



**PARKINSONNETZ
OSNABRÜCK+**

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

Was Sie heute erwartet...



18:00 Uhr	Begrüßung
18:10 Uhr	Fortbildung: Bedarfstherapie der Parkinsonkrankheit mit anschließender Diskussion
18:40 Uhr	Arbeit in den Netzwerken aus der Perspektive von AbbVie
18:55 Uhr	Bericht zum Thema Qualifizierte Selbsthilfe aus dem Parkinsonnetz Münsterland+
19:00 Uhr	Pause
19:20 Uhr	Vorstellung der Initiative KnockOut gegen Parkinson
19:30 Uhr	Gruppenarbeit in den Behandlungsteams
20:20 Uhr	Ankündigungen und Termine

Gründung des Parkinson Netzwerkes Thüringen

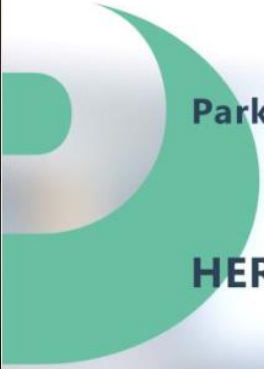


 Parkinson Netzwerke Deutschland e.V.
203 Follower:innen
1 Monat • 

[+ Folgen](#) [...](#)

 We proudly present: Das neueste Mitglied unserer Netzwerkfamilie. Am 5. Juli 2023 fand das erste Netzwerktreffen des neuen Parkinson Netzwerkes Thüringen statt - mit rund 75 Teilnehmenden eine sehr erfolgreiche Auftaktveranstaltung! Wir freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit mit allen Versorgerinnen und Versorgern in der Region! 😊

[#fightparkinson](#) [#Parkinson](#) [#ParkinsonNetzwerkeDeutschlandeV](#)



1. Netzwerktreffen

Parkinson Netzwerk Thüringen

am 5. Juli 2023

HERZLICH WILLKOMMEN!

 Parkinson Netzwerke
Deutschland e.V.



Fortbildung:
Bedarfstherapie der Parkinsonkrankheit mit
anschließender Diskussion

Prof. Dr. Tobias Warnecke

On Demand Therapie der Parkinson-Krankheit

Tobias Warnecke

Parkinsonnetze
Münsterland+ und Osnabrück+



PARKINSONNETZ
OSNABRÜCK+

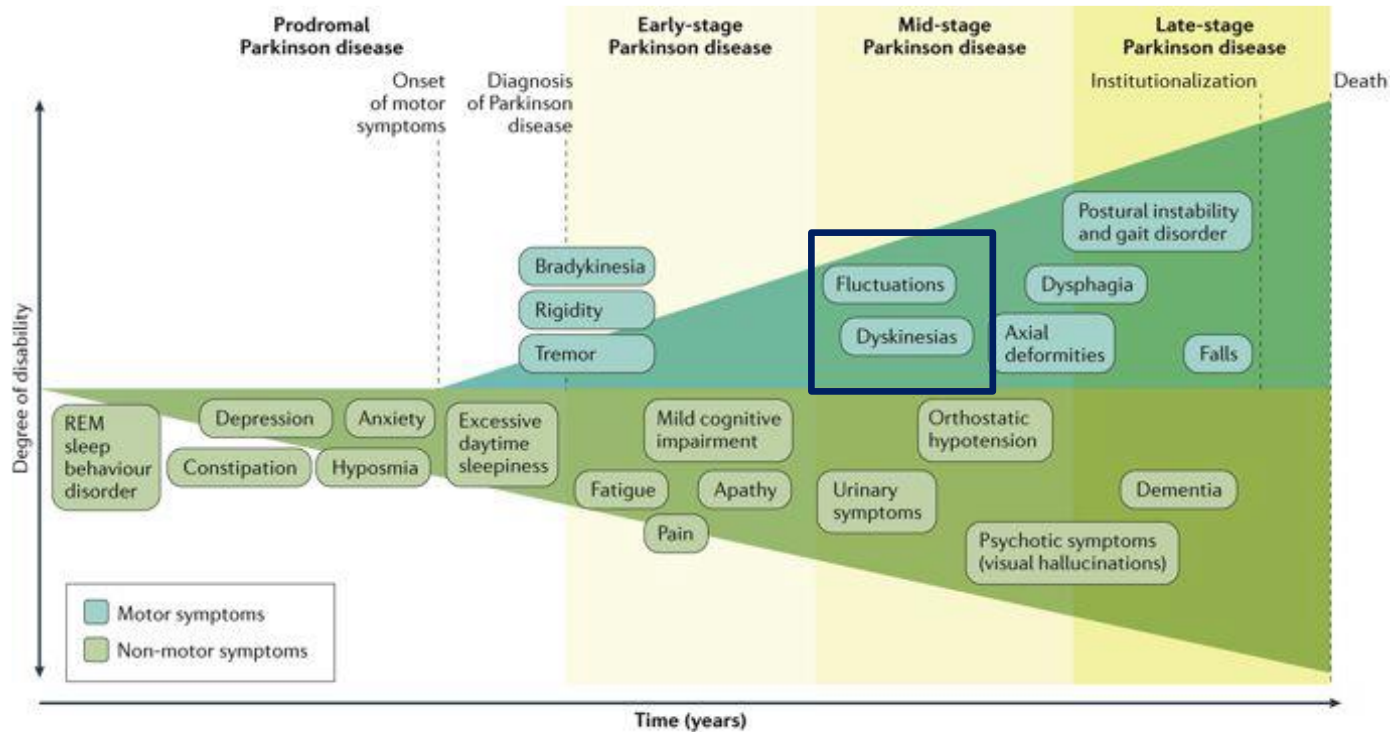


PARKINSONZENTRUM
Münster-Osnabrück



International Parkinson and
Movement Disorder Society

Krankheitsstadien und assoziierte Symptome



REVIEW

Clinical Spectrum of Levodopa-Induced Complications

Camila Catherine Aquino, MD, MSc and Susan H. Fox, MRCP (UK), PhD*

Movement Disorder Centre, Edmond J Safra Program in Parkinson Research, Toronto Western Hospital, University of Toronto, Canada

ABSTRACT: The first years of Parkinson disease (PD) treatment are marked by good and sustained responses to dopaminergic therapy. With disease progression and longer exposure to levodopa (L-dopa), patients develop a range of L-dopa-induced complications that include motor and non-motor symptoms. Motor complications include motor fluctuations, characterized by periods of reduced benefit from the medication, and L-dopa-induced dyskinesia, characterized by emergence of hyperkinetic involuntary movements. Dyskinesia can occur at peak effect of L-dopa, at the begin-

ning and end of dose, or between doses. These motor complications are often associated with fluctuations in non-motor symptoms, particularly fluctuations in neuropsychiatric, autonomic, and sensory symptoms. Recognizing such complications and understanding their relationship with the timing of L-dopa doses is essential for adequate diagnosis and management. © 2014 International Parkinson and Movement Disorder Society

Key Words: wearing-off; dyskinesia; dystonia; non-motor fluctuations; phenomenology

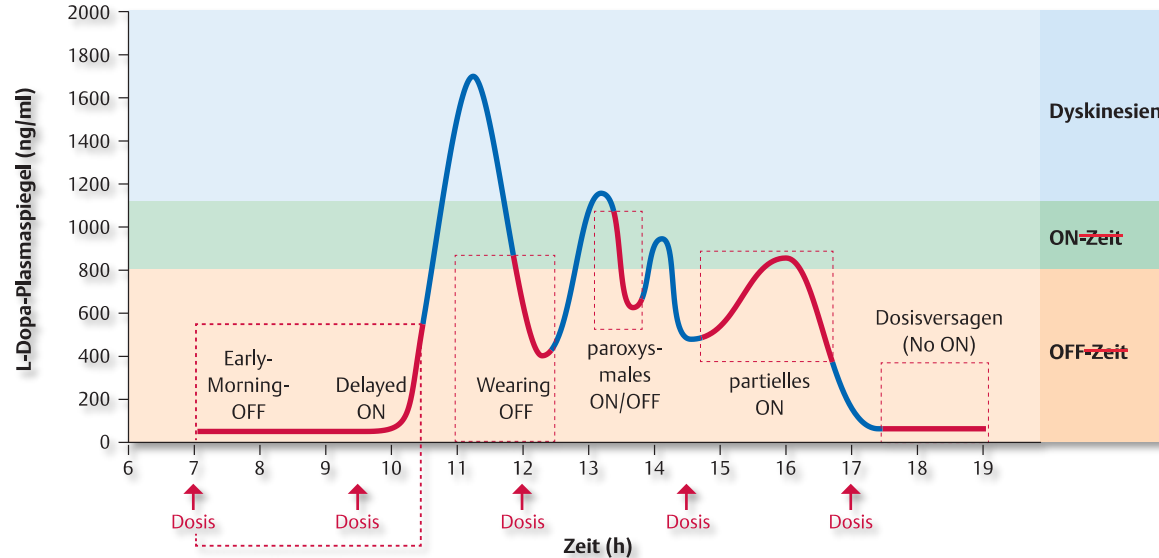
Motorische Komplikationen: Phänomenologie

