



**PARKINSONNETZ
MÜNSTERLAND+**



AKTUELLE VERSORGUNGSREALITÄT

ÜBER

UNTER

U FEHL **VERSORGUNG**

U FEHL

FEHL



“
Limitierter Zugang für Parkinson-Patienten zu
spezifischen aktivierenden Therapien.^{1,2}
”

“
Evidenz-basierte Empfehlungen werden in der
Therapie oft nicht umgesetzt.³
”

¹ Keus SH, Bloem BR, Verbaan D, et al. Physiotherapy in Parkinson's disease: utilisation and patient satisfaction. J Neurol 2004; 251: S. 680-87 ² Nijkrake MJ, Bloem BR, Keus SH, Mulleners VW. Quality of allied health care in Parkinson's disease. Mov Disord 2006; 21:S. 131

³ Keus SH, Bloem BR, Hendriks EJ, Bredero-Cohen AB, Munneke M. Evidence-based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research. Mov Disord 2007; 22: S. 451-460



„Unzureichende Informationen und limitierter Zugang zu Nicht-oralen Folgetherapien.“¹

„Spezifische Daten zur Versorgungsrealität und Therapieerfordernissen im Spätstadium fehlen weitgehend.“²



AKTUELLE VERSORGUNGSREALITÄT PARKINSON IN DEUTSCHLAND

Bevölkerung

ca. 82.000.000

Parkinson-Erkrankte

ca. 220.000¹

Neuerkrankungen jährlich

ca. 15.000²

Geschätzte Dunkelziffer

unbekannt

Steigende Patientenzahlen³

**Inzidenz und Prävalenz
steigen in höherem Alter⁴**



¹ Gustavsson et al. (2011): Cost of disorders of the brain in Europe 2010, European Neuropsychopharmacology (2011) 21, 718–779 ² Campenhausen et al. (2005): Prevalence and incidence of Parkinson's disease in Europe, European Neuropsychopharmacology 15 (4), 473–490

³ Dorsey et al. (2007): Patient number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. ⁴ Bach et al. (2011): Projected Numbers of People With Movement Disorders in the Years 2030 and 2050; Movement Disorders 26 (12), 2286–2290



AUSGANGSLAGE PARKINSON IM MÜNSTERLAND

Bevölkerung

ca. 1.800.000

Parkinson-Erkrankte

ca. 4.860¹

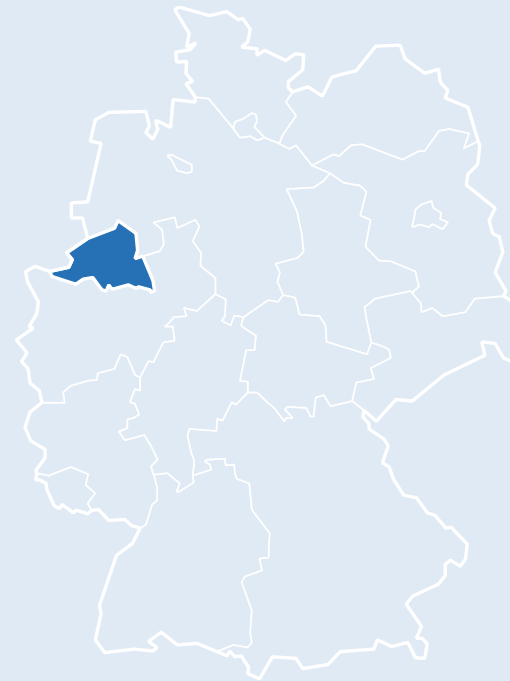
Neuerkrankungen jährlich

ca. 330¹

Geschätzte Dunkelziffer

unbekannt

Bis 2030: Verdopplung der Parkinson-patienten weltweit. In Deutschland wird von einer weniger stark wachsenden Patientenzahl ausgegangen (ca. 36%).²



¹ Eigene Berechnung auf Basis von Dorsey et al. (2007) und Gustavsson et al. (2011) ² Dorsey et al. (2007): Patient number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030



