

Patienten ID: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Patienteninitialien: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## ANLEITUNG

**MANAGE-PD (Making Informed Decisions to Aid Timely Management of Parkinson's Disease) ist ein Screening Tool, das Neurologinnen und Neurologen bei der rechtzeitigen Entscheidungsfindung im Management der Parkinson-Erkrankung unterstützt. Dabei wird die umfassende Bewertung von Häufigkeit und Schweregrad der motorischen und nicht motorischen Symptome sowie der funktionellen Einschränkungen berücksichtigt.**

Dieser Fragebogen umfasst zwei Teile: Abschnitt 1 und Abschnitt 2. Bei der Beurteilung der Symptome berücksichtigen Sie bitte **den letzten Behandlungsmonat**. Dieses Tool empfiehlt **keine bestimmte gerätegestützte Folgetherapie**. Es unterstützt bei der Entscheidung, ob eine gerätegestützte Folgetherapie in Betracht gezogen werden sollte.

## NACH DEM AUSFÜLLEN BEIDER ABSCHNITTE WIRD DER PATIENT IN EINE DER FOLGENDEN KATEGORIEN EINGETEILT

1

### KATEGORIE 1

Der Patient scheint mit dem aktuellen Behandlungsschema ausreichend therapiert zu sein. Setzen Sie die Überwachung des Patienten auf der Grundlage der besten medizinischen Behandlung und Ihrer professionellen Beurteilung/Ihrer klinischen Richtlinien fort.

2

### KATEGORIE 2

Der Patient ist möglicherweise mit dem derzeitigen Behandlungsschema nicht ausreichend therapiert. **Verbesserungen könnten durch eine weitere Behandlungsoptimierung erzielt werden.** Gerätegestützte Folgetherapien sind zum jetzigen Zeitpunkt möglicherweise nicht erforderlich. Nutzen Sie die Patientenanamnese, die Behandlungspräferenz und Ihre medizinische Beurteilung für eine Behandlungsempfehlung.

3

### KATEGORIE 3

Der Patient ist möglicherweise mit dem derzeitigen Behandlungsschema nicht ausreichend therapiert und **könnte von einer gerätegestützten Folgetherapie profitieren.** Es wird empfohlen, dass dieser Patient einem spezialisierten Zentrum vorgestellt wird und die Eignung für eine gerätegestützte Folgetherapie anhand der Patientenanamnese, der Behandlungspräferenz und der medizinischen Beurteilung geprüft wird.

## ABSCHNITT 1

In diesem Abschnitt können Sie überprüfen, ob Ihr **Parkinson-Patient unter der aktuellen oralen Behandlung unzureichend therapiert** ist. Bitte beantworten Sie die fünf untenstehenden Fragen und folgen Sie der jeweiligen Anweisung im untersten Kästchen.

BITTE KREUZEN SIE DIE ZUTREFFENDE ANTWORT AUF JEDE FRAGE AN ✕

	<b>1. Wie viele Einzeldosen Levodopa</b> nimmt der Patient laut eigenen Angaben pro Tag ein?	<input type="checkbox"/> ≤3 Dosen	<input type="checkbox"/> 4 Dosen	<input type="checkbox"/> ≥5 Dosen
	<b>2. Hat der Patient täglich insgesamt 2 oder mehr Stunden Off-Phasen?</b>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
	<b>3. Treten bei dem Patienten unter der aktuellen oralen Therapie unvorhersehbare motorische Fluktuationen auf?</b>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
	<b>4. Leidet der Patient unter der aktuellen oralen Therapie an belastenden Dyskinesien?</b>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
	<b>5. Leidet der Patient zurzeit an Einschränkungen hinsichtlich einer oder mehrerer Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Schreiben, Gehen, Baden, Anziehen, Essen, Toilettengang, usw.)?</b>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
		Wurden <b>ALLE</b> Fragen mit <b>NEIN</b> beantwortet, wird der Patient in <b>KATEGORIE 1</b> eingestuft	Wurde <b>≥EINE</b> der Fragen mit <b>JA</b> beantwortet, wird der Patient in <b>KATEGORIE 2</b> eingestuft	Wurden <b>ALLE</b> Fragen mit <b>NEIN</b> beantwortet, wird der Patient in <b>KATEGORIE 1</b> eingestuft
		<b>NÄCHSTE SEITE &gt;&gt;</b>		Wurde <b>≥EINE</b> der Fragen mit <b>JA</b> beantwortet, <b>fahren Sie bitte mit Abschnitt 2</b> fort <b>NÄCHSTE SEITE &gt;&gt;</b>
		Patienten mit <b>≥5</b> Levodopa-Dosen sollten eingehender bewertet werden. Bitte <b>fahren Sie mit Abschnitt 2</b> fort <b>NÄCHSTE SEITE &gt;&gt;</b>		