AQUINO AND FOX

TABLE 1. Definitions of L-dopa-Induced Motor Fluctuations

Motor Fluctuations	Definitions
<i>Predictable wearing-off</i>	Gradual expected re-emergence of parkinsonian symptoms at the end of an L-dopa dose
<i>Unpredictable, sudden offs</i>	Acute episodes of akinesia that are unrelated to the timing of L-dopa dose
<i>Dose failure, delayed or partial on response</i>	A dose of L-dopa failing to provide the expected benefit in a patient known to be responsive to L-dopa. The benefit can be delayed by minutes or hours or may be absent.
<i>Beginning of dose worsening</i>	Worsening of symptoms, especially tremor, in the first few minutes after a dose of L-dopa, before the onset of benefit
<i>End of dose rebound</i>	PD symptoms that are more severe than in the untreated baseline state and emerge at the end of a dose of L-dopa
<i>On-off fluctuations /“yo-yoing”</i>	Predictable or unpredictable rapid changes or cycling between being “on” and mobile with dyskinesia, to being “off” and immobile over course of dose of L-dopa or over a day

Motorische Komplikationen: Phänomenologie



klinisches Muster	Wearing OFF	verzögerter Wirkeintritt (Delayed ON)	Dosisversagen (No ON)	paroxysmales ON/OFF
Mechanismus	- L-Dopa HWZ - präsynaptische Speicherung	- Magenentleerung - intestinale Absorption	- Magenentleerung - intestinale Absorption - BHS Transport	striatale pharmakodynamische Mechanismen

Impact of Residual Drug in the Pharynx on the Delayed-On Phenomenon in Parkinson's Disease Patients

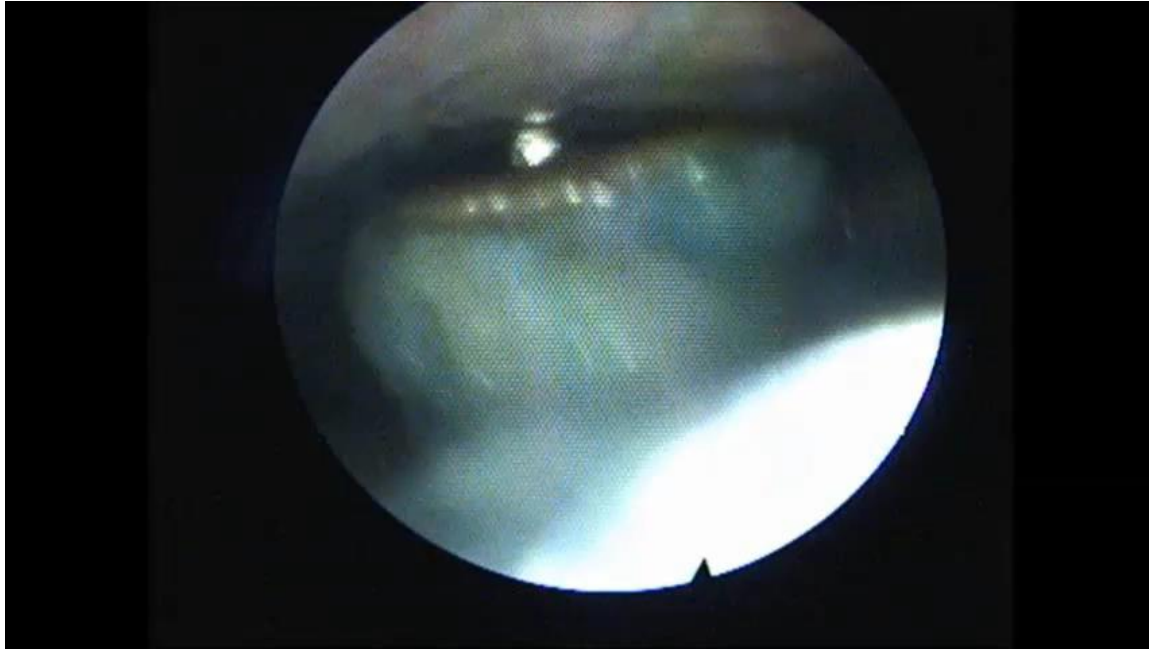
Jiro Fukae, MD, PhD,^{1,2} Shinsuke Fujioka, MD, PhD,¹ George Umemoto, DDS, PhD,³ Hajime Arahata, MD, PhD,⁴ Shosaburo Yanamoto, MD,¹ Takayasu Mishima, MD, PhD,¹ and Yoshio Tsuboi, MD, PhD^{1,*}

ABSTRACT: **Background and Objective:** The delayed-on phenomenon (DOP) related to levodopa treatment frequently disturbs quality of life in advanced-stage Parkinson's disease (PD) patients. The objective of this study was to explore the impact of swallowing dysfunction on the development of DOP.

Methods: Swallowing function was investigated by endoscopic evaluation in 11 PD patients with the DOP and 9 PD patients without the DOP during the *on* phase. Residual drug in the pharynx after taking the drug in tablet, capsule, and powder forms was also observed.

Results: Residual drug was seen in the pharynx in six cases (30.0%). Pooling of saliva, delayed swallowing reflex, and residual drug were more frequent in the DOP group than in the group without the DOP ($P < 0.05$). The odds ratios for residual drug in the pharynx, pooling of saliva, and delayed swallowing reflex for the DOP were 42.7 (95% confidence interval, 1.89–962.9), 14.0 (95% confidence interval, 1.25–156.6), and 15.8 (95% confidence interval, 1.75–141.4), respectively.

Conclusions: These results suggest that swallowing dysfunction leading to residual antiparkinsonian drug in the pharynx has substantial impacts on the DOP in PD patients.



ARTICLE OPEN



Dysphagia for medication in Parkinson's disease

Bendix Labeit^{1,2}✉, Elijahu Berkovich³, Inga Claus¹, Malte Roderigo¹, Anna-Lena Schwake¹, Dvora Izgelov³, Dorit Mimrod³, Sigrid Ahring¹, Stephan Oelenberg¹, Paul Muhle^{1,2}, Verena Zentsch¹, Fiona Wenninger¹, Sonja Suntrup-Krueger^{1,2}, Rainer Dziewas⁴ and Tobias Warnecke⁴

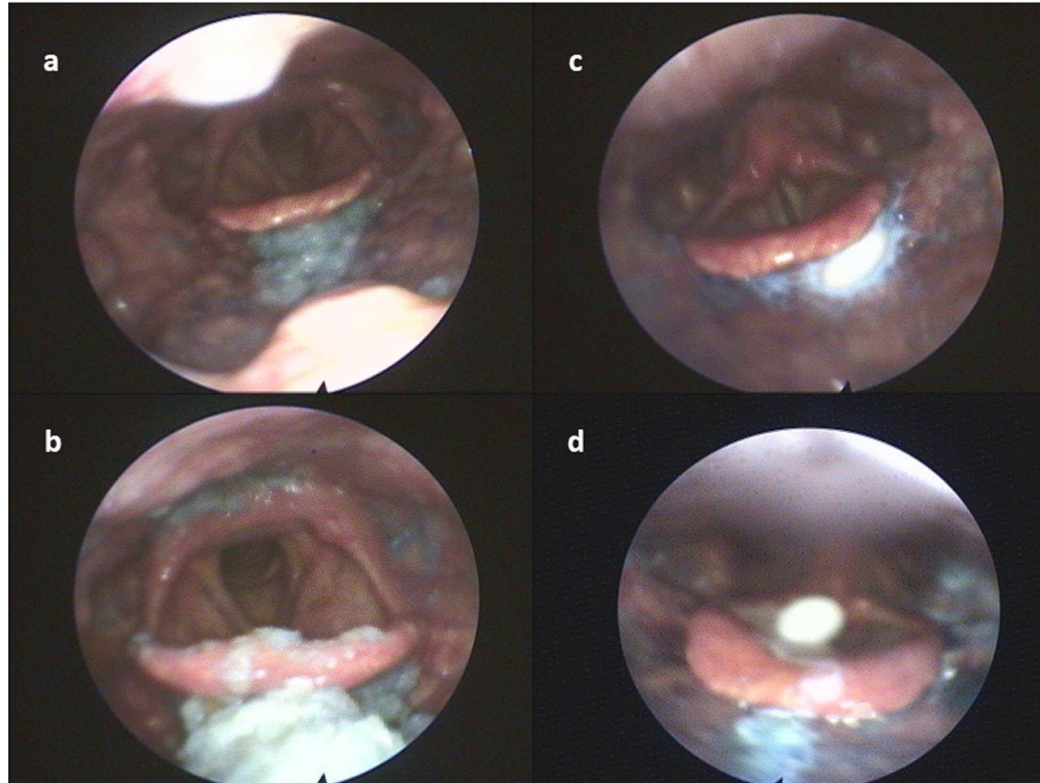
Dysphagia is common in Parkinson's disease (PD) and is assumed to complicate medication intake. This study comprehensively investigates dysphagia for medication and its association with motor complications in PD. Based on a retrospective analysis, a two-dimensional and graduated classification of dysphagia for medication was introduced differentiating swallowing efficiency and swallowing safety. In a subsequent prospective study, sixty-six PD patients underwent flexible endoscopic evaluation of swallowing, which included the swallowing of 2 tablets and capsules of different sizes. Dysphagia for medication was present in nearly 70% of PD patients and predicted motor complications according to the MDS-UPDRS-part-IV in a linear regression model. Capsules tended to be swallowed more efficiently compared to tablets, irrespective of size. A score of ≥ 1 on the swallow-related-MDS-UPDRS-items can be considered an optimal cut-off to predict dysphagia for medication. Swallowing impairment for oral medication may predispose to motor complications.

