



Die Teilnahme an der CME-Fortbildung ist für 12 Monate ausschließlich online möglich. Zur Anmeldung gehen Sie bitte auf cme.schattauer.de. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeabschluss. Es ist immer nur eine Antwort pro Frage zutreffend. Als Leser der *Nervenheilkunde* nehmen Sie kostenlos am CME-Programm teil. Je nach CME-Fortbildung erhalten Sie bis zu vier Fortbildungspunkte. Weitere Informationen zur Anmeldung und Registrierung finden Sie unter cme.schattauer.de. Sie erhalten bei inhaltlichen und technischen Fragen tutoriellen Support.

Fragen zum Thema „Aktivierende Therapien bei Parkinson-Syndromen“

1. Welche Antwort ist richtig? Zu den neurophysiologisch begründeten und wissenschaftlich evaluierten aktivierenden Therapien bei Parkinson-Syndromen gehört
 - a. Kneipp-Kuren.
 - b. Massagen.
 - c. Krankengymnastik nach Vojda.
 - d. Krankengymnastik nach Bobath.
 - e. Training von kompensatorischen Ausgleichsschritten (Schutzschritte) durch destabilisierende Reize.
2. Welche mit Pharmakotherapie und/oder tiefer Hirnstimulation schwer behandelbare Parkinson-Symptome ist bisher am wenigsten im Hinblick auf eine Behandlung mit Physio-, oder Ergotherapie oder Logopädie untersucht worden?
 - a. Gangstörung
 - b. Gleichgewichtsstörungen
 - c. Kamptokormie
 - d. motorische Blockaden wie Freezing
 - e. Dysarthrophonie
3. Welche Antwort ist richtig? Welche der folgenden Symptome, die besonders mit Sekundärkomplikationen einhergehen, sind eine Domäne aktivierender Therapien, weil dopaminerge Medikation und tiefe Hirnstimulation nicht hilfreich sind?
 - a. Dysphagie mit Aspiration und Stürze mit Verletzungsgefahr
 - b. Off-Dystonien
 - c. Tremor-Krisen
 - d. DOPA-Dyskinesien
 - e. Akinetische Krisen
4. Welche Antwort ist falsch? Wenn der Zustand des Patienten starken Schwankungen in Abhängigkeit von der Medikamenteneinnahme unterliegt,
 - a. sollten die Therapiezeiten in die Phasen des medikamentösen On gelegt werden.
 - b. sollten die Therapiezeiten in die Off-Phasen gelegt werden.
 - c. sollte von dopaminergem Bedarfsmedikation Gebrauch gemacht werden, um einen On-Zustand während der Therapie zu erreichen.
 - d. sollte der Patient angeleitet werden, ein Bewegungsprotokoll zu führen, in dem bewegliche („On“) und unbewegliche („Off“) Phasen zeitlich voneinander abgegrenzt werden.
 - e. sollte bei Freezing unterschieden werden zwischen On- und Off-Freezing.
5. Welche Antwort zur Physiotherapie in den S3-Leitlinie der DGN trifft zu?
 - a) Die S3-Leitlinie der DGN fordert nur für schwer betroffene Patienten Zugang zu einer Stunde Physiotherapie im Monat.
 - b) Der Empfehlungsgrad in den S3-Leitlinien für Physiotherapie entspricht dem höchsten Empfehlungsgrad wie bei Dopaminergika.
 - c) Logopädie werden in den S3-Leitlinien nicht empfohlen.
 - d) Ergotherapie wird in den S3-Leitlinien nicht empfohlen.
 - e) Schlucktherapie wird in den S3-Leitlinien nicht empfohlen.
6. Welche Antwort ist falsch? Physiotherapeutische Ansätze in der neurophysiologisch begründeten und wissenschaftlich evaluierten Physiotherapie sind
 - a. Training mit sensorischen Hinweisreizen, Triggern.
 - b. Gleichgewichtstraining wie das Lernen von Ausgleichsschritten.
 - c. Kraft- und Ausdauertraining.
 - d. Laufbandtraining.
 - e. Die aus Argentinien stammende „Corazon“-Therapie.
7. Welche Antwort ist richtig? Welche Maßnahme bietet sich speziell bei motorischen Gangblockaden (Freezing) an?
 - a. Krafttraining
 - b. Gleichgewichtstraining
 - c. Haltungsschule
 - d. „Cueing“, der Einsatz von sensorischen Hinweisreizen
 - e. Muskeldehnungen
8. Welche Aussage zu neuen Entwicklungen in den aktivierenden Therapien ist falsch?
 - a) Exergames sind Computerspiele, die durch grobmotorische Bewegungen des Spielers gesteuert werden.
 - b) Bei Exergames werden Videospiele und Echtzeitbewegungserfassung kombiniert.
 - c) Exergames können durch mehr Freude an der Tätigkeit im Vergleich zu konventioneller Therapie Patienten evtl. zu mehr messbarer körperlicher Aktivität motivieren.
 - d) Laufbandtraining mit virtueller Realität erlaubt während des Gehens gleichzeitig motorische und kognitive Aspekte des Sturzrisikos zu trainieren.
 - e) In einer Studie zu Laufbandtraining mit virtueller Realität mit jeweils ca. 100 Parkinson-Patienten, Patienten mit „mild cognitive impairment“ und altersentsprechenden Kontrollen konnte keine Wirkung auf die Sturzfrequenz über 6 Monate des Trainings (2x30 min Woche) nachgewiesen werden.
9. Welche Aussage zu Kraft und Krafttraining bei Parkinson ist falsch?
 - a. Ein intensives Langzeitkrafttraining wirkte sich auf Aufmerksamkeits- und Arbeitsgedächtnisleistungen bei leicht betroffenen und noch nicht dementen Parkinson-Patienten positiv in einer Studie aus.
 - b. Neue Befunde sprechen dafür, dass die Kraftdefizite in den Hüftextensoren bei Parkinson-Patienten sich spezifisch durch die Wirkung der Dopaminagonisten auf die proximale Muskeldurchblutung behandeln lassen.
 - c. Die Kraft der Rumpfextensoren ist bereits im Frühstadium der Erkrankung reduziert

- und geht mit eingeschränkter Fähigkeit zur Rumpfaufrichtung einher.
- d. Durch ein Krafttraining konnte in Studien die Parkinson-Symptomatik gebessert werden.
 - e. Die Muskelkraft der Hüftextensoren ist nachweislich reduziert.
- 10. Welche Aussage zur Rationale für körperliches Training bei Parkinson ist falsch?**
- a) Tierexperimentelle Studien haben gezeigt, dass körperliches Training u. a. die Produktion von Wachstumsfaktoren fördert.
 - b) Körperliche Aktivität weist einen protektiven Effekt nicht nur auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität auf, sondern auch auf die spätere Entwicklung eines Morbus Parkinson.
 - c) Mit Training auf Marathon-Läufen lässt sich die Parkinson-Krankheit stoppen.
 - d) Die Parkinson-Risikoreduktion ist Studien zufolge abhängig von dem Ausmaß körperlicher/sportlicher Aktivität im Erwachsenenalter.
 - e) Physiotherapie dient der Vorbeugung des „Teufelskreis“ der Inaktivität, die die Folgen der Parkinson-Krankheit verstärkt.