## ABSCHNITT 2

Nur für Patienten mit  $\geq 4$  Levodopa-Dosen in Abschnitt 1 auszufüllen

In diesem Abschnitt werden verschiedene Hauptsymptome hinsichtlich Häufigkeit und/oder Schweregrad bewertet. Sollte eine der folgenden Fragen nicht beantwortet werden können, gehen Sie bitte von der Annahme aus, dass Ihr Patient nicht unter diesem Symptom leidet und kreuzen Sie „0“ an.

### BEWERTUNG ABSCHNITT 2:

- **Antwortmöglichkeiten zur Frequenz:** 0= Nie, 1= Selten ( $\leq 1$ /Woche), 2= Manchmal (mehrmals die Woche), 3= Meistens/immer (täglich).
- **Antwortmöglichkeiten zum Schweregrad:** 1= Leicht, 2= Mittelgradig, 3= Schwer.
- **Maß an Unabhängigkeit** (Aktivitäten des täglichen Lebens): 0= Unabhängig bei allen Aktivitäten, 1= Unabhängig bei den meisten Aktivitäten, 2= Braucht Hilfe bei manchen Aktivitäten, 3= Ist vollkommen abhängig, braucht Hilfe bei allen Aktivitäten.
- **Stürze pro Monat:** 0= Keine Stürze, 1= 1 Sturz, 2= 2 oder mehr Stürze.

Zur **BERECHNUNG DES GESAMTWERTES** jeder Frage sollte, wenn erforderlich, die Häufigkeit mit dem Schweregrad multipliziert werden (Häufigkeit x Schweregrad).

**INTERPRETATION DER ERGEBNISSE:** Der Patient sollte in die höchste Kategorie eingestuft werden, die bei einer der Fragen erreicht wird.

Eine Erklärung finden Sie am Ende jedes Fragenblocks.

**BITTE KREUZEN SIE DIE ZUTREFFENDE ANTWORT AUF JEDE FRAGE AN X**

<b>MOTORISCHE FLUKTUATIONEN</b> Überspringen Sie diese Frage, wenn Ihre Antwort auf Frage 3 in Abschnitt 1 „Nein“ ist				
Wie häufig sind die <b>motorischen Fluktuationen</b> unvorhersehbar?	0	Nie	1	Selten ( $\leq 1$ /Woche)
			2	Manchmal (mehrmals in der Woche)
			3	Meistens/immer (täglich)
Wie schwer/belastend sind die <b>motorischen Fluktuationen</b> ?			1	Leicht
			2	Mittelgradig
			3	Schwer
				<b>GESAMTWERT</b> (Häufigkeit x Schweregrad)
				_____
<b>GANGBLOCKADEN (FREEZING OF GAIT)</b>				
Wie häufig leidet der Patient in Off-Phasen an Gangblockaden (Freezing of gait)?	0	Nie	1	Selten ( $\leq 1$ /Woche)
			2	Manchmal (mehrmals in der Woche)
			3	Meistens/immer (täglich)
Wie schwer/belastend sind die Gangblockaden (Freezing of gait) in den Off-Phasen?			1	Leicht
			2	Mittelgradig
			3	Schwer
				<b>GESAMTWERT</b> (Häufigkeit x Schweregrad)
				_____
<b>NICHT MOTORISCHE SYMPTOME</b>				
Wie häufig hat der Patient <b>nicht motorische Off-Symptome</b> (z. B. Angstzustände, Schmerzen, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, usw.)?	0	Nie	1	Selten ( $\leq 1$ /Woche)
			2	Manchmal (mehrmals in der Woche)
			3	Meistens/immer (täglich)
Wie schwer/belastend sind die <b>nicht motorischen Off-Symptome</b> ?			1	Leicht
			2	Mittelgradig
			3	Schwer
				<b>GESAMTWERT</b> (Häufigkeit x Schweregrad)
				_____
<b>HALLUZINATIONEN/PSYCHOSE</b>				
Wie häufig leidet der Patient an <b>Halluzinationen ohne Einsicht</b> ?	0	Nie	1	Selten ( $\leq 1$ /Woche)
			2	Manchmal (mehrmals in der Woche)
			3	Meistens/immer (täglich)
Wie schwer/belastend sind die Episoden mit <b>Halluzinationen ohne Einsicht</b> ?			1	Leicht
			2	Mittelgradig
			3	Schwer
				<b>GESAMTWERT</b> (Häufigkeit x Schweregrad)
				_____
<b>BETRÄGT DER GESAMTWERT EINER DIESER FRAGEN 3 ODER HÖHER = KATEGORIE 3. ALLES ANDERE = KATEGORIE 2</b>				