AUSGANGSLAGE ÄRZTLICHE VERSORGUNG IM MÜNSTERLAND

Niedergelassene Nervenärzte ¹ **83**

Neurologische Universitätsklinik ² **1**

Neurologische Kliniken und Abteilungen ² **6**

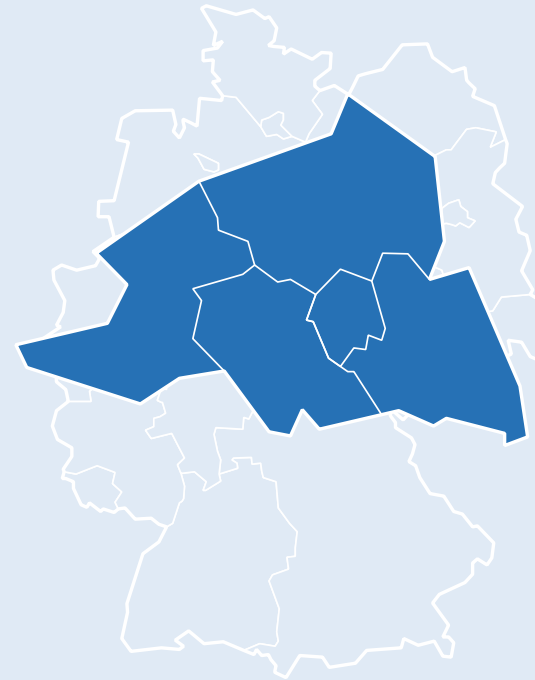
Neurologen **96,9 %**

Praktischer Arzt / Hausarzt **8,5 %**

Internist **1,6 %**

Allgemeinarzt **1,1 %**

Behandelnde Ärzte ³



¹ <http://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/aerztedichte/interaktive-karte/nervenaerzte/> (abgerufen: 27.04.2017, 18:00 Uhr) ² <https://www.dgn.org/rubrik-themen/neurologische-kliniken#a-2> (abgerufen 02.05.2017, 15:58 Uhr)

³ Jost, W.H., Engemann, K. (2016). Medikamentöse Therapie des Parkinson-Syndroms. Selbsteinschätzung der Parkinson-Patienten in einer Querschnitterhebung. Zentrum für Bewegungsstörungen, Parkinsonklinik Ortenau Baden-Württemberg.



WAS BIETET PNM+ ?



WAS BIETET PNM+ ?

**MULTIDISZIPLINÄRE
PARKINSON-BEHANDLUNG**

**SEKTORÜBERGREIFENDE VERSORGUNG
NACH EINHEITLICH ABGESTIMMTEN
QUALITÄTSSTANDARDS**



WAS BIETET PNM+ ? BEGLEITUNG EINES PARKINSON-PATIENTEN





WAS BIETET PNM+ ?
VERSORGUNGSANSATZ



PARKINSONNETZ
MÜNSTERLAND+

PNM+ verfolgt einen partizipativen Versorgungsansatz:
Gemeinsame Entwicklung des regionalen Versorgungskonzepts mit
allen Beteiligten, um Bedürfnisse gezielt zu adressieren
und dadurch zu motivieren.



DER SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG ?



