

Integrierte, videobasierte Parkinson-Versorgung

Erfahrungen mit einem indikationsbezogenen integrierten Versorgungsmodell in Deutschland

Um die medikamentöse Therapie für Parkinson-Patienten optimal einstellen zu können, müssen die Therapiewirkungen kontinuierlich beobachtet werden. Im Rahmen eines indikationsbezogenen integrierten Versorgungsmodells in Deutschland werden Parkinson-Patienten anstatt im Spital mittels Video im häuslichen Umfeld beobachtet. Ziele sind eine bessere Versorgung und weniger Hospitalisationen.

Hans-R. Hartweg

Seit dem 1. Januar 2004 gilt in Deutschland das so genannte Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG). Dieses Gesetz hat insgesamt zu einer Wiederbelebung integrierter Versorgungsformen geführt. Leistungsanbieter und Krankenkassen haben die neuen gesetzlichen Möglichkeiten sowie die von der Regierung zur Verfügung gestellten zusätzlichen Mittel genutzt, um unterschiedlichste Modelle integrierter Versorgung umzusetzen. Im Folgenden wird ein solches Modell vorgestellt, in dessen Mittelpunkt telematische Anwendungen stehen: die integrierte, videobasierte Parkinson-Versorgung. Das Modell wird

vom Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und vom AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. sowie vom Universitätsklinikum Düsseldorf seit November 2004 im Rahmen von Integrationsverträgen umgesetzt.

Was ist Parkinson?

Parkinson ist eine degenerative Erkrankung, unter der rund 1 Prozent der über 60-jährigen Bevölkerung leidet. Zu den klassischen Begleitsymptomen gehört eine ausgeprägte motorische Symptomatik (Bewegungslosigkeit [Akinese], eingefrorene, starr wirkende Bewegungsabläufe [Rigor] und Zittern der Gliedmassen [Tremor]). Krankheitsursache ist der bis dato nicht zu erklärende Abbau des Botenstoffs «Dopamin». Dieser Abbau ist medikamentös zu behandeln. Welche Medikamente genau in welcher Dosierung zu verabreichen sind, kann jedoch nur im Einzelfall durch kontinuierliche Beobachtung der Therapiewirkungen ermittelt werden.

Herkömmliches Behandlungsschema

Damit die Therapiewirkung beobachtet werden konnte, mussten die Parkinson-Patienten bisher oft längere Zeit im Krankenhaus bleiben¹. Im Rahmen solcher Krankenhausaufenthalte sollte mehrmals täglich die Beweglichkeit der Patienten dokumentiert werden, um daraus Rückschlüsse auf die Wirkung der verabreichten Medikation ziehen und allfällige Therapieanpassungen vornehmen zu können. In der Realität ist eine kontinuierliche Beobachtung jedoch schwierig in die Prozesse der neurologischen Stationen



Hans-R. Hartweg

zu integrieren. Stattdessen erfolgen die Beobachtungen oft nur stichprobenartig. Zudem erfuhren die Patienten bisher im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt häufig nicht die notwen-

«Damit die Therapiewirkung beobachtet werden konnte, mussten die Parkinson-Patienten bisher oft längere Zeit im Krankenhaus bleiben.»

dige Nachbetreuung. Sie wurden bei der weiteren Bewältigung ihrer Erkrankung nicht unterstützt. Oft nahmen sie die verordneten Medikamente nicht mehr regelmässig ein und führten die im Krankenhaus er-

¹ Seit Einführung der Fallpauschalvergütung (Pauschale pro Patientenaufenthalt/DRG-System) dürfte sich diese Situation verbessert haben, da sich längere Spitalaufenthalte für die Kliniken aus ökonomischer Sicht heute negativ auswirken, während sie sich früher, als die Kliniken eine Pauschale pro Pflgetag erhielten, lohnten.

lernten physio- und ergotherapeutischen Übungen nicht weiter. Nicht selten drohte deshalb nach dem Spitalaustritt sogar eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, dem dann eine erneute Aufnahme ins Krankenhaus folgte. Ein «Drehtür-Effekt» stellte sich ein.

Integrierte, videobasierte Parkinson-Therapie

Die Mängel der bisherigen Versorgung von Parkinson-Patienten sind einer der Gründe, weshalb das Modellprojekt «Ambulante Video-unterstützte Parkinsontherapie»², die Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) sowie das Universitätsklinikum Düsseldorf das Modell der integrierten, videobasierten Parkinson-Therapie etabliert haben. Im Folgenden wird der mit dem Modell verbundene neue Behandlungsablauf vorgestellt.

Ablauf der Behandlung

Die Eingangsuntersuchung und die Einschreibung zur integrierten, videobasierten Versorgung erfolgen in einer neurologischen Abteilung oder Klinik. Der aufnehmende Arzt un-

«Die Aufnahmen werden an den behandelnden Klinikarzt übermittelt und von diesem ausgewertet.»

tersucht den Patienten klinisch-neurologisch; er dokumentiert die Motorik mittels Video und erhebt den motorischen Befund. Danach folgt zunächst ein im Vergleich zur herkömmlichen Therapie verkürzter Spitalaufenthalt, der bis zu zehn Tagen dauern kann. In dieser Zeit wird ein Therapieplan erstellt; dabei werden allfällige (internistische) Begleiterkrankungen und andere Beeinträchtigungen des Patienten mit berücksichtigt.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wird beim Patienten zu

Hause eine Videotechnik installiert. Mit dieser Apparatur werden täglich in regelmässigen Zeitabständen (und zusätzlich bei Bedarf zu anderen, vom Patienten bestimmten Zeitpunkten) Videoaufnahmen von der Körperbeweglichkeit gemacht. Es werden mindestens zehn Tagesprofile mit mindestens drei Videoaufnahmen pro Tag erhoben.

Die Aufnahmen werden an den behandelnden Klinikarzt übermittelt und von diesem ausgewertet. Vorteil für die behandelnden Ärzte ist, dass sie sich auch fernab des turbulenten (Stations-)Alltags mit der Auswertung der Videosequenzen beschäftigen können. Besonderer Vorteil für die Patienten ist, dass sie auch über grosse Distanz eine qualifizierte therapeutische Beratung erhalten. Aus den Beobachtungen kann der behandelnde Arzt Rückschlüsse im Hinblick auf die medikamentöse Therapie ziehen und den Patienten telefonisch oder per Fax darüber informieren.

Der behandelnde Klinikarzt nimmt mindestens einmal pro Woche per Voicemail, per Fax oder telefonisch mit dem Patienten Kontakt auf. Zudem erhalten die Patienten auf Veranlassung des behandelnden Arztes physiotherapeutische Leistungen entweder im häuslichen Umfeld oder in einer auf neurologische Erkrankungen spezialisierten physiotherapeutischen Praxis vor Ort oder in der Klinik.

Kooperation verbessern

Ziel des Modells ist eine enge Kooperation zwischen der neurologischen Abteilung oder Klinik und dem ambulant-niedergelassenen Neurologen, um dem Patienten einen langfristigen Therapieerfolg zu sichern. Die Kliniken sind dabei als Vertragspartner der Krankenversicherer für die gesamte Therapie verantwortlich. Sie erhalten für die Therapie eine diagnosebasierte Fallpauschale (DRG-System). Der Neurologe in der Klinik plant und steuert die Behandlung mit Hilfe der Videosequenzen. Diese Tätigkeit kann er aber auch (z.B. bei Kapazitätsengpässen der Klinik) an kooperierende ambulant-niedergelassene Fachärzte

delegieren. Für diagnostische Massnahmen wird der Facharzt in diesen Fällen vom Spital entschädigt.

Die Bereitschaft zur Kooperation mit den niedergelassenen Neurologen ist Teilnahmekriterium für die

«Ziel des Modells ist eine enge Kooperation zwischen der neurologischen Abteilung oder Klinik und dem ambulant-niedergelassenen Neurologen, um dem Patienten einen langfristigen Therapieerfolg zu sichern.»

Krankenhäuser. Der niedergelassene Kooperationspartner erhält nach der erfolgten medikamentösen Neueinstellung, ähnlich wie der Krankenhausarzt, für jeden Patienten alle dokumentierten Videoaufnahmen und damit einen Überblick über den gesamten Therapieverlauf. Die Therapie wird für den Krankenhausarzt und für den einweisenden Kooperationspartner durch die integrierte, videobasierte Parkinson-Versorgung deutlich transparenter.

Dies soll es ermöglichen:

- einen Therapieplan zu erstellen, der die individuellen Besonderheiten des Patienten, seine wichtigsten Beeinträchtigungen, seine internistischen Begleiterkrankungen sowie die Komplikationen der bisherigen Therapie berücksichtigt
 - die Einhaltung der geltenden Qualitätsrichtlinien (Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie³) sowie die Überwachung der Gesamtbehandlung durch die neurologische Abteilung oder Klinik sicherzustellen
 - für die betroffenen Patienten vor Ort ein therapeutisches Umfeld aufzubauen, das die individuellen Gegebenheiten berücksichtigt.
- Erster Vertragspartner der beiden Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) ist wie erwähnt das Universitätsklinikum Düsseldorf. Die Ersatzkassenverbände haben aber vorgesehen, das Angebot auf ganz Deutschland

² Mehr Informationen im Internet: www.mvb-parkinson.de
³ Internet: www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/030-010.htm#4

auszudehnen. Dabei sollen in erster Linie grosse Kliniken mit grossen Fallzahlen (mindestens 70 Patienten pro Kalenderjahr), aber nicht ausschliesslich Universitätskliniken, zum Zuge kommen. Bereits sind weitere Leistungsanbieter aus Hamburg und Münster dazugekommen. Krankenhäuser in Berlin und Tübingen (und später auch in München) werden folgen. Für die vertragliche Umsetzung ist ein Projektbeirat (bestehend aus Vertretern der beiden Vertragspartner) vorgesehen, der sich regelmässig austauscht.

Evaluation

Eine Evaluation (voraussichtlich durch ein Universitätsinstitut) soll die Lebensqualität der Patienten, die Entwicklung der Behandlung (Ver-

gleich der ersten und letzten Videosequenzen), die Häufigkeit der physiotherapeutischen Behandlungen sowie die Qualität der Arzneimittelversorgung aufzeigen, wobei die letzten beiden Punkte mittels einer Patientenbefragung erhoben werden sollen.

Die folgenden Verbesserungen werden erwartet:

- Verbesserung der Therapie dank gezielterer Diagnostik
- weniger Nebenwirkungen
- kontinuierlichere Arzneimitteltherapie
- weniger Fehldosierungen
- standardisiertere, vollständigere Dokumentation
- bessere Lebensqualität der Parkinson-Patienten
- weniger Krankenhausaufhalte.

Die integrierte, videobasierte Parkinson-Versorgung soll also im Vergleich zur herkömmlichen Krankenhausbehandlung sowohl die Patientenorientierung als auch die Wirtschaftlichkeit verbessern. ■

Autor:

Hans-R. Hartweg

Dipl. Gesundheitsökonom (univ.)

Abteilung Vertrags- und Versorgungsmanagement

Referat Versorgungsoptimierung

Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.

AEV – Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V.

Frankfurter Strasse 84

D-53721 Siegburg

E-Mail: Hans.Hartweg@vdak-aev.de

Internet: www.vdak-aev.de

Spitalaufenthalte häufig unbefriedigend Kommentar aus Sicht eines Facharztes aus der Schweiz

Die Einführung von neuen Pharmaka hat in den letzten 40 Jahren die therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der Parkinsonschen Krankheit deutlich verbessert. Mit der Levodopa-Therapie konnte die Lebenserwartung der Patienten in den Siebzigerjahren von fünf auf über zehn Jahre erhöht werden. Die Kombinationsbehandlung mit Dopaminagonisten hat die therapeutische Breite der Antiparkinson-Medikation deutlich verbessert. Die Parkinson-Patienten können heute mit einer Lebenserwartung von über 20 Jahren rechnen.

Mit der Verlängerung der Krankheitsdauer sind aber neue, bis jetzt unbekannt Probleme hinzugekommen. Die Lebensqualität kann insbesondere durch die Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente deutlich beeinträchtigt werden. Es sind vor allem pharmakodynamisch bedingte motorische Komplikationen wie Blockierungserscheinungen und überschüssige Bewegungen, die den Patienten im Alltag stören.

In der Praxis muss eine optimale Behandlung für jeden Patienten gefunden werden. Diese sollte dem Krankheitstyp und der Tätigkeit des

Patienten sowie dem Tagesablauf angepasst werden. Ein Spitalaufenthalt zur Optimierung der Medikation ist, wie Studien gezeigt haben, häufig unbefriedigend, da die häusliche Situation in der Klinik meistens nicht «simuliert» werden kann. Alternative Methoden zur aufwändigen Optimierung der Antiparkinson-Therapie, wie sie im Artikel von Hans-R. Hartweg vorgestellt werden, sind deshalb sicher zu begrüssen.

Dr. med. Carlo Albani

Facharzt für Neurologie FMH,
Zürich