npj Parkinson's Disease (2022)8:156; <https://doi.org/10.1038/s41531-022-00421-9>

Medikationsdysphagie

Ordinale Skala	Schluckeffizienz	Schlucksicherheit
0: keine Beeinträchtigung	Das Medikament wird beim ersten Schluckversuch vollständig geschluckt, ohne sich aufzulösen.	Das Medikament wird geschluckt, ohne dass die Gefahr von Penetrationen oder der Aspiration besteht.
1: leichte Beeinträchtigung	Das Medikament wird beim ersten Versuch nicht geschluckt, lässt sich aber bei weiteren Versuchen leicht schlucken, ohne sich aufzulösen.	Das Medikament oder Wasser gelangt vorzeitig (vor auslösen des Schluckreflex) in den Rachen oder verbleibt nach dem ersten Schluckversuch prolongiert im Rachen, ohne dass es zu einer Penetration oder Aspiration kommt.
2: mäßige Beeinträchtigung	Das Medikament steckt vorübergehend im Oropharynx fest und kann nur durch intensive Schluckversuche (≥5 Versuche oder zusätzliches Wassertrinken) gelöst werden und/oder es kommt zu minimalen Auflösungserscheinungen (Medikamentenbelag auf der Schleimhaut).	Das Medikament oder das Wasser dringt in den Larynxeingang ein, wird aber durch Schutzreflexe wirksam entfernt.
3: schwere Beeinträchtigung	Das Medikament kann nicht vollständig geschluckt werden und löst sich teilweise auf.	Das Medikament oder Wasser dringt in den Larynxeingang ein und wird trotz Schutzreflexen nicht entfernt.
4: sehr schwere Beeinträchtigung	Das Medikament kann nicht geschluckt werden und/oder löst sich vollständig auf.	Das Medikament oder Wasser dringt in den Larynxeingang ein, ohne dass es zu Schutzreflexen kommt, oder es kommt zu Aspirationsereignissen.

Medication dysphagia



Received: 27 December 2022

Accepted: 31 January 2023

DOI: 10.1111/ene.15734

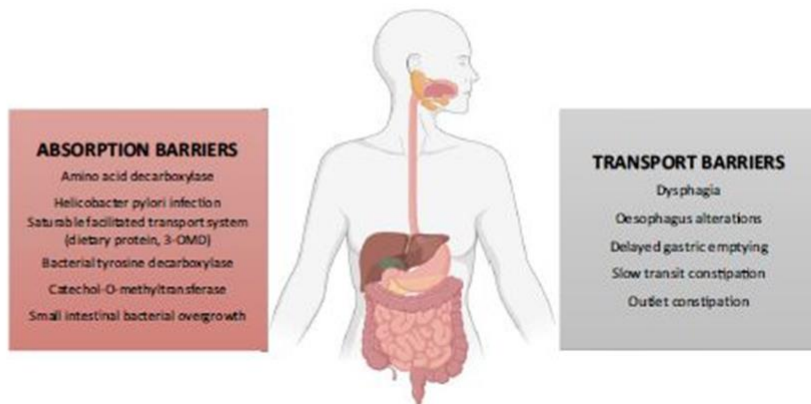
REVIEW ARTICLE

european journal
of neurology
the official journal of the european academy of neurology

GASTROINTESTINAL BARRIERS TO LEVODOPA PHARMACOKINETICS

1467

FIGURE 2 Barriers to levodopa transport and absorption in the gastrointestinal tract. The figure shows barriers to levodopa pharmacokinetics categorised as absorption barriers (factors which affect levodopa absorption in the small intestine primarily) and transport barriers (factors which affect levodopa transport through the gastrointestinal tract primarily). Of note, transport barriers can ultimately alter levodopa absorption. 3-OMD, 3-O-methyldopa.



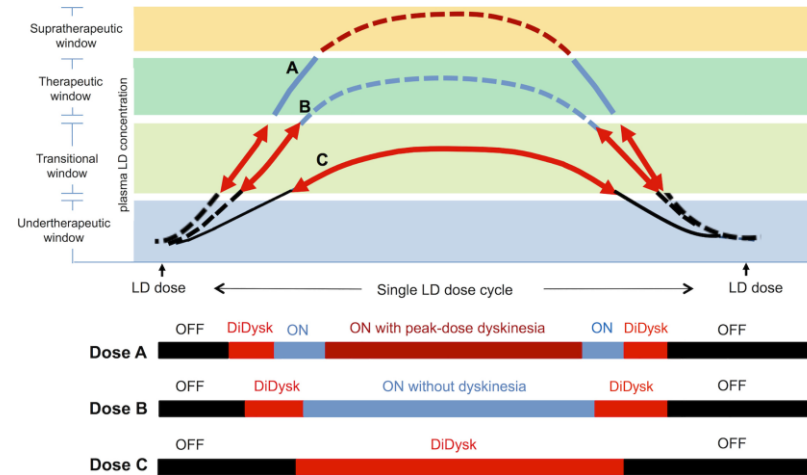
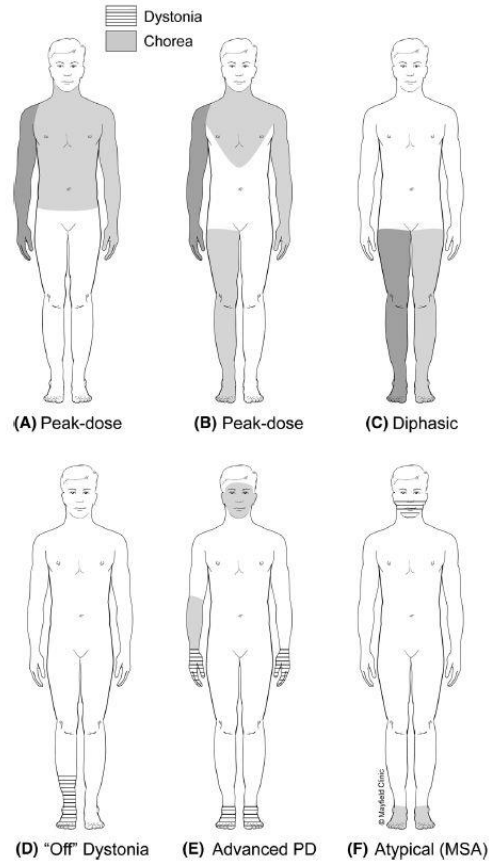
Motorische Komplikationen: Phänomenologie

L-DOPA-INDUCED COMPLICATIONS

TABLE 2. Phenomenology of L-dopa-Induced Dyskinesia

	Phenomenology
Dyskinesia Peak dose/square wave <i>Chorea/dystonia/ballism</i>	Occurs in the 'on' state, 1-2 h after a dose of L-dopa. Manifest as a mixture of choreic movements of the neck, limbs, trunk, and face, with dystonic posturing of limbs and neck. In more severe cases, ballistic movements can occur. May accompany peak-dose dyskinesia. Two patterns have been described: upward gaze deviation—oculogyric crisis, and slow "to-and-fro" movements.
<i>Ocular dyskinesia</i>	Less frequent; usually emerges within 10 to 20 minutes of an L-dopa dose and tends to disappear in the "fully on" state.
<i>Myoclonus</i>	Myoclonus, when seen, is usually in patients with dementia.
<i>Respiratory</i>	Irregular rate and depth of breathing because of involvement of respiratory muscles in peak-dose dyskinesia
<i>Wearing-off/Off-period</i> <i>Dystonia</i>	Usually affects the legs and feet (ankle inversion and extension or flexion of toes). Can be painful and disabling; more frequent in the morning, before first L-dopa dose. Blepharospasm, jaw opening, neck and hand posturing also can occur.
Diphasic dyskinesia	Occurs at the beginning- and end-of-dose. Predominantly dystonia that affects the legs, with slow stereotypical alternating movements, sometimes with ballistic kicking. High stepping during walk can result in "funny gaits."