DER SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG
TEILNEHMER

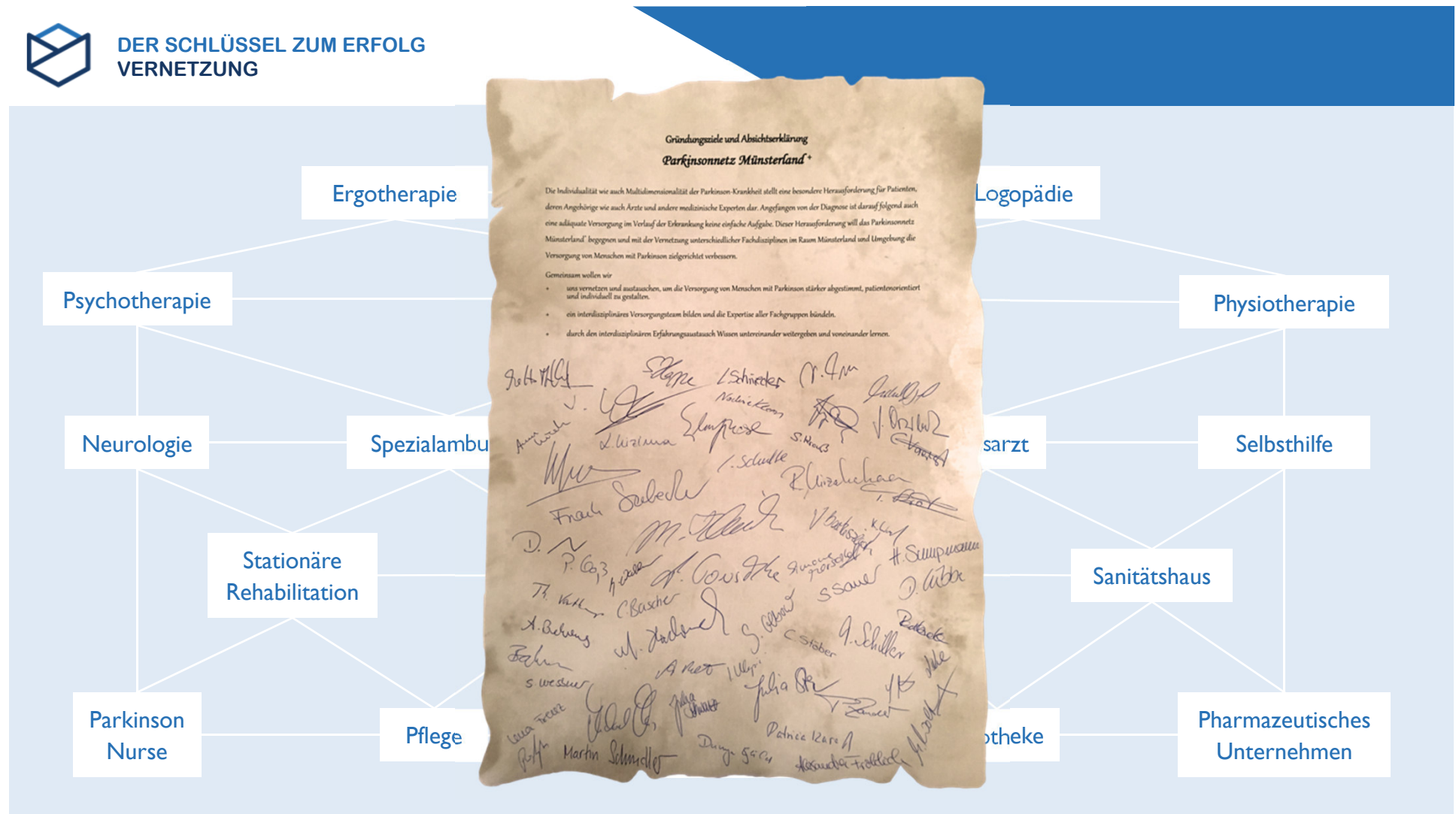


INSTITUTIONEN

50




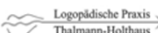




















150

BETEILIGTE





DER SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG PARTNER

		Jürgen Perick Sanitätshaus			Dr. Gideon Enck Niedergelassener Neurologe		Priv.-Doz. Dr. Achim Frese Neurologe aus der Akademie für manuelle Medizin	
Dr. med. Dieter Hense Niedergelassener Neurologe			Veronika Löschner Logopädin			Praxis für Logopädie und Lerntherapie Vaerst		
		Christophorus Kliniken GmbH		Laura Schnieder Therapeutin		Cordelia Vaerst Logopädin		Dr. Frank Siebecker Niedergelassener Neurologe
Global Kinetics Corporation	Klinikum Ibbenbüren	Neurologie am Ludgierplatz	Praxis für Logopädie am Krankenhaus	Praxis für Logopädie Ina Benning		Salvea Therapiezentrum Klinik Maria Frieden Telgte	Therapiepraxis Haase	Therapieraum Humboldtplatz
Gemeinschaftspraxis Neurologie/Psychiatrie im Tor zur Marktallee Rickert, Enck, Jansen	Universitätsklinikum Münster	Antje Altekruze Apothekerin		Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH	Prof. Dr. Svenja Happe Neurologin			Dr. Michael Nagel Neurologe
	Dr. Pablo Perez-Gonzalez Neurologe		Thomas Poerschke Ergotherapeut			Klaus Thalmann-Holthaus Logopäde		abbvie



Each player has their own role in the game, but it can only work if you play as a team.



