



**PARKINSONNETZ
OSNABRÜCK+**

**Herzlich Willkommen zum
Netzwerktreffen des PNO+!**

4. September 2024

Was Sie heute erwartet...



- | | |
|-----------|--|
| 18:00 Uhr | Begrüßung und Vorstellung von Julia Glosemeyer |
| 18:10 Uhr | Sammlung von Feedback und Anregungen zum Mitgliederbereich & weitere Infos zur Supportplattform der Hilde-Ulrichs-Stiftung |
| 18:20 Uhr | Fortbildung: Neuerungen in der S2k-Leitlinie zur Parkinson-Krankheit - Teil 2: Nicht-motorische Symptome und Versorgungskonzepte und Vorstellung der Quickcard „Affektive Störungen“ |
| 19:00 Uhr | Aktueller Stand der Netzwerk-Skalierung |
| 19:10 Uhr | Pause |
| 19:25 Uhr | Interdisziplinärer Austausch zu Veränderungen durch die Netzwerkarbeit im Alltag inkl. Diskussion |
| 20:25 Uhr | Nächste Termine & Umfrage |

Vorstellung Julia Glosemeyer



Julia Glosemeyer
Netzwerkkordinatorin (PNO+)

Bisherige Tätigkeiten:

- **BFD bei der Johanniter-Unfall-Hilfe Osnabrück:** Durchführung von Erste-Hilfe-Kursen, Krankentransporte, Hausnotruf, Ausbildung zur Rettungssanitäterin
- **Schmitz Cargobull AG in Horstmar:** Werkstudentin Personalentwicklung

Aktuell:

Studium Wirtschaftspsychologie an der Hochschule Osnabrück
Schwerpunkte: Gesundheitspsychologie, Personalentwicklung, Organisationspsychologie

Kontaktdaten:

 j.glosemeyer@pnplus.de

 Mittwochs im ZNG des Klinikums, Ebene 4,
Büro der neurologischen Frührehabilitation

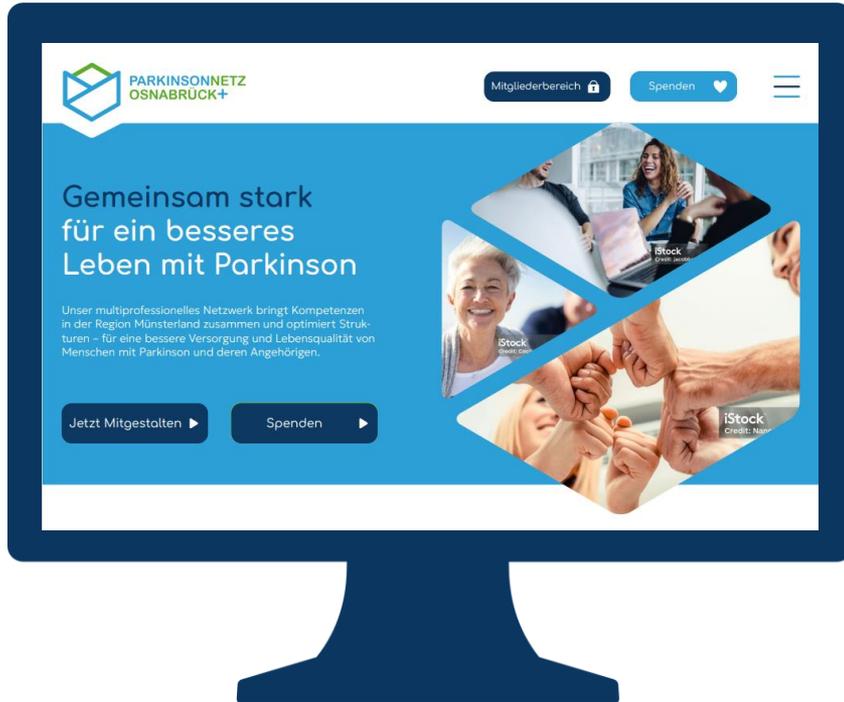
Aufgabenbereiche:

- Pflege & Verwaltung der PNO+ Website und des Versorgeratlas
- Koordination der Netzwerktreffen und Schulungen des PNO+
- Bearbeitung von Mitgliedsanträgen & Anfragen
- Ansprechpartnerin für Fragen & Anliegen rund um das Netzwerk



Sammlung von Feedback und Anregungen zum Mitgliederbereich

Julia Glosemeyer und Jonas Friedmann



Ausbau unserer Website und des Mitgliederbereiches

Das Förderprojekt Regio-Net-Parkinson

Ausbau der Website zu einem skalierbaren Patient:innen- und Versorgendenportal für regionale Parkinsonnetzwerke

- Grundlage: Im April 2024 gestartetes Förderprojekt mit dem Namen Regio-Net Parkinson
- Partner bei der Umsetzung: PND e.V., OptiMedis und Thynk Media
- PNM+ und PNO+ sind Modellregionen
- Digitalisierung von zentralen netzwerkbezogenen Prozessen (bereits gestartet)
- Erweiterung in Richtung Informations- und Aktivierungsplattform für Betroffene in der Region

Gefördert von

FRANZ &
URSULA
Coppervath
STIFTUNG



Das soll erreicht werden

- Es entsteht eine zentrale digitale Anlaufstelle für die regionale Netzwerkarbeit, für Parkinsonpatient:innen und deren Angehörige
- Der Austausch, der Wissenstransfer und die Koordination der interdisziplinären Versorgung wird gefördert
- Das Patient Empowerment wird gestärkt
- Die Plattform kann später deutschlandweit in regionalen Parkinsonnetzwerken eingesetzt werden

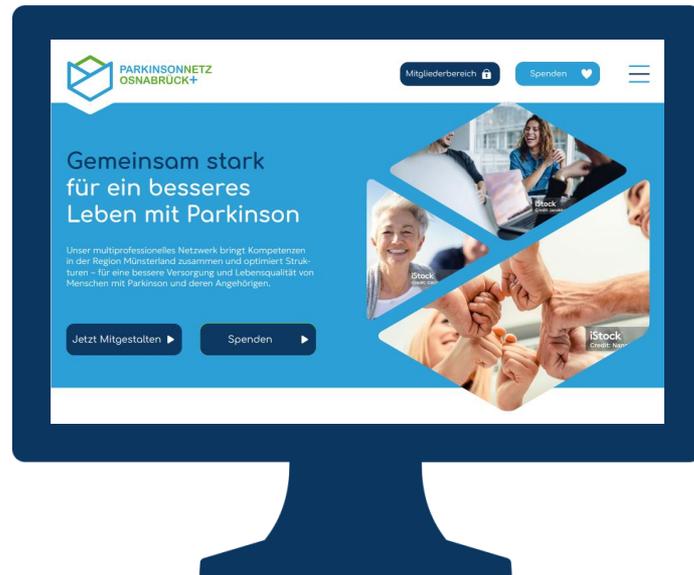


Beispiele: Das wird es konkret geben

- Netzwerkmitglieder: Online-Anmeldung für Veranstaltungen, Einreichen von Fallbeispielen und Themen für Netzwerktreffen, Mitgliederverzeichnis...
- Online-Bewerbung für neue Mitglieder (läuft bereits)
- Parkinson-Infoseite rund um Diagnostik, Symptome, Behandlung und Therapiekomplicationen
- Wachsender Überblick zu regionalen Angeboten für Patien:innen und Angehörige
- Spendenseite



Blick in die neue Plattform



Umfrage: Was wünschen Sie sich?



Besuchen Sie [menti.com](https://www.menti.com)

Code 1224 6398



Weitere Infos zur Supportplattform der Hilde-Ulrich-Stiftung

Prof. Dr. Tobias Warnecke



Hilde-Ulrichs-Stiftung

Aktives Leben mit Parkinson

Supportplattform „Parkinson Lotse“





Hilde-Ulrichs-Stiftung: Unsere Mission

Wir helfen, allen Menschen mit Parkinson durch nicht-medikamentöse Therapien ein aktives Leben zu ermöglichen und ihre Lebensqualität nachhaltig zu verbessern.





