of early-onset parkinsonism. Lancet Neurology 2006;5(4):355–363. doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70411-2
15. Wenning G. K. et al.: The natural history of multiple system atrophy: a prospective European cohort study. Lancet Neurology 2013;12(3):264–274. doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70327-7
16. Coyle-Gilchrist I. T. S. et al.: Prevalence, characteristics, and survival of frontotemporal lobar degeneration syndromes. Neurology 2016;86(18):1736–1743. doi.org/10.1212/WNL.0000000000002638
17. Fereshtehnejad S.-M., Lökk J., Wimo A., Eriksdotter M.: No significant difference in cognitive decline and mortality between Parkinson's disease dementia and dementia with Lewy bodies: naturalistic longitudinal data from the Swedish Dementia Registry. Journal of Parkinson's Disease 2018;8(4):553–561. doi.org/10.3233/JPD-181367
18. Chiou S. J. et al.: Mortality and causes of death in patients with Parkinson's disease in Taiwan. Journal of Parkinson's Disease 2025;15(4):819–828. doi.org/10.1177/1877718X251342490
19. Chua W. Y. et al.: Risk of aspiration pneumonia and hospital mortality in Parkinson disease: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Neurology 2024;31(12):e16449. doi.org/10.1111/ene.16449
20. Fabbri M. et al.: Dysphagia predicts poor outcome in late-stage Parkinson's disease. Parkinsonism and Related Disorders 2019;64:73–81. doi.org/10.1016/j.parkreldis.2019.02.043
21. TelefonSeelsorge Deutschland: Kontakt am Telefon, kostenlos und rund um die Uhr. telefonseelsorge.de
22. Goetz C. G. et al.: Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations. Movement Disorders 2004;19(9):1020–1028. doi.org/10.1002/mds.20213
23. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf / besonderer Verordnungsbedarf (Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie), Stand 2026. kbv.de

Parkinson Insights ist mit den genannten Fachgesellschaften, Studiengruppen und Verbänden nicht verbunden. Studienergebnisse beschreiben Gruppen von Menschen und erlauben keine Vorhersage für den Einzelfall.

Parkinson Insights

Über diesen Ratgeber

Parkinson Insights ist ein unabhängiger Wissenskanal für Menschen mit Parkinson und ihre Angehörigen. Wir erklären Forschung, Therapien und Alltagsfragen verständlich und mit Quellenangabe.

Unabhängigkeit

Dieser Ratgeber entstand ohne Geld oder Einfluss von Arzneimittelherstellern, Medizinprodukte-Firmen, Krankenkassen oder Verbänden. Er enthält keine Werbung. Als Quellen dienen die ärztliche Leitlinie und unabhängige Studien, keine Herstellerangaben.

So ist er entstanden

Grundlage sind die DGN-Leitlinie zur Parkinson-Krankheit und die im Quellenverzeichnis genannten Veröffentlichungen. Der Text wurde mit Unterstützung von KI erstellt und fachkundig redaktionell geprüft. Wie wir arbeiten, beschreiben wir auf parkinson-insights.de/so-arbeiten-wir.

Wichtiger Hinweis

Dieser Ratgeber dient der allgemeinen Information und ersetzt keine ärztliche Beratung. Studienergebnisse beschreiben Gruppen von Menschen und erlauben keine Vorhersage für den Einzelfall. Im Notfall wählen Sie 112.

Stand und Korrekturen

Ausgabe 1 · Stand November 2026. Medizinisches Wissen entwickelt sich weiter. Die jeweils aktuelle Ausgabe finden Sie auf parkinson-insights.de/ratgeber. Hinweise auf Fehler nehmen wir gern entgegen: info@parkinson-insights.de

Herausgeber

Thomas Rösch, m4h – machines4humans, Bei der alten Eiche 5, 78315 Radolfzell am Bodensee · info@parkinson-insights.de · parkinson-insights.de/impressum