Prof. Bas Bloem

Neurologe und Parkinson-Experte, Mitentwickler des ParkinsonNet aus den Niederlanden



WIE IST PNM+ AUFGEBAUT ?



WIE IST PNM+ AUFGEBAUT ?

- + Projektgeld
- + Unterstützung
- + Erfahrungswerte
- + Netzwerk
- + Manpower
- + Netzwerkstruktur

ABBVIE

UKM

- + Vertragsaushandlung
- + Verwaltung der
Strategiemeetings
- + Plenumstreffen
- + Freigabe von Materialien

KOOPERATION'S PROJEKTPARTNER VERTRAG

ERHALTEN

- + Basis der Zusammenarbeit
- + Legt Rechte und Pflichten fest
- + Unterstützung der Kooperationspartner
- + Engagement
- + Erfahrung
- + Vernetzung
- + Ideen für Projektausrichtungen
- + Gestaltungsspielraum
- + Projektvorschläge
- + Projektgeld

BRINGEN EIN

Das UKM lädt
Projektpartner ein

PLENUMSTREFFEN

- + Ergotherapeuten
- + Logopäden
- + Physiotherapeuten
- + Kliniken
- + Neurologen
- + Apotheker
- + ...

Projekt ist immer offen
für neue Projektpartner!



WIE IST PNM+ AUFGEBAUT ?
PLENUMSTREFFEN

PLENUMSTREFFEN

Die Partner kommen
alle drei Monate zusammen und

TAUSCHEN SICH AUS

BEWERTEN DIE AKTUELLE SITUATION

IDENTIFIZIEREN VERSORGUNGSLÜCKEN

INFORMIEREN ÜBER PROJEKTFORTSCHRITTE

STIMMEN ÜBER NEUE PROJEKTIDEEN AB



WIE IST PNM+ AUFGEBAUT ?
ARBEITSGRUPPEN

ARBEITSGRUPPEN

Multidisziplinär zusammengesetzte Gruppen, die
sich zwischen den Plenumstreffen treffen und

SCHWERPUNKTTHEMEN BEARBEITEN

PROJEKTIDEEN AUSARBEITEN

ENTSCHEIDUNGEN
DES PLENUMS VORBEREITEN



WIE IST PNM+ AUFGEBAUT?
ARBEITSGRUPPEN

AKTUELL BESTEHENDE ARBEITSGRUPPEN



AG Versorgungsstrukturen

AG Physiotherapie

AG Neue Technologien

AG Hilfsmittel

AG Parkinson + Sport

AG Angehörige

AG Kommunikation + ÖA

AG Aufklärung/Edukation

AG Ergotherapie

AG Medikamentenmanagement

AG Psychologische Aspekte

AG Schlaf + andere NMS

AG Logopädie + Ernährung



WIE IST PNM+ AUFGEBAUT?

K



N

WEITERBILD

ERFAHRUNGSAU

ABGESTIMM
VERSORGUNGSK



LEITGEDANKE



WIE IST PNM+ AUFGEBAUT ?
LEITGEDANKE

**FÜR DIE BESTE LEBENSQUALITÄT
VON MENSCHEN MIT PARKINSON UND
DEREN ANGEHÖRIGEN**


A light blue background featuring a network diagram with several circular nodes connected by thin lines, creating a web-like structure.