Hilde-Ulrichs-Stiftung: Zahlen & Fakten

Gründung
11.04.1997

100%
spendenfinanziert

**Deutschlands einzige private
Stiftung**

mit Fokus auf der Erforschung
nicht-medikamentöser Therapien

Rechtssitz
**Florstadt
(Wetterau)**

Geschäftssitz
Frankfurt am Main

Unabhängig von der
Pharmaindustrie

Über 50
Projekte gefördert

13
Stiftungspreise
vergeben

10
Ehrenamtliche MA
4 Vorständinnen
4 Kuratoriumsmitglieder
1 Schirmherrin
1 Botschafterin
3 Helfer

Unterzeichner der
**Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft**

10
Ehrenpreise
vergeben

22
Alltagsheldinnen
und –helden
ausgezeichnet



Parkinson: Eine schwere, zunehmende Erkrankung

- **Morbus Parkinson ist eine schwere neurologische Erkrankung, die noch nicht heilbar ist.**
- Durch das Absterben von Zellen im Kleinhirn kommt es bei Betroffenen zu einem Dopamin-Mangel, der zu Symptomen wie Zittern, Muskelverkrampfung und Bewegungseinschränkungen führt.
- Die Zahl der Patient*innen nimmt weltweit und auch in Deutschland deutlich zu. In Deutschland sind zurzeit ca. 400.000 Menschen erkrankt. Zunehmend sind auch junge Menschen unter 40 Jahren von dieser typischerweise im Alter ausbrechenden Krankheit betroffen (Anteil zur Zeit ca. 10%, **bis 2030 wird mit einer Verdopplung gerechnet**).
- Morbus Parkinson wird mit Medikamenten behandelt, die den Dopamin-Mangel beheben, sowie mit **nicht-medikamentösen Therapien** (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie) zur Verbesserung der motorischen Symptome.





Parkinson-Lotse: Hintergrund & Versorgungssituation

- **Vorteile nicht-medikamentöser Therapien:** steigern Wohlbefinden und Lebensqualität, verzögern Medikamenteneinnahme und Nebenwirkungen, erhöhen Lebenserwartung
- **Problem:**
 - Viele Parkinson-Patient*innen nehmen noch immer überhaupt keine oder nur unzureichend nicht-medikamentöse Therapie-Angebote wahr (vgl. Studie).
 - Die meisten Parkinson-Patient*innen fühlen sich nach der Diagnose gerade im Hinblick auf nicht-medikamentöse Therapien allein gelassen (vgl. Studie).
 - Viele Ärzt*innen kennen selbst nicht die entsprechenden Angebote in ihrer Nachbarschaft.
- **Bedarf:** Bisher gibt es keine transparente Übersicht über nicht-medikamentöse Therapien bei Morbus-Parkinson – weder offline noch online. Patient*innen wissen weder, welche nicht-medikamentösen Therapie-Angebote es in ihrer Nähe gibt, noch welche Therapien ihnen überhaupt helfen können.





Parkinson-Lotse: Die Idee

Die Hilde-Ulrichs-Stiftung für Parkinsonforschung hat zusammen mit dem Parkinson Netzwerk Deutschland e.V. eine digitale Supportplattform für Parkinson-Patient*innen in Deutschland mit dem Schwerpunkt nicht-medikamentöser Therapien und Heilmethoden aufgebaut.

- Das Projekt soll in einer **zweijährigen Pilotphase** zunächst in der Region Münster/Osnabrück und Bottrop gestartet werden, wo es bereits ein Ärzte-Netzwerk für Parkinson gibt.
- Auf der Hilde-Ulrichs-Stiftungs-Webseite können ab September Parkinson-Patient*innen, die nach Therapeut*innen und Anbietern nicht-medikamentöser Behandlungen bei Morbus Parkinson – etwa LSTV- und Sprechtherapien, Krankengymnastik, Sporttherapien und Massageangebote – suchen, auf eine **zentrale Datenbank** zugreifen und mit einem Klick passende Angebote in ihrer Nähe finden können.
- Neben der Datenbank bietet die Online-Plattform Möglichkeiten, sich intensiv und umfassend zu dem Thema nicht-medikamentöser Therapien bei Morbus Parkinson zu informieren.



Parkinson-Lotse: Ziele & Zielgruppen

Ziele

- Suche nach nicht-medikamentösen Therapie-Angeboten bei Parkinson für Patient*innen vereinfachen und beschleunigen.
- Inanspruchnahme nicht-medikamentöser Therapien erhöhen.
- Zeitraum zwischen erster Diagnose und Inanspruchnahme nicht-medikamentöser Therapien verringern.
- Lebensqualität der Patient*innen verbessern und ihre Lebenszeit erhöhen.

Zielgruppen

- Patien*innen & Angehörige
- Ärzt*innen & Therapeut*innen
- Kliniken, Krankenkassen, Gesundheitsämter



Such- und Filter Funktion

Umfassende nicht-medikamentöse Angebote in der Region der Suche

Kartenansicht

Detaillierte Informationen zu jedem Angebot inkl. Verlinkung zu der eigenen Webseite



Freizeitangebote - Singen Ärzte - Neurologe Ärzte - Allgemeinmediziner Parkinson-Fachkliniken - Typ X Nicht medikamentöse Therapien - Atemtherapie

Nicht medikamentöse Therapien - Parkinsonspezifische Therapie

Freizeitangebote

Tanzen

Bewegung/Sport

Singen

Nicht medikamentöse Therapien

Sporttherapie

Atemtherapie

Sprechtherapie

Parkinsonspezifische Therapie

Parkinson-Fachkliniken

Typ Y

Typ X

Ärzte

Allgemeinmediziner

Neurologe

Beispiel GmbH 1
Beispielstraße 124, 12345 Beispielstadt
Telefon: +49 123 456781
[Webseite](#)
Leistungen:
SRT - Stochastische Resonanztherapie, Manuelle Therapie, Krankengymnastik, LSVT BIG, Bobath-Therapie, LSVT Loud, Massagen
Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet.

Beispiel GmbH 5
Beispielstraße 128, 12345 Beispielstadt
Telefon: +49 123 456785
[Webseite](#)
Leistungen:
Bobath-Therapie
Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet.

Beispiel GmbH 9
Beispielstraße 132, 12345 Beispielstadt



Parkinson-Lotse: Eure Unterstützung

Angebote

- Die Parkinson-Lotse Plattform ist nur so gut, wie die Datenbank der Angebote, die sie als Grundlage hat.
- Um die Datenbank der Angebote zu befüllen, benötigen wir Eure Unterstützung.
- Wenn ihr Teil der Initiative sein wollt und Parkinson-Patienten und Angehörige bei der Suche nach geeigneten Therapien helfen wollt, tragt Euch bitte ein.
- Ein Link zu der Teilnahme wird separat zur Verfügung gestellt.