Dyskinesien



Häufigkeit verschiedener motorischer Komplikationen

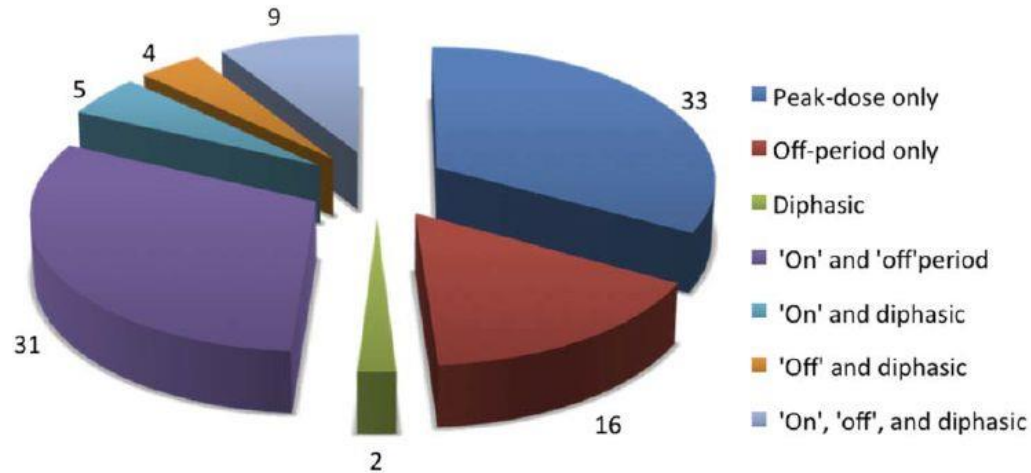


FIG. 1. Estimated frequency (%) of different types of levodopa-induced dyskinesia (modified from Luquin et al⁶¹).

Neurol Ther (2023) 12:391–424
<https://doi.org/10.1007/s40120-022-00435-8>



REVIEW

Off-time Treatment Options for Parkinson's Disease

Margherita Fabbri · Raquel Barbosa · Olivier Rascol

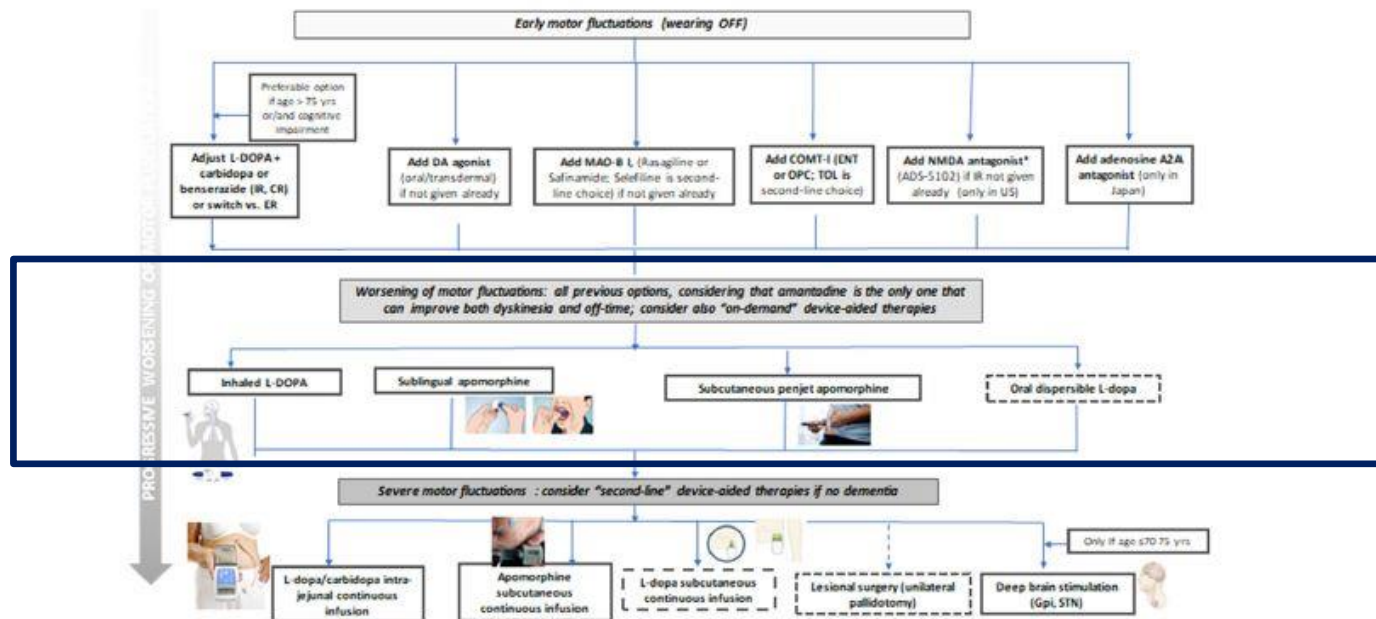


Fig. 2 Algorithm for treatment options for the management of MF, from the early advanced stage to the appearance of troublesome MF in the severe advanced stage. Dotted lines indicate treatments with lower levels of

evidence (to be considered with limitations, i.e. radiofrequency pallidotomy) or with few data available and still not marketed (CLSI)

REVIEW

On-Demand Therapy for OFF Episodes in Parkinson's Disease

C. Warren Olanow, MD, FRCPC, FRCP(hon),^{1,2*}  Werner Poewe, MD,³ Olivier Rascol, MD,⁴ and Fabrizio Stocchi, MD⁵

¹Department of Neurology, Mount Sinai School of Medicine, New York, New York, USA

²Clintrex Research Corporation, Sarasota, Florida, USA

³Department of Neurology, Innsbruck Medical University, Innsbruck, Austria

⁴Department of Clinical Pharmacology and Neuroscience, Clinical Investigation Center CIC1436, Parkinson Expert Center, NS-Park/F-CRIN, NeuroToul COEN Center; Toulouse University Hospital, INSERM and University of Toulouse 3, Toulouse, France

⁵University and Institute for Research and Medical Care, IRCCS San Raffaele Pisana, Rome, Italy

TABLE 1 *Approved on-demand therapies for OFF episodes*

Drug name	Primary end point mean change in UPDRS part III score in pivotal study (active drug vs placebo)	Additional results of clinical trials	Comments
Apomorphine hydrochloride injection (APOKYN, Apo-Go, Dacoptone)	Mean change vs. placebo in UPDRS III 20 minutes postdose (−23.9 vs −0.1; $P < 0.001$) Mean dose of active drug, 5.4 mg	• Rapid time to ON response (10–22 minutes) • Conversion rate from OFF to ON (95%)	• Need for multiple medically supervised visits to titrate to optimal effect • Requires device assembly prior to use • Requires injection • Premedication for nausea and vomiting typically required • Cutaneous lesions and dopaminergic adverse events
Apomorphine sublingual film (KYNMOBI)	Mean change vs. placebo in MDS-UPDRS III 30 minutes postdose (−11.1 vs −3.5; $P < 0.0001$) Mean dose of active drug, 19.6 mg	• Rapid time to ON (<30 minutes) • High response rate on home diary (79%) • ON response maintained through 90 minutes in 47% of patients	• No need for multiple supervised in clinic visits to titrate to optimal effect — can be done at home • Premedication for nausea not required for all patients • Does not require application device • No need for injection • Swallowing can decrease absorption • High rate of oropharyngeal adverse reactions and dropout
Levodopa inhalation powder (INBRILJA)	Mean change vs. placebo in UPDRS III 30 minutes postdose: (−9.8 vs −5.9; $P = 0.009$) Dose of active drug, 84 mg	• ON response achieved by most patients (10–30 minutes) • ON response maintained through 60 minutes in 58% of patients • Patients note functional improvement	• No titration required • No antiemetic medication required • No need for injection • Requires device assembly • Levodopa dose limited to 84 mg • Does not include decarboxylase inhibitor • Adverse events include cough, upper respiratory tract infection, and sputum discoloration

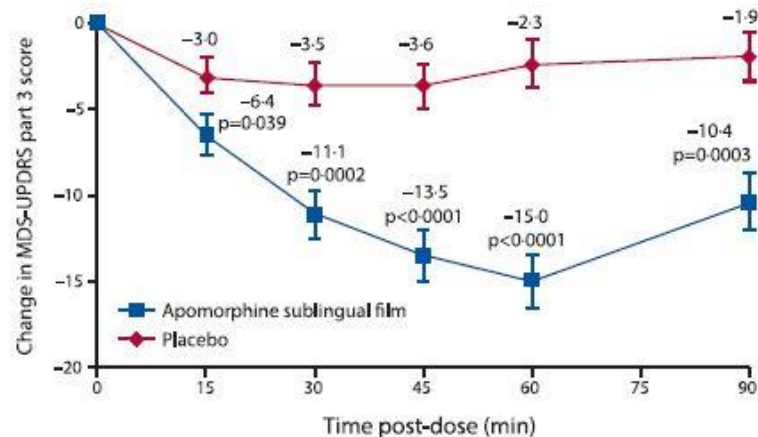


FIG. 2. Comparison of APL versus placebo with respect to change in UPDRS-III at various times postadministration of therapy.⁶⁴ Note that there were significant benefits with APL versus placebo at all times recorded and that benefit lasted for 90 minutes. [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

Sublinguales Apomorphin

- Wird für 3 Minuten unter die Zunge gelegt und setzt dort Apomorphin frei
- Wirkung wird nicht von gestörter gastrointestinaler Motilität oder Nahrung gestört
- Bei fast 80% der Patient wird Off-Phase innerhalb von 30 Minuten durchbrochen, Wirkung hält 90 Minuten an
- Oropharyngeale Nebenwirkungen allerdings bei einem Drittel der Patienten: Lippenulzerationen, Gingivaödeme sowie Schwellungen an Lippen, Schleimhaut oder Rachen

Inhalatives Levodopa

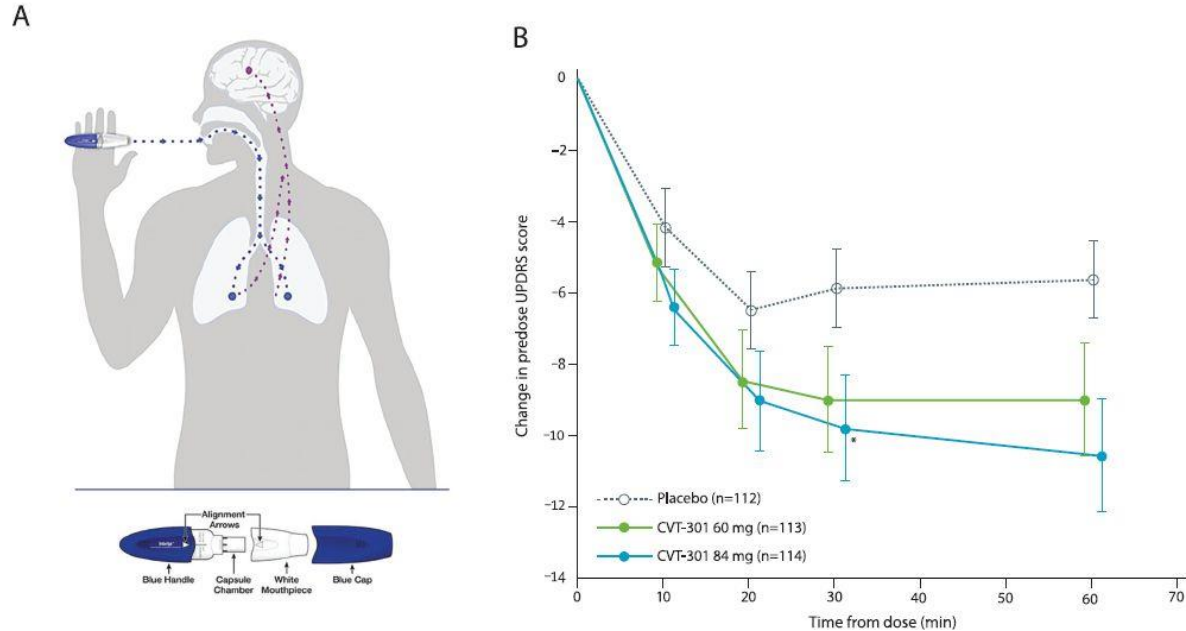
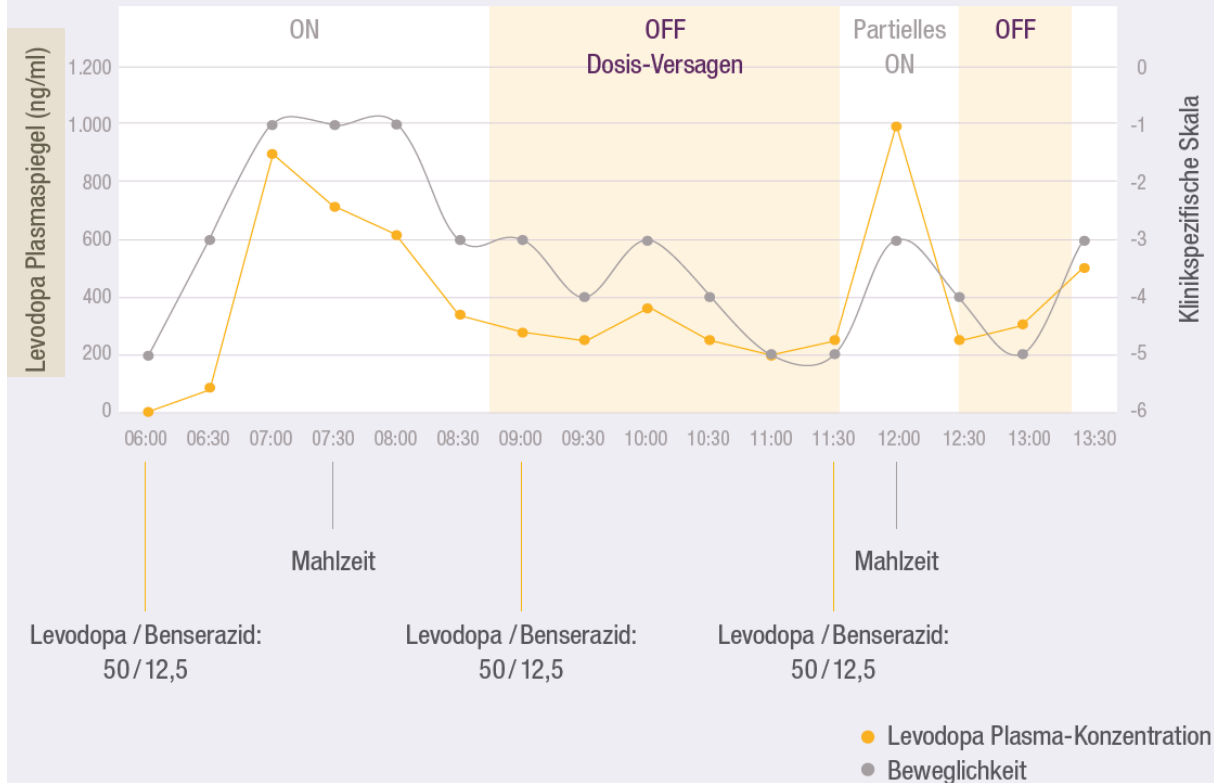


FIG. 3. (A) Schematic representation of the inhaler device and the capsule.⁷⁰ **(B)** UPDRS-III (motor) scores at various times following administration of 2 doses of inhaled levodopa versus placebo in the phase 3 pivotal trial.⁷² [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

Inhalatives Levodopa

- Direkte Aufnahme von Levodopa über die Lunge durch Inhalieren möglich
- Behandlung Parkinson-assoziiierter „Off-Phasen“
- Kombination nur mit Levodopa in Tablettenform (+ Decarboxylasehemmer) möglich
- Bis zu 5 Anwendungen pro Tag (jeweils 2 Kapseln)
- Husten als Nebenwirkung möglich

Orale Einnahme von Levodopa / Benserazid und **Veränderung der motorischen Funktionen** im zeitlichen Verlauf am Beispiel eines Patienten^{1,*}



Verabreichung von Arzneimitteln durch Inhalation

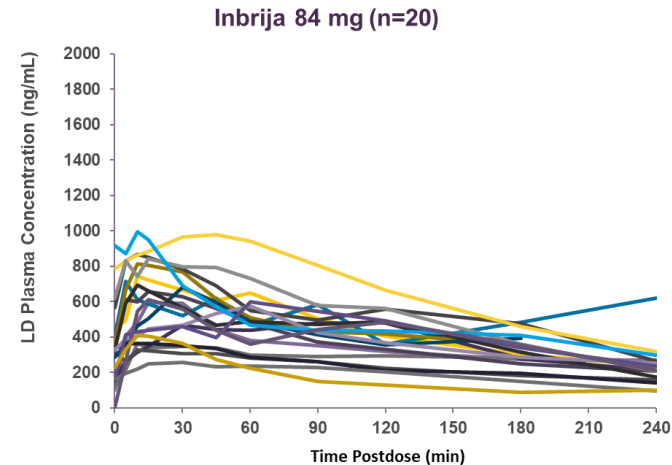
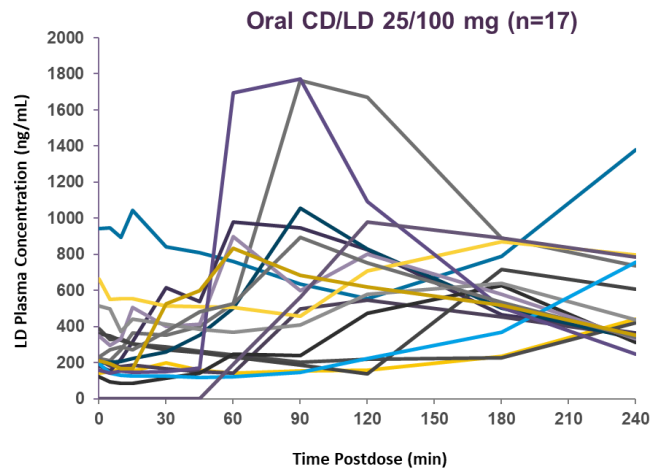
Potenzielle Vorteile des pulmonalen Weges:

- Bessere Bioverfügbarkeit durch pulmonale Absorption
- Schneller Wirkeintritt
- Vermeidung des First-Pass-Effekt
- Andere pharmakokinetische Aspekte

Herausforderung: Zeitpunkt

Paradigmenwechsel: Therapie der akuten OFF-Phasen mit einer oralen Therapie als Rescue Medikation, gegenüber dem Verhindern einer OFF-Phase durch Inhalationstherapie, schon bei den ersten Anzeichen einer OFF-Phase (→ Überbrückung der OFF-Phase)

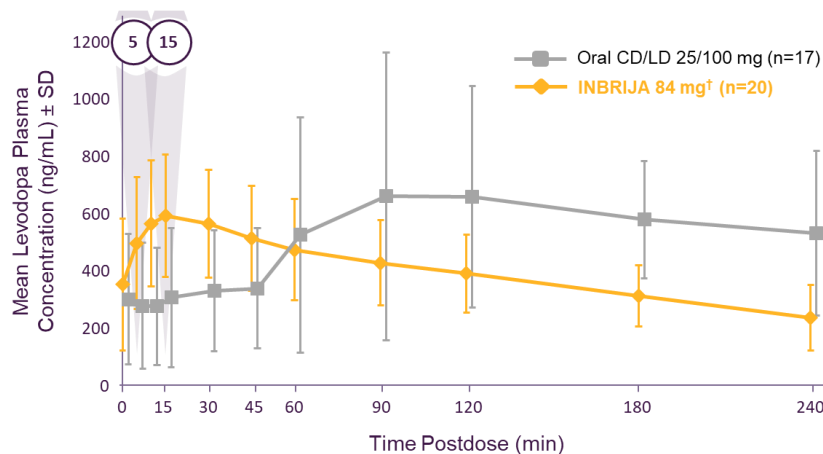
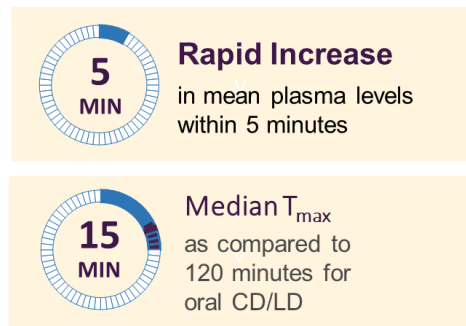
Postprandial geringere Varianz von Levodopa im Plasma mit inhalativem Levodopa



- 4-5 Stunden nach der morgendlichen CD/LD-Dosis nahmen die Patienten eine fett- und proteinreiche Mahlzeit zu sich und erhielten anschließend die Studienmedikation CVT-301
- CVT-301 84 mg wurde zusammen mit 25 mg oralem Carbidopa verabreicht, um einen echten PK-Vergleich von Levodopa zu ermöglichen.

INBRIJA Reaches Mean Peak Plasma Concentrations Faster Than Oral Carbidopa/Levodopa in Fed State

Single-Dose PK Study in PD Patients Following a High-fat, High-protein Meal*



*4-5 hours after morning CD/LD, patients ate meal then received study drug.

†INBRIJA 84 mg coadministered with 25 mg oral carbidopa for true PK comparison of levodopa.

In den USA ist Inbrija die bevorzugte PD-On-Demand-Behandlung

- US Ärzte berichteten, dass sie sich mit INBRIJA im Allgemeinen wohler fühlten als mit ODTs auf Apomorphinbasis
- ~10.000 Patienten haben seit der Markteinführung 2018 eine Therapie mit INBRIJA erhalten
- Patienten profitieren von Inbrija i.d.R. über einen langen Zeitraum, wenn sie zu Beginn mit der Handhabung des Inhalators und der Atemtechnik gut klarkommen. Einweisung, Motivation und Begleitung ist daher sehr wichtig.
- Für US-Ärzte steht der ideale Inbrija Patient aktiv im Leben, hat eine gute Motorik und kann spontane OFF-Phasen erkennen und bei ersten Anzeichen dagegen inhalieren
- Ein typischer Patient nutzt Inbrija ca. 2 mal am Tag
- Ca 20% der Inbrija einsetzenden US-Ärzte geben die On-Demand Therapien an alle CD/LD Patienten, als ständiger Therapiebegleiter im Falle eines unvorhergesehenen OFF's
- Meist werden Wirkstofffluktuationen in erster Linie über eine Anpassung der Basis-Medikation adressiert. Ein frühes Erkennen der OFF-Phasen und eine on-Demand Therapiestrategie ist ein relativ neuer Ansatz.
- 50-70% der US Patienten unter einer CD/LD Therapie haben OFF-Phasen, 33% davon haben über den Tag variable OFF-Phasenmuster

Gründung einer neuen Arbeitsgruppe zum Thema Fortbildungen



- ParkinsonInsights: Fortbildungen zu aktuellen Themen im Bereich Parkinson
- Sammlung vergangener Fortbildungen
- ...

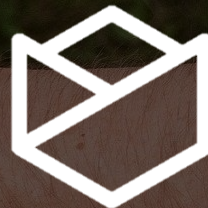
Zur Teilnahme schreiben Sie einfach eine kurze Mail an kontakt@pnoplus.de!



Arbeit in den Netzwerken aus der Perspektive von AbbVie

Prof. Dr. Tobias Warnecke & Christin Roßmann

AbbVie Rolle in den Parkinsonnetzen+



Zentrum für die Erforschung von neurologischen Erkrankungen in **Ludwigshafen** – AbbVie's zweitgrößter Forschungs- und Entwicklungsstandort weltweit!



~ **48.000**
Mitarbeiter weltweit

~ **3.000**
Mitarbeiter in Deutschland



> 15 Jahre im Markt!

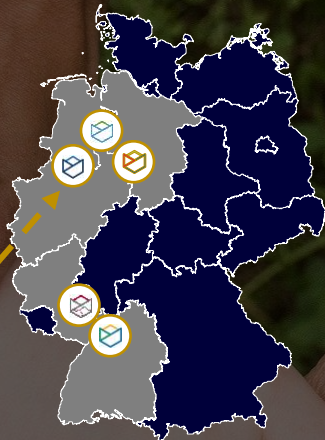
Wer bei der Behandlung von Parkinson erfolgreich sein will, braucht **Erfahrung & Ausdauer**. Beides bringen wir ins Spiel!

#1 Das ist AbbVie



#2 Public Health & Policy: Versorgungslücken schließen

Das erste Parkinsonnetz+ wurde **2017** zusammen mit Professor Warnecke in Münster gegründet



Ca. **48.000**
Betroffene leben in den Einzugsgebieten der Parkinsonnetze+

Bisher **5** aktive Parkinsonnetze+ in verschiedenen Regionen Deutschlands



Schon **>390**
teilnehmende Versorger verschiedenster Fachdisziplinen

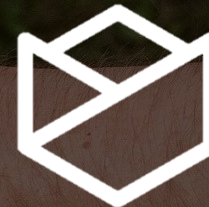


25
Aktive Arbeitsgruppen, die an verschiedenen Themen zur Versorgungsverbesserung arbeiten

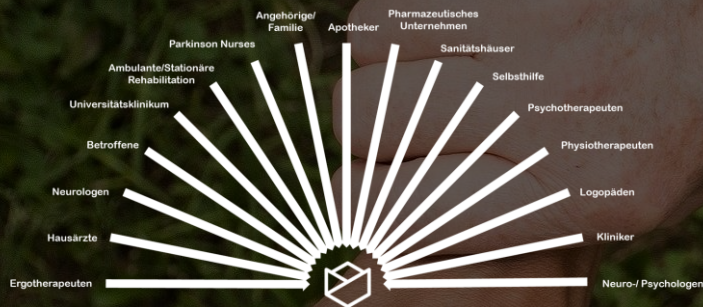
#3 Versorgungslücken schließen: Parkinson durch die PN+

#4 Die PN+ in Zahlen

AbbVie Rolle in den Parkinsonnetzen+



Vernetzung der relevanten Versorger



Die Idee der Netzwerke ist der **direkte Austausch auf Augenhöhe zwischen den unterschiedlichen Behandlern und allen Versorgern** rund um die Parkinsonpatienten.

#5 Die Vision in den PN+

Inhaltliche Mitarbeit von pharmazeutischen Unternehmen

AbbVie unterstützt den Aufbau dieser innovativen Versorgungskonzepte, um einen echten Unterschied im Leben von Menschen mit Parkinson zu machen.