DIE MASSNAHMEN DES PNM+



QUICKCARDS

Empfehlungen für Ergotherapeuten: Ergotherapie		FAKULTÄT FÜR REHABILITATION & THERAPIEWISSENSCHAFTEN
Wurden Therapie- inhalte bereits verarbeitet?	Periperson-Patienten	Aktivitäten
	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Einbindung in Zusammenhänge von Krankheit + Tätigkeit • Leistungs-orientierte Anbahnung für Aktivitäten und Partizipation • Berolichung des individuellen Lernstils • Anlaufstellen: LSVT-980, COOP Körperplanung, Koemod, COOP Essen & Trinken • Toilettenbenutzung, Dusche, Badewanne • Hausarbeit/häusliche Reparatur • Transfer: LSVT-980, COOP • Selbstbehaltung: LSVT-980, CAME, BWT-Zepter, Bodelsch • Musiktherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Art, Zeit und Dauer einer Aktivität • Vorbereitung der Betätigung oder der Ausführung • Ziel und Bedeutung
Subjektive aspekt	<ul style="list-style-type: none"> • Modifikation der Tagesstruktur und Aktivitäten in Abhängigkeit von Fähigkeiten/Möglichkeiten und Response Parameter • Struktur: Training nach IdM, Adaptation von Bewegungen • Erlernen • Erwerbsarbeit • Auto/Partner fahrer • Kommunikation • Umgang mit technischen Medien • Hobby 	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung von Aktivitäten: Komplexer Aktivitäten in einfache Unterelemente zerlegen
Teaserstruktur und Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> • Struktur: Training nach IdM, Adaptation von Bewegungen • Erlernen • Erwerbsarbeit • Auto/Partner fahrer • Kommunikation • Umgang mit technischen Medien • Hobby 	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung von Aktivitäten: Komplexer Aktivitäten in einfache Unterelemente zerlegen
Umgang mit Stress und Zeitdruck	<ul style="list-style-type: none"> • Einleitet in Mittel-, Stress + Zeitdruck • Modifikation von Planung und Organisation von Aktivitäten in Abhängigkeit von veränderter Tempo und Response Parameter • Fähigkeit nach Situation trainieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung von Aktivitäten: Komplexer Aktivitäten in einfache Unterelemente zerlegen
Arbeits- Methoden- Planung	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusstheit für die Bedeutung der Fortschritte motorischer Aktivitäten bei Ab- und aufbau, wie das ein-erhalten werden kann 	<ul style="list-style-type: none"> • Modifikation der Aktivitäten in Abhängigkeit von Fähigkeiten/geräten
Fokussierung auf problematische halt	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitäten mit Aufmerksamkeitsaspekten durchführen • Aktivitäten schrittweise durchführen (Step-by-Step) • Transfer: das Step-by-Step Vorgehen auf andere Aktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung von Aktivitäten: Komplexer Aktivitäten in einfache Unterelemente zerlegen
Kognitive Be- wusstheit	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitäten schrittweise durchführen (Step-by-Step) • Transfer: das Step-by-Step Vorgehen auf andere Aktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung von Aktivitäten: Komplexer Aktivitäten in einfache Unterelemente zerlegen
Minimierung Dust-Takt- haltungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn immer möglich, nur eine Aufgabe zugleich durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplexer Aktivitäten in einfache Unterelemente zerlegen
Coping- Strategien	<ul style="list-style-type: none"> • Ausprobieren von geeigneten Cues • Cues während Aktivitäten anwenden 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplexer Aktivitäten in einfache Unterelemente zerlegen
Optimierung der Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Einleitet in Mittel-, Prominenten Einsatz von Taktiken und Adaptationen sicher und effektiv 	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung von Aktivitäten: Komplexer Aktivitäten in einfache Unterelemente zerlegen
Benennung von Organen		<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung/Veränderung von Aktivitäten