Link des Parkinson Lotsen:

<https://www.aktive-parkinsonstiftung.de/foerdern/geofoerderte-projekte-und-studien/parkinson-lotse/aufnahmeformular/>





Parkinson-Lotse

54 Treffer in Osnabrück gefunden



Filter

Nicht-medikamentöse Therapien

- Akrobatische Therapien
- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Ultraschallgitter 3. Ordnung

Hörhilfen und Hörbehörungen

- Logopädie
- Musiktherapie
- Ultraschallgitter 3. Ordnung

Freizeitangebote

- Bewegung / Sport
- Singen
- Tanzen

Ärztinnen und Ärzte

- Neurologie
- Hausarzt

Therapeuten

- Bewegungstherapie
- Ernährung / Diätetik
- Herberkennung und Sprachbehörungen
- Behandlung einer Substanzabhängigkeit

Gemeinschaftspraxis für Ergotherapie Koch-Riese

49088 Osnabrück, Marsstraße 15-165
☎ 0591 / 4063533

Fachgebiet
Ergotherapie

Leistungen
Stimmen- und Sprechtherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Ultraschallgitter 3. Ordnung

Indus-Info

Praxis für Ergotherapie und ambulante Rehabilitation Katrin Matzel

49088 Lingen, Kriemhildstraße 4
☎ 0591 / 910360

Fachgebiet
Ergotherapie, Musiktherapie

Leistungen
Kognitiv, Gestalt

Indus-Info

Indigus Therapiezentrum

49624 Lönning, Vehnweg 2-4
☎ 05432 / 1872

Fachgebiet
Krankengymnastik, Logopädie, Musiktherapie

Leistungen
Krankengymnastik, Musiktherapie, Gestalttherapie, Tanztherapie, Ultraschallgitter 3. Ordnung, Musiktherapie

Indus-Info

Das Mozart-Team Birken/Scholz - Ihre Praxis mit Herz

49078 Osnabrück, Große Schulstraße 75
☎ 0591 / 440 00 34

Fachgebiet
Musiktherapie

Leistungen
Musiktherapie

Indus-Info

Tanz- und Rhythmuskurs für Menschen mit Parkinson

49111 Osnabrück, Bergstraße 8
☎ 0591 / 323 - 22 49

Fachgebiet
Tanztherapie

Leistungen
Tanz- und Rhythmuskurs

Indus-Info

54 Treffer in Lönning gefunden

indigus Therapiezentrum

49624 Lönning, Vehnweg 2-4
☎ 05432 / 1872 | ✉ mo@indigus.de | https://indigus.com

Fachgebiet
Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Leistungen
Krankengymnastik, Musiktherapie, Manuelle Therapie, Akrobatische Therapie, Klassische Massage, Schlucktherapie, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie

Öffnungszeiten

Montag	8 - 20 Uhr
Dienstag	8 - 20 Uhr
Mittwoch	8 - 20 Uhr
Donnerstag	8 - 20 Uhr
Freitag	8 - 19 Uhr
Samstag	9 - 13 Uhr
Sonntag	Geschlossen

Über uns

Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet citta kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet citta kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet.



Parkinson-Lotse: Projektleitung & medizinischer Experte



Avner Shahal

- Vorstandsmitglieder HUS
- Projektleiter Parkinson-Lotse



Janine Hein

- Vorstandsvorsitzende HUS
- Projektleiter Parkinson-Lotse



Prof. Dr. med. Tobias Warnecke
medizinische Projektbegleitung

- Chefarzt der Klinik für Neurologie und Neurologische Frührehabilitation des Klinikums Osnabrück
- Initiator des Parkinsonnetzwerkes Münster/Osnabrück und des Parkinsonnetzwerkes Deutschland



Prof. Dr. med. Carsten Eggers
medizinische Projektbegleitung

- Ärztlicher Direktor Neurozentrum am Knappschafts Krankenhaus Bottrop
- Initiator Parkinson Netz Ruhr Nord
- Stellvertretender Vorstandsvorsitzender Parkinson Netzwerk Deutschland e.V.





Fortbildung: Neuerungen in der S2k-Leitlinie zur Parkinson-Krankheit

Teil 2: Nicht-motorische Symptome und Versorgungskonzepte

Prof. Dr. Tobias Warnecke

Die neue S2k-Leitlinie



Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie

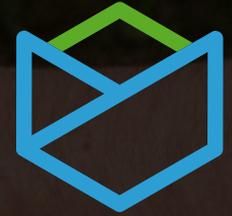
Parkinson-Krankheit

Entwicklungsstufe: S2k

Federführend: Prof. Dr. Günter Höglinger, München
Prof. Dr. Claudia Trenkwalder, Kassel/Göttingen

Herausgegeben von der Kommission Leitlinien der Deutschen
Gesellschaft für Neurologie

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Dopaminagonisten-Entzugssyndrom



Empfehlung

Neu

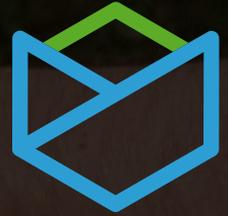
Stand (2023)

Zur Diagnosestellung eines Dopaminagonisten-Entzugssyndroms bei Parkinson-Pat. können folgende Kriterien herangezogen werden:

1. Vorliegen eines schweren, stereotypen Clusters physischer und/oder psychologischer Symptome (vor allem Angst, Schmerzen, Schwitzen und Anhedonie)
2. Auftreten der Symptome korreliert mit dem Entzug von Dopaminagonisten in dosisabhängiger Weise.
3. Symptome verursachen klinisch signifikante Beeinträchtigungen oder soziale/berufliche Funktionsstörungen.
4. Symptome sprechen nicht auf Levodopa und andere Parkinsonmedikamente (außer Dopaminagonisten) an.
5. Symptome können nicht durch andere klinische Faktoren erklärt werden.

Konsensstärke: 96,4%, starker Konsens

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Dopaminagonisten-Entzugssyndrom



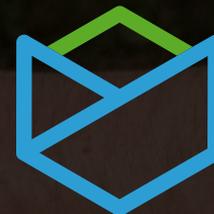
Empfehlung

Neu Stand (2023)

1. Gegenwärtig kann aufgrund mangelnder Evidenz keine Empfehlung zur spezifischen Therapie des Dopaminagonisten-Entzugssyndroms gegeben werden.
2. Das Absetzen von Dopaminagonisten sollte langsam erfolgen, um Pat. mit Dopaminagonisten-Entzugssyndromen frühzeitig identifizieren zu können.
3. Bei Pat. mit schwerem, protrahiertem Dopaminagonisten-Entzugssyndrom sollte eine Wiederaufnahme der Behandlung mit Dopaminagonisten erwogen werden.

Konsensstärke: 100%, starker Konsens

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Tiefe-Hirnstimulations-Entzugssyndrom



Empfehlung

Neu

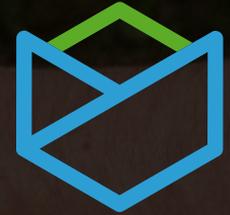
Stand (2023)

Zur Diagnosestellung einer THS-ES bei Parkinson-Pat. können folgende Kriterien herangezogen werden:

1. das Vorliegen von Pat.-bezogenen oder von technischen, THS-System-assoziierten Risikofaktoren
2. die klinische Symptomatologie in Form einer akuten Verschlechterung der Parkinson-Symptomatik, begleitet von Fieber, Vigilanzstörung, vegetativer Begleitsymptomatik sowie CK-Erhöhung
3. der Ausfall eines langjährig implantierten, zuvor symptomatisch gut wirksamen THS-Systems
4. der klinische Verlauf mit Vorliegen einer transienten Levodopa-Resistenz der ausgeprägten Symptomatik und Restitution nach Wiederaufnahme einer effektiven THS.

Konsensstärke: 100%, starker Konsens

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Tiefe-Hirnstimulations-Entzugsyndrom



Empfehlung

Neu Stand (2023)

1. Eine Prävention des THS-ES durch engmaschige Kontrollen des Batteriestatus alle 3–6 Monate und eine Identifikation der Pat. Mit besonderem Risiko für ein mögliches THS-ES sollten durchgeführt werden.
2. Eine frühzeitige Wiederaufnahme einer effektiven THS, ggf. durch frühzeitige Reimplantation, kann erwogen werden.
3. Bei unumgänglicher Stimulationspause können transiente medikamentöse überbrückende Therapieansätze äquivalent zu den Ansätzen in der akinetischen Krise (Fragestellung 78) wie die hoch dosierte Gabe von L-Dopa, Amantadin i.v. oder die Anwendung einer s.c. Apomorphinpumpe oder LCIG-Pumpe erwogen werden.
4. Supportive therapeutische Maßnahmen wie Thromboseprophylaxe und Behandlung von möglichen Komplikationen wie z.B. Aspirationspneumonie können erwogen werden.