<b>OFF-ZEIT</b> Überspringen Sie die Frage, wenn Ihre Antwort auf Frage 2 in Abschnitt 1 „Nein“ ist				
Wie schwer/belastend sind die <b>Off-Phasen</b> unter der aktuellen oralen Therapie für den Patienten?			1	Leicht
			2	Mittelgradig
			3	Schwer
				<b>GESAMTWERT</b>
				_____
<b>DYSKINESIEN</b> Überspringen Sie die Frage, wenn Ihre Antwort auf Frage 4 in Abschnitt 1 „Nein“ ist				
Wie häufig leidet der Patient an <b>belastenden Dyskinesien</b> ?	0	Nie	1	Selten ( $\leq 1$ /Woche)
			2	Manchmal (mehrmals in der Woche)
			3	Meistens/immer (täglich)
				<b>GESAMTWERT</b>
				_____
<b>BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS</b> Überspringen Sie die Frage, wenn Ihre Antwort auf Frage 5 in Abschnitt 1 „Nein“ ist				
Inwieweit benötigt der Patient Hilfe oder <b>Unterstützung</b> bei einer oder mehreren der folgenden <b>Aktivitäten des täglichen Lebens</b> (z. B. Schreiben, Gehen, Baden, Anziehen, Essen, Toilettengang usw.)?	0	Unabhängig bei allen Aktivitäten	1	Unabhängig bei den meisten Aktivitäten
			2	Braucht Hilfe bei manchen Aktivitäten
			3	Ist vollkommen abhängig, braucht Hilfe bei allen Aktivitäten
				<b>GESAMTWERT</b>
				_____
<b>BETRÄGT DER GESAMTWERT EINER DIESER FRAGEN 2 ODER 3 = KATEGORIE 3. ALLES ANDERE = KATEGORIE 2</b>				

<b>STÜRZE</b>				
Wie oft ist der Patient <b>im letzten Monat gestürzt</b> ?	0	Keine Stürze	1	1 Sturz
			2	2 oder mehr Stürze
				<b>GESAMTWERT</b>
				_____
<b>BETRÄGT DER GESAMTWERT 1 ODER 2 = KATEGORIE 3. ALLES ANDERE = KATEGORIE 2</b>				

<b>DYSTONIE</b>				
Wie häufig leidet der Patient an <b>schmerzhaften Dystonien</b> ?	0	Nie	1	Selten ( $\leq 1$ /Woche)
			2	Manchmal (mehrmals in der Woche)
			3	Meistens/immer (täglich)
Wie schwer/belastend sind die <b>schmerzhaften Dystonien</b> ?			1	Leicht
			2	Mittelgradig
			3	Schwer
				<b>GESAMTWERT</b> (Häufigkeit x Schweregrad)
				_____
<b>IMPULSKONTROLLSTÖRUNGEN</b>				
Wie häufig hat der Patient <b>Impulskontrollstörungen</b> ?	0	Nie	1	Selten ( $\leq 1$ /Woche)
			2	Manchmal (mehrmals in der Woche)
			3	Meistens/immer (täglich)
Wie schwer/belastend sind die <b>Impulskontrollstörungen</b> ?			1	Leicht
			2	Mittelgradig
			3	Schwer
				<b>GESAMTWERT</b> (Häufigkeit x Schweregrad)
				_____
<b>Bitte beachten Sie:</b> Die Scores für „Dystonie mit Schmerzen“ und „Impulskontrollstörung“ wurden bereitgestellt, damit Sie diese Bereiche bei der Beurteilung Ihrer Patienten für Behandlungsempfehlungen berücksichtigen können. Schweregrad und Häufigkeit dieser Scores haben keinen Einfluss auf das Ergebnis des Fragebogens.				

**HINWEISE UND EMPFEHLUNGEN ZU DEN KATEGORIEN FINDEN SIE IN DEN FARBIGEN BOXEN AUF DER ERSTEN SEITE**