Empfehlungen für Logopäden: Dysarthrie		 UNIVERSITÄT MÜNSTER
Häufige therapie- relevante Symptome	Logopädische Therapie- empfehlungen	Hilfsmittel- Empfehlung
Intensivtherapie Mit Indikation für intensive Therapie • ausreichende Stimmulierbarkeit der Stimmqualität • ausreichende intrinsische Motivation • Kognition ausreichend, um Technik zu lernen • Ausdauer vorhanden	• LSVT LOUD , ggf. per Telemedizin • PLVT	nur wenn LSVT/PLVT unzureichend wirksam: • bei schweren Stimmproblemen ◦ Pacing Board ◦ Metronom (,) • bei reduziertem Stimmvolumen : portabler Stimmverstärker • (portabler) Stimmverstärker
	Ohne Indikation für intensive Therapie	• LSVT/PLVT- Techniken mit geringerer Intensität • Training der Cougher (Cueing)
„Minor“ Dysarthrie	• Einmündige Konsultation (Anweisung mit weiter Intensität zu sprechen)	
Risik der faszialen Muskelatur	• Faciale Massage • Training der mündlichen Muskelatur	
Kommunikations- probleme	• Gruppentherapie	• Kommunikations- probleme, die nicht aus einer Unverständlichkeit des Sprechers resultieren (kognitive Störungen): Erlernen von Kompensations- strategien
Schwere Dysarthrie im Spätstadium (aber intakte Arm/ Hand-Funktion)		• Augmentative und alternative Kommunikation (AAC)

Quellen:

1. https://www.s3.amazonaws.com/public-assets/2017/07/26/5975901c-4231-4961-b011-30c82d46923f/2017-07-26_1529792226.pdf

2. https://www.s3.amazonaws.com/public-assets/2017/07/26/5975901c-4231-4961-b011-30c82d46923f/2017-07-26_1529792226.pdf

3. https://www.s3.amazonaws.com/public-assets/2017/07/26/5975901c-4231-4961-b011-30c82d46923f/2017-07-26_1529792226.pdf

Empfehlungen für Ärzte: Dysphagie		 UNIVERSITÄT WIEN MEDIZINISCHE FAKULTÄT
Clinical Practice	(V) Therapie- relevante Symptome	Pharmakologische Therapiempfehlungen
	Reaktive Pumpbewegungen der Zunge	• Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten
	Orale Residuen	• pharmakologische Therapie nicht notwendig (siehe logopedische Therapie)
	Fragmentiertes Abkauen des Brotla	• Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten*
	Verlust der oralen Boluskontrolle	• pharmakologische Therapie nicht notwendig (siehe logopedische Therapie)
	Vorliegendes Kauen und verzögerte Initiierung des Schluckens	• Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten* • Amantadin ^a
	Lokales mit Verschlucken von Speichel und unkontrollierter Schluckreflex in den Pharynx	• pharmakologische Therapie nicht notwendig (siehe logopedische Therapie)
	Silbe Perforieren und Aspirationen (auch ohne Ausfluss aus Mundtrafenauss)	• Nichtorale Applikationen erwägen: Pflaster oder Pumpentherapie
	Tablettenresiden	• pharmakologische Therapie nicht notwendig (siehe logopedische Therapie)
Pharyngeal Phase	Pharyngeale Residuen ohne motorische Fuktationen	• Bestimmung des individuellen Ansprechens auf L-Dopa (FED-Lewodopa-Test), falls positiv: Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten
Pharyngeal Phase	Pharyngeale Residuen mit motorischen Fuktationen	• Bestimmung des individuellen Ansprechens auf L-Dopa (FED-Lewodopa-Test), falls positiv: ○ Optimierung der oralen Behandlung ○ Nichtorale Applikation: Pflaster- oder Pumpentherapie
Vertikale Phase	Vertikale Schluckfrequenz	• Erhöhung der L-Dopa-Dosis • Amantadin ^a
Nonmotoricillitit des Oesophagus	Nonmotoricillitit des Oesophagus	• pharmakologische Therapie nicht notwendig (siehe logopedische Therapie)
Oralsophageal Sphincter	Oralsophageal Sphincter	• Bei Refluxsymptomen: Protonenpumpenhemmer • Nichtorale Applikation: Pflaster- oder Pumpentherapie • Sublinguale Injektionen • Oralsophageal Muskulatur in Einzelrisks ^b

* Beibehaltung des individuellen Ansprechens sowie des Risikos der Medikamenten- u. des Wundrisiko, bei
 a) Amantadin: 100 mg bis 300 mg pro Tag, 2-mal täglich, 12 Stunden Intervall
 b) Einzelrisks: 10 mg bis 20 mg pro Tag, 2-mal täglich, 12 Stunden Intervall

Quelle:

© 2018 Universität Wien Medizinische Fakultät, Österreich. Alle Rechte vorbehalten.