#6 Darum Pharmaunternehmen in den PN+

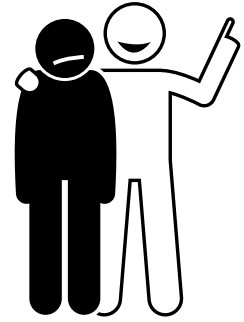
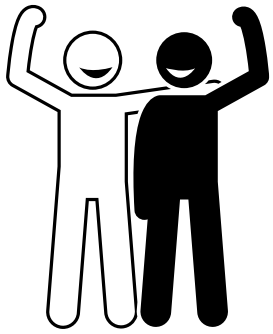
#7 Fokus von AbbVie als Kooperationspartner der PN+

- + Einbringen von Expertise & aktive Mitarbeit (Kick Off; Weiterentwicklung; Themenschwerpunkte; Organisation)
- + Themenbezogene Mitarbeit in Arbeitsgruppen (Kommunikation & Öffentlichkeitsarbeit)
- + Bündelung von Informationen aller Parkinsonnetze+ und Entwicklung überregionaler Maßnahmen
- + Kommunikation zu den PN+ (Erklärvideo)
- + Wichtig: Produktunabhängig – Versorgung von Patienten im Fokus



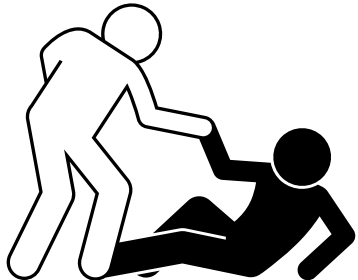
Bericht zum Thema Qualifizierte Selbsthilfe aus dem Parkinsonnetz Münsterland+

Prof. Dr. Tobias Warnecke

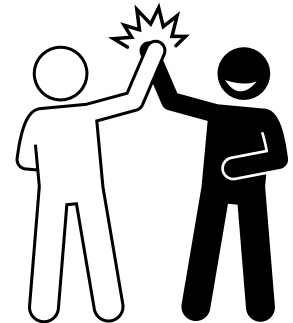


Qualifizierte Selbsthilfe

im Parkinsonnetz Münsterland +



Claudia Motog
Sabrina Krouß
Kathrin Wersing



Unsere Idee



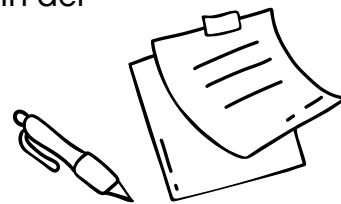
Selbsthilfeangebote im
Münsterland leicht
zugänglich machen für
Menschen mit Parkinson,
Angehörige und
Fachpersonen

Unsere Ziele



Kathrin

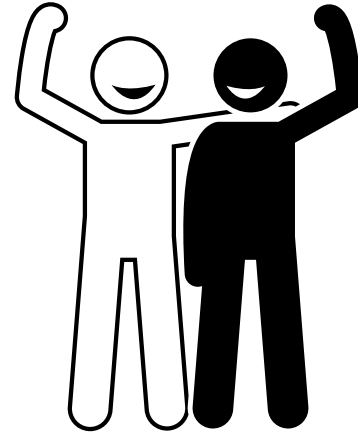
- 1 Zusammenstellung und Beschreibung
uns bekannter Angebote
- 2 Übersichtlichkeit und
Vergleichbarkeit
- 3 gleichberechtigte Verteilung der
Informationen
- 4 Zusammenarbeit in der
Selbsthilfe



Warum Selbsthilfe?



- ➔ Lernen am Beispiel anderer
- ➔ verstanden werden
- ➔ Krankheitswissen
- ➔ Bewältigungsstrategien
- ➔ Empowerment



Angebote

- 1x pro Monat Treffen mit Vorträgen, Gesprächsrunden, Festen, sportlichen Aktivitäten
- alle 4-6 Wochen: Stammtisch für Jungerkrankte, ggf. mit Partner
- 1x pro Quartal: Angehörigen-Frühstück
- 1x pro Jahr Angehörigenschulung: 5 Samstage, max. 15 TN, nächstes Angebot: Herbst 2023, Themen: Kennenlernen, Basiswissen, Selbstfürsorge, Inkontinenz, Medikamentenmanagement, Besuch im Sanitätshaus, Physiotherapie (Transfer)
- 1x pro Woche: Smovey-Kurs
- alle 2 Jahre R(h)einer Parkinsontag
- Beratungsgespräche durch Sabrina
- 1x pro Woche ParkinsonChor mit professioneller Chorleitung

Ort

Rheine

Kontakt

Leitung: Franz Spanke, Sabrina Krouß

Kontakt: sabrina@parkinson-rheine.de / 0151/64950491,
franz@parkinson-rheine.de
Homepage: www.parkinson-rheine.de

Mitglieder

ca.
100

Zugang

unverbindliches Schnuppern möglich
Mitgliedsbeitrag: 55€ pro Jahr



Angebote

- 1x pro Monat Treffen in Borghorst (Vereinstreffen mit medizinischen Fachbeiträgen durch Fachärzt:innen)
- 1x pro Monat Parkinson Stammtisch (offenes Treffen der Mitglieder)
- 1x pro Jahr Busfahrt zum Parkinsontag
- 1x pro Jahr Sommerfest mit Busfahrt zu wechselnden Orten
- Fahrten-Angebote, z.B. zum Landtag, Urlaubsfahrt (5 Tage)
- alltagspraktische Beratung der Betroffenen zu Hause, keine medizinische Beratung und Unterstützung
- 1x pro Monat Angehörigen-Gesprächskreis



Ort

Kreis Steinfurt

Kontakt

Kontakt:

Vorsitzende

claudia.motog

@parkinson-steinfurt.de

Tel: 01573 70 59 577

1. stellv. Vorsitzende

Dorothea.stauvermann

@parkinson-steinfurt.de

Tel. 02551 80 104

Homepage:

www.parkinson-steinfurt.de

Mitglieder

520

Zugang

telefonisch oder per Email

Anfrage

Beratung zu Hause

Mitgliedsbeitrag: 50€ im Jahr

Angehörige: 40€

PingPongParkinson

Münster, Osnabrück, Sendenhorst, Dülmen,
Ibbenbüren, Nordhorn, Spelle



Kathrin

Angebote

- 1-2x pro Woche Tischtennistraining vor Ort
- Stützpunkt ist angebunden an jeweils örtlichen Sportverein
- Austausch und Gesprächsrunden
- regelmäßige Webinare zu Krankheitsthemen sowie Begleitung und Unterstützung durch die Geschäftsstelle in Nordhorn
- regelmäßige Turniere und Begegnung mit anderen Stützpunkten
- bei Interesse Teilnahme an internationalen Turnieren, wie German Open und Weltmeisterschaften möglich
- Öffentlichkeitsarbeit durch Standbetreuung z.B. bei Selbsthilfetagen

Ort

Münster, Osnabrück,
Sendenhorst, Dülmen,
Ibbenbüren, Nordhorn, Spelle

Kontakt

Münster: Kathrin Wersing
muenster@pingpongparkinson.de
Osnabrück: Carsten Krieger
carsten.krieger@osnanet.de
Sendenhorst: Karolin Farys
karo.stein@gmx.de
Dülmen: Hans-Georg Stremlau
hans-georg2@pingpongparkinson.de
Ibbenbüren: Wolfgang Schmidt-Hoffmeier
schmidt-hoffmeier.wolfgang@web.de
Nordhorn: Thorsten Boomhuis
thorsten@pingpongparkinson.de
Spelle: Anita Spahn
anita.spahn@pingpongparkinson.de

Mitglieder

ca. 250 im Münsterland

Zugang

Mitgliedsbeitrag:
PingPongParkinson: 12€ pro Jahr
plus Kosten für Mitgliedschaft im
örtlichen Sportverein





Diskussion

Erstellung einer ähnlichen Übersicht
für das Parkinsonnetz Osnabrück+ ?



A photograph showing several hands of different skin tones stacked in a circle, resting on a green grassy surface. The hands are arranged in a supportive, huddle-like manner. The image is slightly dimmed to make the white text stand out.

20 min. Pause

Guten Appetit!



Vorstellung der Initiative „KnockOut gegen Parkinson“

Harald Brandl



„KnockOut gegen Parkinson“

„Medikamente sind die Hälfte der Therapie, die andere ist Bewegung“

Diese Grundthese / Erkenntnis ist seit Jahren bei Parkinson-Betroffenen bekannt und in unserer Selbsthilfegruppe suchten und suchen wir nach entsprechend geeigneten Möglichkeiten.

Unsere Mitglieder sind schon seit einigen Jahren vielfältig unterwegs in allen möglichen Sportbereichen.

- ✓ Wir betreiben im Centrumed seit mehr als 4 Jahren aktiv **Parkinson-Reha-Sport** (u.a. BIG-Übungen) (2 Gruppen – Montags und / oder Freitags)
- ✓ Wir **tanzen** an der Volkshochschule schon im 5. Semester
- ✓ Wir spielen Tischtennis (1x pro Woche) in der **PingPongParkinson** Gemeinschaft



Jede einzelne Aktivität brauchte seine Zeit ...
Aber dann läuft's



„KnockOut gegen Parkinson“

Ziel der sportlichen Betätigungen:

Den fortschreitenden Parkinson-Symptomen entgegen arbeiten

- *Gegen die Versteifung*
- *Gegen die Gangunsicherheit*
- *Gegen den Tremor*
- *Stärkung des Gleichgewichts*
- *Stärkung der Koordination*
- *usw.*





„KnockOut gegen Parkinson“

Besonderheiten beim Boxtraining:

Es geht um

- Kraft
- Beweglichkeit
- Arm- und Bein-Koordination
- Reaktionsfähigkeit

Fähigkeiten die Parkinson-Patienten allmählich verlieren.
Mit Box-Training können wir diese Fähigkeiten beleben.

UND natürlich um SPASS 😊





„KnockOut gegen Parkinson“

In mehreren Städten haben Selbsthilfegruppen schon „Boxgruppen“ gegründet und lassen sich fachkundig trainieren. So in [Hamburg](#), [Braunschweig](#), [Itzehoe](#).

Und jetzt die Nachricht für Osnabrück:

Auch wir haben jetzt einen Verein gefunden, der uns trainieren will.

Mit dem [OSC \(Osnabrücker Sport Club\)](#) haben wir eine Vereinbarung getroffen und inzwischen auch mit dem langjährigen und erfahrenen Boxtrainer des Vereins **Heinz Janocha** die Möglichkeiten sondiert...

... und mit dem Training begonnen.

Jeden Dienstag von 16.00 Uhr bis 17.00 Uhr

Ort: Landwehrviertel Kampfsporthalle des OSC in der Quebecallee 25 49092 Osnabrück

Heinz Janocha hat uns im Sturm erobert. Einfühlsam, rücksichtsvoll mit viel Humor





„KnockOut gegen Parkinson“

Noch ein kleines Highlight:

Für unser Treffen am 11. Oktober in der Scholle haben wir den Profiboxer [Patrick Rokohl](#) gewinnen können.

Ausführlich will er den Nutzen des Boxtrainings bei Parkinson erläutern.

Er ist übrigens auch in der [SHG Braunschweig](#) aktiv in der Betreuung.

Auch unser Trainer Heinz Janocha wird dabei sein.

„Therapeutisches Boxen“ wird salonfähig 😊





„KnockOut gegen Parkinson“

Was bleibt noch zu tun?

„Therapeutisches Boxen“ - Anerkennung als Reha-Sport?

Hindernisse:

Rahmenvereinbarung der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)

5 Rehabilitationssportarten

5.3

Für eine Anerkennung als Rehabilitationssport kommen nicht in Betracht:

Kampfsportarten und Sportarten der Selbstverteidigung (z. B. Boxen, Kickboxen, Ringen, Judo, Karate, Taekwon-Do, Jiu-Jitsu),

Sportarten, bei denen eine erhöhte Verletzungsgefahr oder ein anderes gesundheitliches Risiko besteht



„KnockOut gegen Parkinson“

Danke

auch für ihre zukünftige Unterstützung
und Empfehlungen



Gruppenarbeit

Gruppeneinteilung



Gruppe 1

Dr. Andreas Altensell
Mira Dadhe
Ivonne Gluth
Sabrina Kettelmann
Dr. Matthias Leistler
Natascha Mürer
Tatjana Timpe
Andre Willmann

Gruppe 2

Gea Baarlink
Fabian Groß
Dr. Christian Kosubek
Yvonne Loschinski
Dr. Michael Nagel
Dr. Charlotte Metreveli
Elisabeth Saurin
Michael Winkler

Gruppe 3

Thorsten Boomhuis
Annika Faust
Sonja Heitkamp
Marie Kunzmann
Farina Meteling
Luisa Niemöller
Lisa-Marie Schomäker
Dr. Michael Voss

Gruppe 4

Petra Wolf
Harald Brandl
Dirk Hillenkötter
Natascha Labudda-Plöger
Aynur Ödemis
Cynthia Volkerink
Inka Schulte
Maike Zander

Gruppe 5

Christiane Brune
Leonie Frye
Dr. Michael Hotz
Sabrina Langhorst
Isabell Meyer
Gina Pingsmann
Tina Siedhoff
PD Dr. Andreas Wellmer

Gruppe 6

Doris Clasemann
Eileen Gerding
Detlef Jerutz
Raluca Leana
Gudrun Moll-Brandl
Britta Rosendahl
Franziska Stroeve
Janina Willmann

OSNABRÜCK



Parkinson-
Fälle:
2.559



Ideen für neue Netzwerk-Partner:

Neurologie
Ergotherapie
Logopädie
Physiotherapie
Parkinson Nurse
Apotheken
Sanitätshäuser
Allgemeinmedizin
Geriatric
Psychotherapie

Regionale Situations- und Bedarfsanalyse

Leitfragen

Regionale Stärken und Schwächen-Analyse:
Was läuft regional gut in der Versorgung was weniger gut?

Was wären konkrete
Maßnahmen/Aktivitäten, die Sie angehen
wollen würden?

Wer sind die relevanten
Stakeholder/Akteure beim Thema
Parkinsonversorgung in Ihrer Region?
Erfassung dieser, aus Ihrer Sicht, wichtigen
neuen Netzwerkpartner aus Ihrer Region auf
den Plakaten





**Bitte finden Sie sich in Ihren
regionalen Gruppen gemäß der Liste
zusammen.**

**Wir treffen uns um 20:20 Uhr wieder
im Plenum.**



Ankündigungen und Termine

Prof. Dr. Tobias Warnecke
Jonas Friedmann



European Society for
Swallowing Disorders

ESSD

ESSD Webinar

How to approach dysphagia in Parkinson's disease

Wednesday, 20.09.2023, 5:00–6:00 PM CET

Two experts. One hour. One topic.

In this ESSD webinar sponsored by STADA, you will learn everything you need to know about treatment approaches for Parkinson's-related dysphagia.

**Prof. Rainer Dzewas &
Prof. Tobias Warnecke,**

Neurologists, Klinikum
Osnabrück, Germany



PARKINSON- NETZWERKKONGRESS

1. und 2. Dezember 2023 in Berlin

Programm



Parkinson Netzwerke
Deutschland e.V.

Vorläufiges Programm am Freitag

15.00 Uhr

Check-in und Get-together

15.30 Uhr

Grußworte

Prof. Dr. Tobias Warnecke, Vorstandsvorsitzender PND e.V., Chefarzt der Neurologie Klinikum Osnabrück
Maria Klein-Schmeink, MdB

16.00 Uhr

Politische Keynote

Podiumsdiskussion: „Netzwerke politisch gedacht – im Alltag gemacht (und erlitten)“
u. a. mit

16.30 Uhr

Prof. Dr. Carsten Eggers, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender PND e.V., Chefarzt der Neurologie
Knappschaftskrankenhaus Bottrop
Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG
Dr. Amelie Gerhard, Mitglied des Vorstands KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V.
sowie mit Vertreter:innen aus Politik und von Krankenkassen

17.15 Uhr

Pause

17.30 Uhr

Grußwort nach der Pause

Prof. Dr. Lars Timmermann, Präsident Deutsche Gesellschaft für Neurologie

17.45 Uhr

Internationale Keynote: Multiprofessional Parkinson's Disease treatment

Prof. Dr. Joaquim Ferreira, Clinical director Campus Neurológico Senior Lisbon, Professor of Neurology and Clinical

Vorläufiges Programm am Samstag

09.30 Uhr	Begrüßung Prof. Dr. Lars Tönges, Schatzmeister PND e.V., Stellvertretender Direktor Neurologische Klinik der Ruhr-Universität Bochum
09.45 Uhr	Status Quo: Parkinson Netzwerke Deutschland e.V. Prof. Dr. Tobias Warnecke, Sprecher PND e.V., Chefarzt der Neurologie Klinikum Osnabrück
10.15 Uhr	Thementische
11.00 Uhr	Industriesymposien
11.45 Uhr	Pause
12.15 Uhr	Internationale Keynote: Experiences of a Parkinson Nurse Miriam Parry, Senior Parkinson's Disease Nurse Specialist at The Parkinson's Foundation Centre of Excellence, King's College Hospital London
12.45 Uhr	Quo Vadis: Früherkennung der Parkinson-Krankheit Prof. Dr. Brit Mollenhauer, Stiftungsprofessur von den Paracelsus Kliniken Deutschland an der Universitätsmedizin Göttingen
13.15 Uhr	Abschlussrunde im Plenum
13.30 Uhr	Ende der Veranstaltung

Parkinson-Netzwerkkongress 2023

am 1. und 2. Dezember 203
in Berlin

**SAVE
THE DATE**

Am 1. & 2. Dezember findet der
Parkinson-Netzwerkkongress
2023 in Berlin statt!

Jetzt anmelden unter:



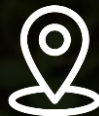
Unter anderem mit:

- Dr. Helmut Hildebrandt
- Prof. Dr. Brit Mollenhauer
- Maria Klein-Schmeink, MdB
- Prof. Dr. Lars Timmermann
- Miriam Perry
- Joaquim Ferreira, MD, PhD
- ... und vielen weiteren!

3. Gemeinsames Netzwerktreffen der Parkinsonnetze Münsterland+ und Osnabrück+



Mittwoch, 15. November 2023
18:30-21:00 Uhr



Universitätsklinikum Münster

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Kommen Sie gut nach Hause!



**PARKINSONNETZ
OSNABRÜCK+**