Konsensstärke: 100%, starker Konsens

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Exkurs Schwangerschaft



Empfehlung	Neu Stand (2023)
<ul style="list-style-type: none">▪ Bei Notwendigkeit einer dopaminergen Medikation in der Schwangerschaft sollte Levodopa in Kombination mit Carbidopa erwogen werden.▪ Aufgrund der unzureichenden Datenlage sollte eine Medikation mit Dopaminagonisten oder MAO-B-Hemmern in der Schwangerschaft vermieden werden.▪ Amantadin und der Decarboxylase-Hemmer Benserazid sind in der Schwangerschaft kontraindiziert.	
Konsensstärke: 92,3%, Konsens	

Empfehlung	Neu Stand (2023)
Aufgrund der unzureichenden Datenlage sollte Stillen unter einer medikamentösen Behandlung der Parkinson-Krankheit vermieden werden.	
Konsensstärke: 100%, starker Konsens	

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Schmerzen



Empfehlung

Neu

Stand (2023)

- Bei der PK soll zwischen Parkinson-assoziierten und Nicht-Parkinson-assoziierten Schmerzen unterschieden werden.
- Bei den Parkinson-assoziierten Schmerzen sollte zwischen nozizeptiven, noziplastischen und neuropathischen Schmerzen unterschieden werden.

Konsensstärke: 100%, starker Konsens

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Schmerzen



Nervenarzt 2022 · 93:1019–1027

<https://doi.org/10.1007/s00115-021-01258-y>

Angenommen: 2. Dezember 2021

Online publiziert: 28. Januar 2022

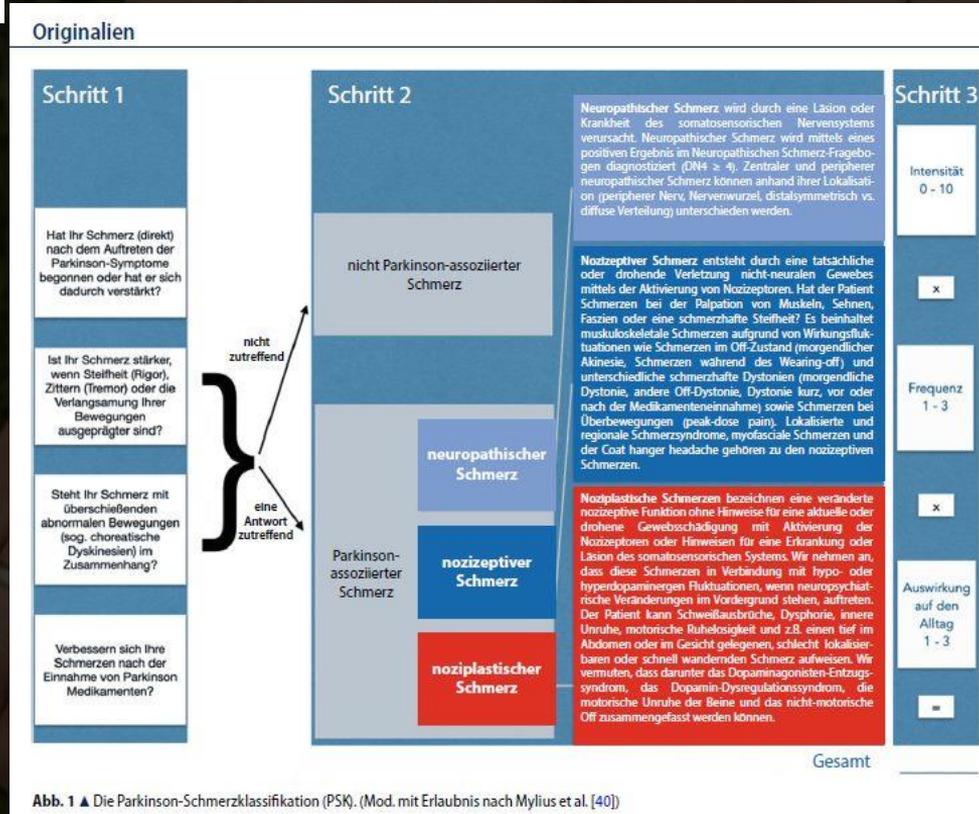
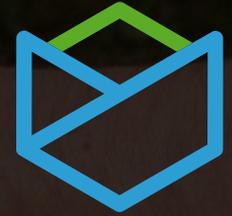
© Der/die Autor(en) 2022



Die neue Parkinson- Schmerzklassifikation (PSK)

V. Mylius^{1,2,3} · S. Perez Lloret⁴ · C. S. Brook¹ · M. T. Krüger⁵ · S. Hägele-Link³ ·
R. Gonzenbach¹ · J. Kassubek⁶ · S. Bohlhalter⁷ · J. P. Lefaucheur⁸ · L. Timmermann² ·
G. Kägi^{3,9} · F. Brugger³ · D. Ciampi de Andrade^{10,11} · J. C. Möller^{2,12}

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Schmerzen



Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Schmerzen

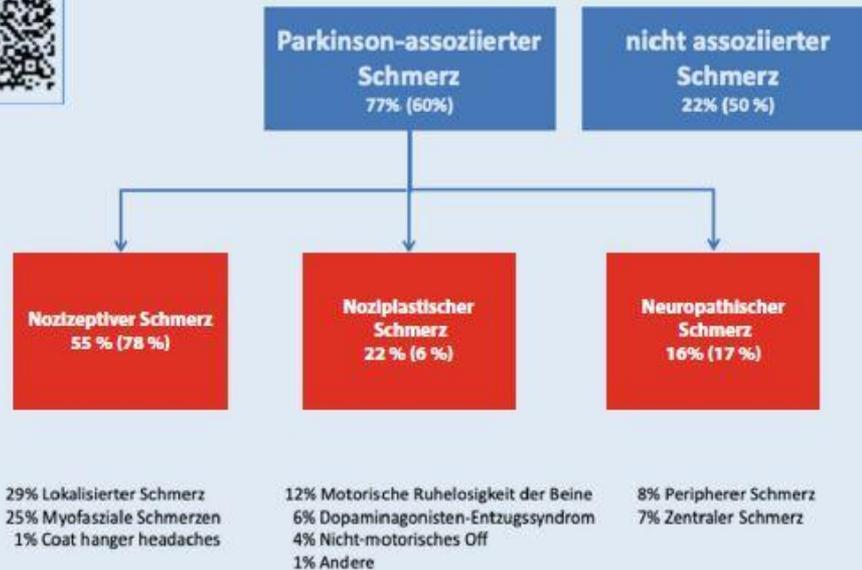
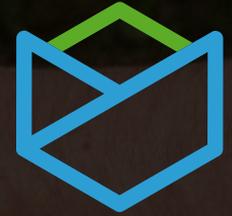
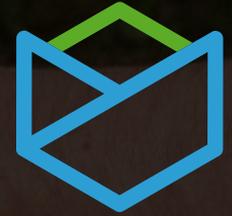


Abb. 2 ◀ Häufigkeit der verschiedenen Schmerztypen bei 159 Patienten mit M. Parkinson (Ergebnisse der Anwendung der deutschen Version bei 30 Patienten). (Mod. mit Erlaubnis nach Mylius et al. [40] mit QR-Code für die Onlineversion)

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Schmerzen



Empfehlung

Neu Stand (2023)

- Ausgeprägte chronische Schmerzen bei Parkinson sollten analog anderer Schmerzerkrankungen multimodal interdisziplinär behandelt werden.
- Die Therapie sollte gemäß der Ätiologie der Schmerzen erfolgen.
- Basis der Therapie ist die Optimierung der Anti-Parkinson-Medikation, wobei zur Behandlung Dopamin-abhängiger Schmerzen Levodopa, Dopaminagonisten, COMT-Hemmer oder Safinamid eingesetzt werden können.
- Nozizeptive Schmerzen sollten gemäß des 3-Stufen-WHO-Schemas behandelt werden.
- Neuropathische Schmerzen sollten mit Antikonvulsiva und/oder Antidepressiva gemäß der Leitlinie zur Behandlung neuropathischer Schmerzen behandelt werden, wobei bevorzugt Gabapentin und/oder Duloxetin (insbesondere bei Komorbidität mit Depression) eingesetzt werden sollten.
- Bei ausgeprägten Schmerzen kann eine Behandlung mit retardiertem Oxycodon/Naloxon in Erwägung gezogen werden.

Konsensstärke: 100%, starker Konsens

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Nächtliche Liegend-Hypertonie



Empfehlung

Neu
Stand (2023)

Zur medikamentösen Therapie der nächtlichen Liegendhypertonie kann eine abendliche Gabe von Clonidin, Eplerenon, Losartan, Nebivolol, Nitroglycerin (transdermale Applikation) oder Sildenafil (alphabetische Reihung) erwogen werden.

Konsensstärke: 95%, Konsens

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Parkinson-Demenz



Empfehlung	Neu Stand (2023)
Memantin soll nicht für die Therapie einer PKD angewandt werden.	
Konsensstärke: 96,6%, starker Konsens	

Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Parkinson-Demenz



Empfehlung

Modifiziert Stand (2023)

- Rivastigmin soll zur Behandlung der PKD eingesetzt werden.
- Donepezil kann zur Behandlung der PKD eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um einen Off-label Use.
- Galantamin sollte nicht zur Behandlung einer PKD eingesetzt werden.

Konsensstärke: 96,6%, starker Konsens

Empfehlung
Symptome
Parkinson-



Neuro personalisi

PZN: 18787822

NeuroNation MED
Menschen mit kognitiver
Gehirnleistung vermindert.
Die App ist kostenfrei
für Arzneimittel und
Kognitive Beeinträchtigung
Erkrankungen als

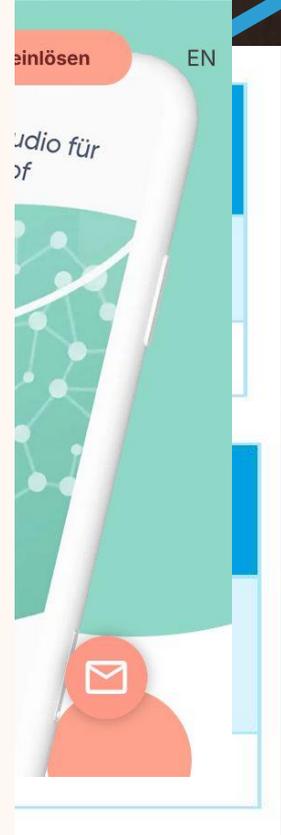
Weitere Informationen
verschrieben werden

NeuroNation MED

Höglir

Fit im Kopf – jetzt und später

MindAhead ist die **erste therapeutische App**, die speziell für Menschen mit **leichter kognitiver Beeinträchtigung und leichter Demenz** entwickelt wurde. Mit einem **wissenschaftlich fundierten Programm zur Verhaltensaktivierung** bekämpfen wir den **Gedächtnisverlust** und ermöglichen es Ihnen, die Kontrolle über Ihr Leben zu übernehmen.



Empfehlungen zu nicht-motorischen Symptomen: Parkinson-Demenz



Empfehlung

Neu

Stand (2023)

- Kognitive Stimulation sollte bei Personen mit PKD angeboten werden.
- Reminiszenztherapie kann bei Personen mit PKD angeboten werden.

Konsensstärke: 96,8%, starker Konsens

Empfehlungen zu Versorgungskonzepten:



Journal of Neurology
<https://doi.org/10.1007/s00415-024-12546-3>

REVIEW

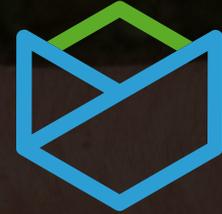


Guideline “Parkinson’s disease” of the German Society of Neurology (Deutsche Gesellschaft für Neurologie): concepts of care

- **Versorgungskonzepte:** Konsensstärke: 100%, starker Konsens.
 - In einer **Parkinson-Tagesklinik** können Pat. mit unklaren Parkinson-Syndromen zur komplexen Diagnostik und Parkinson-Pat. für komplexe medikamentöse Therapieanpassungen, Voruntersuchungen, Beginn und Nachuntersuchungen von invasiven Verfahren wie Pen- oder Pumpentherapien oder der Tiefen Hirnstimulation aufgenommen werden, die ambulant nicht umgesetzt werden können.
 - Die **stationäre multidisziplinäre Therapie** (z.B. multimodale Komplexbehandlung) sollte gegenüber der stationären Standardtherapie der Parkinson-Krankheit bevorzugt eingesetzt werden.
 - Es kann empfohlen werden, dass Pat. im Sinne eines integrierten Versorgungsansatzes in **Parkinson-Netzwerken** behandelt werden.
 - Es kann empfohlen werden, dass Personen mit PK regelmäßigen Zugang zu einer Betreuung durch eine spezialisierte **Parkinson-Nurse** haben.
 - Als Grundsätze für **Palliative Care** (sowohl ambulant als auch stationär) können u.a. gelten: Pat. sollten Zugang zu einem multidisziplinären Team haben, das u.a. aus Physiotherapeut/Physiotherapeutin, Ergotherapeut/Ergotherapeutin, Logopäde/Logopädin, Psychologe/Psychologin, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin, Krankenpflegekraft und Arzt/Ärztin besteht. Der Einsatz eines multidisziplinären Teams kann zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen.

burden can be reduced. Given that modern care concepts have so far only been applied in a few regions, it is often impossible to generate broad evidence-based data, so that the evaluation of PD care concepts is partly dependent on expert opinion.

Keywords Parkinson’s disease · PD day clinic · Multidisciplinary care · PD networks · PD nurse · Palliative care



Quickcard „Affektive Störungen“ der PNM+ AG Schlafstörungen und andere nicht-motorische Symptome

Prof. Dr. Tobias Warnecke

Empfehlungen für Ärzte: Affektive Störungen



Spezifizierung	Pharmakologische Therapieempfehlungen
Depression	allgemein <ul style="list-style-type: none"> Optimierung der medikamentösen dopaminergen Parkinson-Behandlung Therapie mit Pramipexol, alternativ Rotigotin, falls möglich Venlafaxin 75 bis 225 mg Desipramin 25 bis 200mg
	Schwere Depression <ul style="list-style-type: none"> Bei Antriebshemmung: Venlafaxin 75 bis 150mg, Citalopram 20 bis 40mg, Sertralin 50 bis 100mg Bei Agitiertheit, Angst, Unruhe oder Schlafstörung: Mirtazapin 15 bis 45 mg (nicht bei REM-Schlaf-Verhaltensstörung), Tracozon 100 bis 200mg Bei Komorbidität von Schlafstörung, Schmerz, Speichelfluss bei kognitiv unauffälligen Pat.: Amitriptylin* 10 bis 75mg ret.
	Anhedonie <ul style="list-style-type: none"> optimale dopaminerge Medikation mit L-Dopa und/oder Rotigotin, Pramipexol oder Piribedil
	Apathie <ul style="list-style-type: none"> optimale dopaminerge Medikation, ggfs. Dopaminagonisten Pramipexol, Rotigotin oder Piribedil, falls möglich Venlafaxin 75 bis 225 mg ret Nortriptylin 25 bis 150mg
	Insomnie <ul style="list-style-type: none"> Melatonin 5-10 mg unretardiert (muss von der Apotheke hergestellt werden). Retardiertes Melatonin 2mg z.N. (Circadin®) Optimierung der medikamentösen Parkinson-Behandlung; möglichst kontinuierliche dopaminerge Stimulation: Rotigotin, Ropirinol ret. Kurzwirksames Hypnotikum (Zopiclon®) Ggfs. Mirtazapin** 7,5-15mg z.N. (avea; kann ggfs. RLS in du-zen oder verstärken) CAVE: immer in Kombination mit Verhaltensmodifikation s. Quickcard Schlafstörungen
Angststörung	Mit affektiven Fluktuationen <ul style="list-style-type: none"> optimale dopaminerge Medikation und NonErgot-Dopaminagonisten Pramipexol, Rotigotin oder Piribedil, falls möglich Therapieversuch mit SSRI, z.B. Citalopram 20 bis 40 mg
	Ohne affektive Fluktuationen <ul style="list-style-type: none"> nicht mit melatonin-angepassten dopaminergen Therapie behandeln; Therapieversuch mit SSRI, z.B. Citalopram 20 bis 40 mg
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> optimale dopaminerge Medikation; Rotigotin, falls möglich Therapieversuch mit Modafinil** 100 bis 200 mg oder Safinamid 100 mg erwägen

Diagnostik:

Gezielte psychopathologische und biographische Anamnese inkl. in der Leitlinie [1] empfohlene Fragen im ON-Zustand [1], Fremdanamnese, Fragebogen; Ausschluss symptomatischer Ursachen

Empfohlene Skalen/Fragebögen zur Erfassung affektiver Störungen:

- Zur Erststadiagnostik affektiver Störungen:
 - Movement Disorder Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale, Teil 1 (MDS-UPDRS1)
 - Movement Disorder Society Non-Motor Rating Scale (MDS-NMS)
 - Non-Motor Symptom Scale (NMSS)
 - Non-Motor Symptom Questionnaire (NMQS)
 - Neuropsychiatrisches Inventar (NPI) (entsprechende Items daraus)
- Zur spezifischen Diagnostik affektiver Störungen:
 - Depressive Störungen**
 - Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II)
 - Geriatrische Depressionskala (GDS-15)
 - Zwei-Fragen-Test
 - Anhedonie**
 - Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)
 - Apathie**
 - Apathy Evaluation Scale (AES)
 - Angststörungen**
 - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
 - Fatigue**
 - Fatigue Severity Scale (FSS)
 - Modified fatigue impact scale (MFIS)
 - Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMK)
- Zur Erfassung von Progredienzangst:
 - Kurzform des Progredienzangst-Fragebogens (PA-F2)
- Bei vorliegenden depressiven Störungen zur Differenzierung des Schweregrads:
 - Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II)

Quelle:

1. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGNe), 53. Leitlinie Parkinson-Krankheit, 2022. AWMF-Registrier-Nummer: 030-010

Empfehlungen für Psychologen/Therapeuten: Affektive Störungen



Störung	Nicht-pharmakologische Therapieempfehlungen
Depression (Anhedonie)	<ul style="list-style-type: none"> Kognitive Verhaltenstherapie Physische Interventionen zu sportlichen Aktivitäten motivieren, idealerweise immerhalb einer Gruppe zur Teilnahme an einem strukturierten und supervidierten körperlichen Training motivieren und unterstützen
Apathie	<ul style="list-style-type: none"> Physische Interventionen
Insomnie	<ul style="list-style-type: none"> Patientenedukation, Schlafhygiene (s. Quickcard Schlafstörungen) Kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie (KVT-I)
Angststörung	<ul style="list-style-type: none"> Kognitive Verhaltenstherapie
Progredienzangst	<ul style="list-style-type: none"> Kognitive Verhaltenstherapie
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> Physische Interventionen Schlafhygiene (s. Quickcard Schlafstörungen)

- Immer:** Fühlen Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückter oder hoffnungslos?
- Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
- Möglichst zusätzlich:**
 - Haben Sie jemals an einer depressiven Störung gelitten und sind Sie jemals antidepressiv therapiert worden?
 - Schlafen Sie gut ein bzw. durch?
 - Wie ist Ihr Appetit?
 - Sind sie oft innerlich unruhig?
 - Können Sie sich weiterhin an Dingen erfreuen?
 - Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder aufmerksam zu bleiben?
 - Ändert sich Ihre Stimmung, wenn Ihre Medikamentenwirkung abnimmt oder ausbleibt?
- Erfassung von Apathie und affektiven Fluktuationen:**
 - Haben Sie weiterhin Interesse an Tätigkeiten, Dingen oder Menschen?
 - Schlafen Sie tagsüber viel?
 - Unternehmen Sie Dinge mit Freunden oder Familie?
 - Ändern sich Ihr Antrieb und Ihre Motivation, wenn Ihre Medikamentenwirkung abnimmt oder ausbleibt?
- Erfassung von Angststörungen und affektiven Fluktuationen:**
 - Sind sie öfters ängstlich?
 - Sind Sie öfters innerlich unruhig oder angespannt?
 - Neigen Sie zu Pankattacken?
 - Haben Sie Angst, unter Menschen zu gehen?
 - Treten Angstgefühle auf, wenn Ihre Medikamentenwirkung abnimmt oder ausbleibt?
- Erfassung von Progredienzangst:**
 - Haben Sie Angst vor Ihrem weiteren Krankheitsverlauf?
 - Sehen Sie pessimistisch, mühsam oder hoffnungslos in die Zukunft, wenn Sie an den weiteren Verlauf Ihrer PK denken?
- Erfassung von Fatigue und affektiven Fluktuationen:**
 - Fühlen Sie sich häufig müde oder erschöpft trotz ausreichend Schlaf?
 - Fehlt Ihnen häufiger die Kraft, Dinge zu tun?
 - Schlafen Sie tagsüber viel?
 - Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder aufmerksam zu bleiben?
 - Fühlen Sie sich erschöpft oder abgeschlagen, wenn Ihre Medikamentenwirkung abnimmt oder ausbleibt?

*Cave: Stützschlinge NW; **Off-label

Quelle:

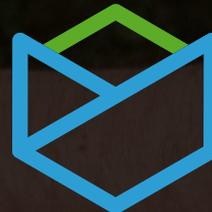
1. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGNe), 53. Leitlinie Parkinson-Krankheit, 2023. AWMF-Registrier-Nummer: 030-010



Empfehlungen für Ärzte: Affektive Störungen



PARKINSONNETZ
MÜNSTERLAND+



	Spezifizierung	Pharmakologische Therapieempfehlungen
Depression	allgemein	<ul style="list-style-type: none"> Optimierung der medikamentösen/dopaminergen Parkinson Behandlung Therapie mit Pramipexol, alternativ Rotigotin, falls möglich
	Schwere Depression	<ul style="list-style-type: none"> Venlafaxin 75 bis 225 mg Desipramin 25 bis 200mg
	Mittelgradige Depression	<ul style="list-style-type: none"> Bei Antriebshemmung: Venlafaxin 75 bis 150mg, Citalopram 20 bis 40mg, Sertralin 50 bis 100mg Bei Agitiertheit, Angst, Unruhe oder Schlafstörung: Mirtazapin 15 bis 45 mg (nicht bei REM-Schlaf-Verhaltensstörung), Trazodon 100 bis 200mg Bei Komorbidität von Schlafstörung, Schmerz, Speichelfluss bei kognitiv unauffälligen Pat.: Amitriptylin* 10 bis 75mg ret.
	Anhedonie	<ul style="list-style-type: none"> optimale dopaminerge Medikation mit L-Dopa und/oder Rotigotin, Pramipexol oder Piribedil
	Apathie	<ul style="list-style-type: none"> optimale dopaminerge Medikation, ggfs. Dopaminagonisten Pramipexol, Rotigotin oder Piribedil, falls möglich Venlafaxin 75 bis 225 mg ret Nortriptylin 25 bis 150mg
	Insomnie	<ul style="list-style-type: none"> Melatonin 5-10 mg unretardiert (muss von der Apotheke hergestellt werden), Retardiertes Melatonin 2mg z.N. (Circadin®) Optimierung der medikamentösen Parkinson Behandlung: möglichst kontinuierliche dopaminerge Stimulation: Rotigotin, Ropinol ret. Kurzwirksames Hypnotikum (Zopiclon®) Ggfs. Mirtazapin** 7,5-15mg z.N. (cave: kann ggfs. RLS induzieren oder verstärken) CAVE: immer in Kombination mit Verhaltensmodifikation s. Quickcard Schlafstörungen
Angststörung	Mit affektiven Fluktuationen	<ul style="list-style-type: none"> optimale dopaminerge Medikation und NonErgot-Dopaminagonisten Pramipexol, Rotigotin oder Piribedil, falls möglich Therapieversuch mit SSRI, z.B. Citalopram 20 bis 40 mg
	Ohne affektive Fluktuationen	<ul style="list-style-type: none"> nicht mittels einer angepassten dopaminergen Therapie behandeln; Therapieversuch mit SSRI, z.B. Citalopram 20 bis 40 mg
Fatigue	Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> optimale dopaminerge Medikation; Rotigotin, falls möglich Therapieversuch mit Modafinil*** 100 bis 200 mg oder Safinamid 100 mg erwägen



Diagnostik:

Gezielte psychopathologische und biographische Anamnese inkl. in der Leitlinie [1] empfohlene Fragen im ON-Zustand (!), Fremdanamnese, Fragebögen; Ausschluss symptomatischer Ursachen

Empfohlene Skalen/Fragebögen zur Erfassung affektiver Störungen:

1. Zur Einstiegsdiagnostik affektiver Störungen:

- Movement Disorder Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale, Teil 1 (MDS-UPDRS1)
- Movement Disorder Society Non-Motor Rating Scale (MDS-NMS)
- Non-Motor Symptom Scale (NMSS)
- Non-Motor Symptom Questionnaire (NMSQ)
- Neuropsychiatrisches Inventar (NPI) (entsprechende Items daraus)

2. Zur spezifischen Diagnostik affektiver Störungen:

Depressive Störungen

- Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II)
- Geriatrische Depressionsskala (GDS-15)
- Zwei-Fragen-Test

Anhedonie

- Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)

Apathie

- Apathy Evaluation Scale (AES)

Angststörungen

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Fatigue

- Fatigue Severity Scale (FSS) Modified fatigue impact scale (MFIS)
- Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMC)

3. Zur Erfassung von Progredienzangst

- Kurzform des Progredienzangst-Fragebogens (PA-F)2

4. Bei vorliegenden depressiven Störungen zur Differenzierung des Schweregrads:

- Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II)



Störung	Nicht-pharmakologische Therapieempfehlungen
Depression (Anhedonie)	<ul style="list-style-type: none">• Kognitive Verhaltenstherapie• Physische Interventionen• zu sportlichen Aktivitäten motivieren, idealerweise innerhalb einer Gruppe• zur Teilnahme an einem strukturierten und supervidierten körperlichen Training motivieren und unterstützen
Apathie	<ul style="list-style-type: none">• Physische Interventionen
Insomnie	<ul style="list-style-type: none">• Patientenedukation, Schlafhygiene (s. Quickcard Schlafstörungen)• Kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie (KVT-I)
Angststörung	<ul style="list-style-type: none">• Kognitive Verhaltenstherapie
Progredienzangst	<ul style="list-style-type: none">• Kognitive Verhaltenstherapie
Fatigue	<ul style="list-style-type: none">• Physische Interventionen• Schlafhygiene (s. Quickcard Schlafstörungen)



Leitfragen bzgl.
affektiver
Störungen im
ON-Zustand
[nach 1]

- **Immer:** Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
- Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
- **Möglichstzusätzlich:**
- Haben Sie jemals an einer depressiven Störung gelitten und sind Sie jemals antidepressiv
- therapiert worden?
- Schlafen Sie gut ein bzw. durch?
- Wie ist Ihr Appetit?
- Sind sie oft innerlich unruhig?
- Können Sie sich weiterhin an Dingen erfreuen?
- Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder aufmerksam zu bleiben?
- Ändert sich Ihre Stimmung, wenn Ihre Medikamentenwirkung abnimmt oder ausbleibt?
- **Er fassung von Apathie und affektiven Fluktuationen:**
- Haben Sie weiterhin Interesse an Tätigkeiten, Dingen oder Menschen?
- Schlafen Sie tagsüber viel?
- Unternehmen Sie Dinge mit Freunden oder Familie?
- Ändern sich Ihr Antrieb und Ihre Motivation, wenn Ihre Medikamentenwirkung abnimmt
- oder ausbleibt?
- **Er fassung von Angststörungen und affektiven Fluktuationen:**
- Sind sie öfters ängstlich?
- Sind Sie öfters innerlich unruhig oder angespannt?
- Neigen Sie zu Panikattacken?
- Haben Sie Angst, unter Menschen zu gehen?
- Treten Angstgefühle auf, wenn Ihre Medikamentenwirkung abnimmt oder ausbleibt?
- **Er fassung von Prognedienzangst**
- Haben Sie Angst vor Ihrem weiteren Krankheitsverlauf?
- Sehen Sie pessimistisch, mutlos oder hoffnungslos in die Zukunft, wenn Sie an den weiteren Verlauf Ihrer PK denken?
- **Er fassung von Fatigue und affektiven Fluktuationen:**
- Fühlen Sie sich häufig müde oder erschöpft trotz ausreichend Schlaf?
- Fehlt Ihnen häufiger die Kraft, Dinge zu tun?
- Schlafen Sie tagsüber viel?
- Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder aufmerksam zu bleiben?
- Fühlen Sie sich erschöpft oder abgeschlagen, wenn Ihre Medikamentenwirkung abnimmt oder ausbleibt?



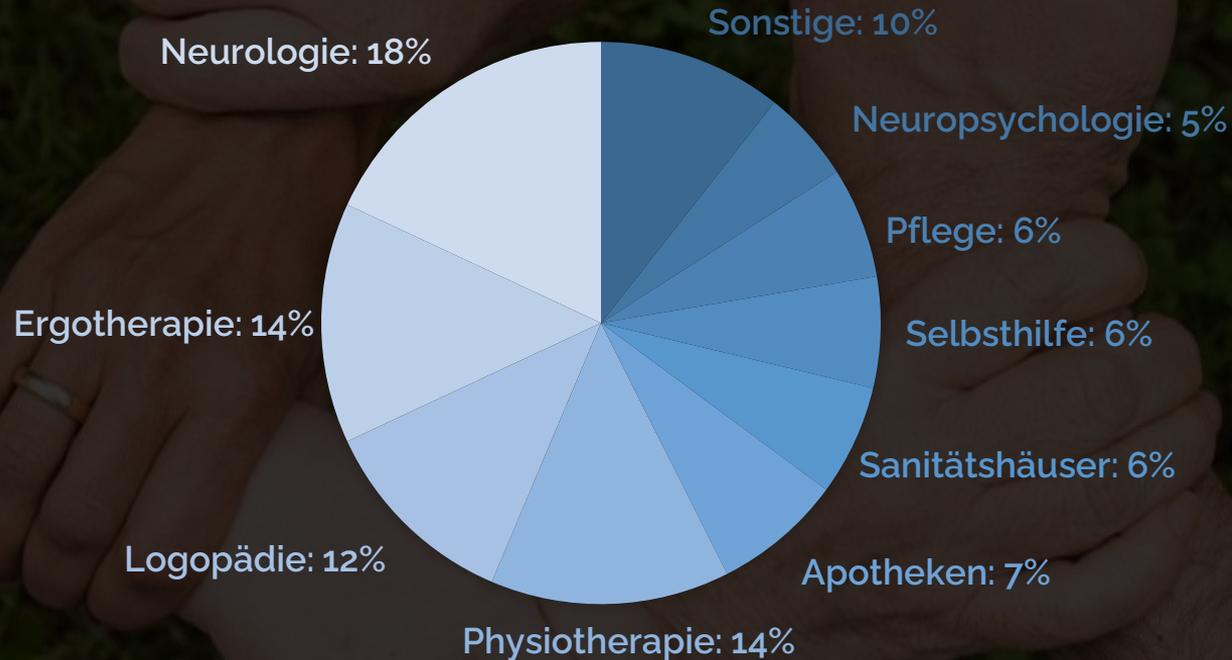
Aktueller Stand der Netzwerk-Skalierung

Prof. Dr. Tobias Warnecke

Aktuelle Verteilung der Berufsgruppen im PNO+



Gesamt: 94 Teilnehmende im PNO+



Regionale Verteilung der Mitglieder im PNO+





Interdisziplinärer Austausch zu Veränderungen durch die Netzwerkarbeit im Alltag inkl. Diskussion

Fragestellungen



- ① Hat sich etwas in Ihrem Alltag durch die Teilnahme am Parkinsonnetz verändert? Wenn ja, bei welchen Aspekten nehmen Sie Veränderungen wahr?
- ② Nutzen Sie Materialien oder Wissen aus dem Netzwerk in Ihrer täglichen Arbeit? Wenn ja, was nutzen Sie und in welchen Situationen?
- ③ Wie hat die Mitgliedschaft im Parkinsonnetz die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Fachgruppen verändert? Wie könnte das Netzwerk weiterentwickelt werden, um eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit zu unterstützen?
- ④ Welche Rolle spielt das Netzwerk beim Wissensaustausch und der Weiterbildung für Sie?

Sonstige Infos



Notizblätter und Stifte für die können Sie sich vorne abholen



Wir treffen uns um 20:05 Uhr wieder im Plenum

Gruppeneinteilung



Gruppe 1

- Dr. Andreas Altensell
- Gea Baarlink
- Kathrin Böhme
- Thorsten Boomhuis
- Viktoria Brening
- Christiane Brune
- Natascha Mürer
- Birte Ostermann
- Nora Schmit
- Theresa Schollmeyer

Gruppe 2

- Harald Brandl
- Mira Dadhe
- Dr. Örsike Fazekas
- Niklas-Phil Garke
- Sabrina Kettelmann
- Maria Novalés Woodside
- Elenora Schneider
- Sandra Schuh
- Amelie Tokaj
- Michael Winkler

Gruppe 3

- Elke Busch-de Groot
- Fabian Groß
- Catherine Hölzen
- Dr. Christian Kosubek
- Katharina Meyer
- Anne Rolf
- Lisa Schomäker
- Florian Stueven
- PD Dr. Andreas Wellmer
- Luisa Wilsman

Gruppe 4

- Claudia Eulefeld
- Renate Kowalski
- Marie Kunzmann
- Gudrun Moll-Brandl
- Dr. Michael Nagel
- Lisa Saurin
- Bettina Springer
- Tatjana Timpe
- Andre Willmann

Gruppe 5

- Sabrina Langhorst
- Marita Lorenz
- Yvonne Loschinski
- Aynur Ödemis
- Erwin Sinnigen
- Jette Tabeling
- Niklas Willmann
- Rebecca Wilmsen

A top-down view of several hands of different skin tones clasped together in a circle, resting on a green grassy surface. The hands are arranged in a supportive grip, with fingers interlaced. The background is a soft-focus green lawn.

15 min. Pause

Guten Appetit!



Ankündigungen und Termine

Prof. Dr. Tobias Warnecke

PARKINSON- NETZWERKKONGRESS

Wissen teilen, gemeinsam wachsen

22. und 23. November 2024, OsnabrückHalle



Jetzt
anmelden!

Programm am Freitag

15.00 Uhr

Check-in und Ausstellung "Netzwerkfabrik"

Moderation

Britta Opel, Dipl.-Pflegerin, Moderatorin, syst. Coach und Referentin im Gesundheitswesen

16.00 Uhr

Begrüßung

Prof. Dr. Tobias Warnecke, Vorstandsvorsitzender PND e.V., Chefarzt der Neurologie Klinikum Osnabrück

Prof. Dr. Carsten Eggers, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender PND e.V., Chefarzt der Neurologie Knappschafts Krankenhaus Bottrop

16.15 Uhr

Keynote: Parkinson-Netzwerke – vom Underdog zum Trendsetter in der Neurologie

Prof. Dr. Tobias Warnecke und Prof. Dr. Carsten Eggers

16.45 Uhr

Keynote international: Experiences from the Dutch ParkinsonNet

Prof. Dr. Bas Bloem, Neurologist and Professor of Neurological Movement Disorder, Founder of ParkinsonNet

17.45 Uhr

Kaffeepause

18.00 Uhr

PND-Basisschulung: PARKINSON WISSEN I – Diagnose und Früherkennung

Dr. Odette Fründt, Assistenzärztin der Neurologie Klinikum Ernst von Bergmann

18.45 Uhr

Interdisziplinäre Fallkonferenzen im Netzwerk

19.45 Uhr

Dinner und Abendveranstaltung

Programm am Samstag Teil 1

09.00 Uhr **Opening und Ausstellung "Netzwerkfabrik"**

09:30 Uhr **PND-Basisschulung: PARKINSON WISSEN II - Therapie**

Tessa Huchtemann, Fachärztin für Neurologie Universitätsklinikum Münster

Workshops – Runde I

10.15 Uhr

- 1) Virtuell verbunden: Online-Plattformen in der Netzwerkversorgung | Prof. Dr. Tobias Warnecke
 - 2) Ergotherapie: Brücke zum aktiven Leben mit Parkinson | Kristina van Eyck
 - 3) Leben in Bewegung: Physiotherapie für Parkinson-Patient:innen | Susanne Nierhoff und Gerd Geldmacher
 - 4) Aufbau interdisziplinärer Netzwerke: Verbindungen schaffen, Chancen nutzen | Dr. Andreas Becker
-

11.15 Uhr

Kaffeepause

11.30 Uhr

Industrieforen

12.00 Uhr

Workshops – Runde II

- 5) Mit Fell und Pfoten: Tiergestützte Therapie bei Parkinson | Prof. Dr. Carsten Eggers
 - 6) Voice matters: Logopädie im Fokus | Prof. Dr. Juliane Klann und Lena Hollah
 - 7) Exkurs in die (Neuro)Psychologie: Veränderungen im Denken und Fühlen | Dr. Ann-Kristin Folkerts
 - 8) Von der Forschung zum Artikel – mit Impact publizieren | Prof. Dr. Lars Tönges
 - 9) Parkinson Nursing: Durch die Versorgungslandschaft navigieren | Rowena Karl
-

13.00 Uhr

Mittagspause

Programm am Samstag Teil II

13.30 Uhr

Keynote: Evidenz und Aufbau von Gesundheitsnetzwerken

Carina Lummer, Geschäftsführerin PND e.V., Projektleitung Gesundheitsnetze OptiMedis

14.00 Uhr

Coaching: Kommunikation im Netzwerk

15.00 Uhr

PND-Basisschulung: PARKINSON WISSEN III – Quo Vadis

Prof. Dr. Paul Lingor, Professor für Neurologie und Oberarzt am Klinikum rechts der Isar

15.45 Uhr

Verabschiedung

16.00 Uhr

Ende der Veranstaltung