[illegible][illegible]



DIE PNM+ MASSNAHMEN QUICKCARDS

Empfehlungen für Ärzte: Dysphagie



	Häufige therapie-relevante Symptome	Pharmakologische Therapieempfehlungen
Orale Phase	Repetitive Pumpbewegungen der Zunge	• Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten*
	Orale Residuen	(pharmakologische Therapie nicht vorhanden; siehe logopädische Therapie)
	Fragmentiertes Abschlucken des Bolus	• Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten*
	Verlust der oralen Boluskontrolle	(pharmakologische Therapie nicht vorhanden; siehe logopädische Therapie)
Oropharyngeale Phase	Verlängertes Kauen und verzögerte Initiierung des Schluckens	• Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten* • Amantadin*
	Leaking mit Verschlucken (vorschneller und unkontrollierter Bolusübertritt in den Pharynx)	(pharmakologische Therapie nicht vorhanden; siehe logopädische Therapie)
Pharyngeale Phase	Stille Penetration und Aspirationen (auch ohne Auslösung eines Hustenreflexes)	• Nichtorale Applikationen erwägen: Pflaster- oder Pumpentherapie
	Tablettenresiduen	(pharmakologische Therapie nicht vorhanden; siehe logopädische Therapie)
	Pharyngeale Residuen ohne motorische Fluktuationen	• Bestimmung des individuellen Ansprechens auf L-Dopa (FEES-Levodopa-Test), falls positiv: Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten
	Pharyngeale Residuen mit motorischen Fluktuationen	• Bestimmung des individuellen Ansprechens auf L-Dopa (FEES-Levodopa-Test), falls positiv: <ul style="list-style-type: none">○ Optimierung der oralen Behandlung○ Nichtorale Applikation: Pflaster- oder Pumpentherapie
	Verringerte Schluckfrequenz	• Erhöhung der L-Dopa-Dosis • Amantadin*
	Hyposensibilität des Pharynx	(pharmakologische Therapie nicht vorhanden; siehe logopädische Therapie)
Ösophageale Phase	Hypomotilität des Ösophagus	• Bei Refluxsymptomen: Protonenpumpenhemmer
	Ösophageale Spasmen	• Nichtorale Applikation: Pflaster- oder Pumpentherapie • Botulinumtoxin-Injektionen in die ösophageale Muskulatur in Einzelfällen*

* Evaluation des individuellen Ansprechens sowie des Effekts der Maßnahme / des Wirkstoffs, bei Wirksamkeit schrittweise Erhöhung der oralen Therapie

Quellen:

1. ParkinsonNETZ, Guidelines for Speech-Language Therapy in Parkinson's Disease, 2011
2. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), 68. Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom 2016, AWMF-Register-Nummer: 050-010
3. Sillig und Wernke, Dysphagia in Parkinson's disease, Dysphagia 2019

Empfehlungen für Logopäden: Dysphagie



	Häufige therapie-relevante Symptome	Logopädische Therapieempfehlungen
Orale Phase	Repetitive Pumpbewegungen der Zunge	• Triggern des Schluckreflexes • Externe Trigger*
	Orale Residuen Fragmentiertes Abschlucken des Bolus Verlust der oralen Boluskontrolle	• Konventionelle logopädische Schlucktherapie • Konventionelle logopädische Schlucktherapie • Training der oralen Boluskontrolle • Vermeidung von Dual Task -Situationen
Oropharyngeale Phase	Verlängertes Kauen und verzögerte Initiierung des Schluckens	• Aktivierungsbungen der Kopf-/Nacken-Region vor jeder Mahlzeit können temporär die Initiierung des Schluckens normalisieren* • Kauen und Schluckreflexinitiierung bewusst in mehreren Schritten ausführen, ggf. Unterstützung durch visuelle oder verbale Cues • Bei schwieriger Besserung von verlängertem Kauen und verzögerter Initiierung des Schluckens mit den o.g. Methoden wird eine Kostadaptation (leichtere Konsistenz) empfohlen • Bei anamnestischen Verschlucken, aber ohne Verschlucken während klinischer Schluckuntersuchungen: Edukation des Patienten; Verschlucken als Ergebnis einer Dual-Task-Situation, Konzentration auf Schlucken ohne Ablenkung trainieren • Kinn-zur-Brust-Manöver („chin tuck“) kann Verschlucken bei Flüssigkeiten verhindern* • Kleinere Volumina und/oder angedickte Flüssigkeit zur Verhinderung von Verschlucken probieren*
	Leaking mit Verschlucken (vorschneller und unkontrollierter Bolusübertritt in den Pharynx)	
Pharyngeale Phase	Stille Penetration und Aspirationen (auch ohne Auslösung eines Hustenreflexes)	• Training von Schutzreflexen • Sensorische Stimulation • Intensives Ausstraining (EMST) über 4 Wochen zur Reduktion von Penetration • Supraglottische Schluckmanöver • Sichere Nahrungskonsistenzen* • PEG*
	Tablettenresiduen	• Unter FEES-Kontrolle effektives Manöver zum Tabletenschlucken ermitteln • Kräftiges Schlucken („effortful swallowing“) trainieren • FEES – Biofeedback
	Pharyngeale Residuen ohne motorische Fluktuationen	• Wenn durch logopädische Schlucktherapie keine Besserung möglich, Kostadaptation empfehlen, Ernährungsmediziner hinzuziehen, um ausgewogene Kost aufrechtzuerhalten
	Pharyngeale Residuen mit motorischen Fluktuationen	• Mahlzeiten in klinischen On-Phasen • Kräftiges Schlucken („effortful swallowing“) trainieren und insb. in Off-Phasen einsetzen • FEES – Biofeedback
	Verringerte Schluckfrequenz	• Schluckwecker • Kaugummikauen • Training von Spontanschlucken
	Hyposensibilität des Pharynx	• Konventionelle logopädische Schlucktherapie • Taktile sensorische Stimulation* • FEES-Biofeedback
Ösoph. Ph.	Hypomotilität bis amotile Ösophaguspassage	• Patientenedukation
	Ösophageale Spasmen	• Training von Schutzreflexen • Sichere Nahrungskonsistenzen* • Mendelson-Schluckmanöver

* Evaluation des individuellen Ansprechens sowie des Effekts der Maßnahme / des Wirkstoffs, bei Wirksamkeit schrittweise Erhöhung der oralen Therapie

Quellen:

1. ParkinsonNETZ, Guidelines for Speech-Language Therapy in Parkinson's Disease, 2011
2. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), 68. Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom 2016, AWMF-Register-Nummer: 050-010
3. Sillig und Wernke, Dysphagia in Parkinson's disease, Dysphagia 2019



DIE PNM+ MASSNAHMEN
IN ENTWICKLUNG

PATIENTEN-ORDNER

Patientenindividuelle gedruckte
Zusammenstellung relevanter
Informationen.

PARKINSON-ATLAS

Übersicht aller Parkinson-Experten
der Region mit Darstellung der
speziellen Kompetenzen.



ÖFFENTLICHKEITSARBEIT





EVALUATION

EVALUATION IST 2018 ANGELAUFEN

ERSTE ERGEBNISSE WERDEN IN Q1/2020 ERWARTET

A photograph of a bouquet of red tulips in a clear glass vase, placed on a windowsill. The background is a blurred view of a garden with greenery and a white fence. The text is overlaid on a white rectangular box in the center of the image.

**Weitere Informationen unter:
Parkinsonnetz.UKMuenster.de**



**VIELEN DANK
FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT**