

Integrierte Versorgung von Parkinsonpatienten

Per Video-PC zu besserer Diagnostik und Therapie

Reinhard Ehret und Alexander Simonow, Berlin/Herborn

Mit Inkrafttreten des „Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)“ am 1. Januar 2004 waren gesetzliche Voraussetzungen auf den Weg gebracht, im Rahmen integrierter Versorgungsverträge mit den Krankenkassen sektorenübergreifend die Versorgung von Patienten mit chronisch neurologischen Erkrankungen zu verbessern. Gerade Parkinsonkranke mit ihrem progredienten, therapieintensiven Krankheitsverlauf profitieren von der besseren Verzahnung zwischen Praxis und Klinik. Für die „ambulante videogestützte Parkinsonversorgung“ etwa liegen bereits gute Erfahrungen vor.

■ Noch im Jahr 2004 präsentierte der Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie (QUANUP e.V.) gemeinsam mit dem Kompetenznetz Parkinson (KNP) in Kooperation mit dem Bundesberufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und Neurologen (BDN) und der Deutschen Parkinson-Vereinigung (dPV) ein „Konzept zur Integrierten Versorgung Parkinson“ (IV-P, www.dgn.org). Hieran waren alle in Deutschland in der Parkinsonversorgung involvierten Partner beteiligt. Es schien selbstverständlich, dass diese gelungene Kooperation das Interesse der Krankenkassen und der politischen Akteure wecken sollte. Das den Bundesverbänden der Krankenkassen vorgestellte IV-P-Konzept wurde zwar zur Anleitung regional abzuschließender IV-P-Verträge angenommen, aber eine regionale Umsetzung konnte bislang nur ansatzweise für Patienten der BEK (dies entspricht weniger als 10% der Parkinsonpatienten) in Mittelhessen realisiert werden. Aktuelle Verhandlungen laufen in Süddeutschland.

IV-Erfahrungen in Berlin

Der „Arbeitskreis Parkinson-Syndrome Berlin e.V.“, 25 niedergelassene Neurologen und Nervenärzte mit Schwerpunkt in der Diagnostik und Therapie von Parkinsonsyndromen, suchte für Berlin geeignete Klinikpartner. Interessierte Mitglieder ließen sich – auf eigene Kosten – betriebswirtschaftlich und juristisch be-

raten. Danach wurden in Berlin seit 2005 mit mehreren gesetzlichen Krankenkassen Gespräche geführt. Alle bekundeten großes Interesse, stellten jedoch rasch fest, dass durch IV-P die Versorgung zwar bereits in kurzer Zeit verbessert, die Kosten jedoch erst mittelfristig reduziert würden. Deutlich spürbar waren Befürchtungen, ein Vertrag einer einzelnen Kasse könne zu einem Mitgliederzuwachs dieser teuren Patientengruppe führen.

Dieses Problem stellte sich beim Modul der „ambulanten videogestützten Parkinsonversorgung“ ab 2005 nicht

mehr, denn der Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) hatte zentral einen Vertrag unterschrieben, der die Voraussetzungen zur Teilnahme der Kliniken und niedergelassenen Ärzte klar definiert.

Bei der ambulanten videogestützten Parkinsonversorgung bekommen Parkinsonpatienten mit motorischen Fluktuationen (und anderen klar definierten Krankheitskriterien) von den Ersatzkassen anstelle von stationärer Behandlung einen PC mit Videokamera zu Hause aufgestellt, um nach individueller Anleitung standardisiert aufgenommene Videos ihrer Bewegungsabläufe 30 Tage lang (bei Bedarf mehrfach täglich) zeitversetzt ihrem behandelnden Arzt in die Praxis bzw. Klinik zu schicken. Dieser kann die Symptome am in der Praxis aufgestellten Empfangsgerät analysieren und die Therapie individuell abstimmen. Einzige Voraussetzung in den Parkinsonpraxen ist die Bereitstellung einer freien T-DSL-Leitung.

Medizinischer Hintergrund des Videoprojekts ist die Tatsache, dass motorische Fluktuationen bei Parkinsonpatienten eine der häufigsten Ursachen für Krankenhauseinweisungen darstellen. Doch gerade stationär sind sie schwierig therapierbar: Die motorischen Anforderungen an die Patienten im Klinikalltag sind z.T. völlig andere als bei ihnen zu Hause.



Der Patient nimmt seine Bewegungsabläufe zu Hause standardisiert auf Video auf ...

Nach sehr positiven Erfahrungen in der Testphase der Methode in meiner Praxis organisierten sich im Jahr 2005 sechs spezialisierte Praxen im „Arbeitskreis Parkinson-Syndrome Berlin e.V.“, um die Therapieform flächendeckend in Berlin geeigneten Patienten anzubieten. Nach intensiven Verhandlungen mit Berliner Krankenhäusern und -kassen wurde sehr unbürokratisch ein Vertrag im Rahmen der zentral vom VdAK vorgegebenen Bedingungen mit dem Krankenhaus Hamburg-Barmbek geschlossen (neurologischer Chefarzt: Prof. Lachenmayer). Entsprechende Patienten wurden von Prof. Lachenmayer persönlich zur Prüfung der Indikation gesehen, anschließend wurde mit ihm die vom betreuenden Niedergelassenen konzipierte Therapiestrategie diskutiert und ggf. ergänzt. Danach begann die Videobeobachtungszeit.

Bisher wurden ca. 70 Patienten per Videokontrolle behandelt. Es traten keine Therapiekomplicationen auf wie z.B. Abbruch durch Patienten oder Symptomverschlechterungen, die eine stationäre Aufnahme erforderlich gemacht hätten. Die Parkinsonsymptomatik konnte durch die Videokontrolle deutlich besser analysiert und therapiert werden. Die Patienten waren insgesamt sehr zufrieden. Eine Patientin schrieb gar einen Dankesbrief an die Gesundheitsministerin.

Die Einweisungsquote zur stationären Behandlung lag bei den Ersatzkassen seitdem deutlich niedriger als bei den nicht teilnehmenden Kassen. Fakt ist jedoch, dass Parkinsonpatienten mit Fluktuationen schon aufgrund ihrer Altersstruktur nicht vermehrt in Ersatzkassen, sondern überwiegend in Primärkassen versichert sind und somit keinen Zugang zum Videoprojekt haben.

Individuell bei diesen nicht teilnehmenden Krankenkassen gestellte Anträge auf Kostenübernahme dieser Therapieform für ihre Versicherten gleicher Indikation wurden ausnahmslos nicht genehmigt. Bei zweien dieser gut dokumentierten Patienten konnten trotz erfolgter stationärer Einweisung die bestehenden Therapie- und Krankheitsprobleme nicht gebessert werden, sodass sogar wiederholte Einweisungen erfolgen mussten.

Verborgene Depression aufgedeckt

Dagegen bietet die Videobeobachtung auch bei anderen Problemen Vorteile: Bei einem Patienten konnte geklärt werden, dass keineswegs die von ihm beklagten motorischen Off-Phasen, sondern ein depressives Syndrom mit empfundener motorischer Verschlechterung vorlag. Der Patient konnte dies anhand der Videoaufnahmen selbst erkennen und war anschließend zur einer antidepressiven Therapie bereit, die er zuvor abgelehnt hatte.

Bei vielen Patienten konnten Hyperkinesien dokumentiert werden. Während Hyperkinesien in Sprechstundensituationen von den Patienten meist mit Aufregung beim Arztbesuch begründet und als punktuelle Ausnahme kommentiert werden, kann die Videodokumentation die Compliance erhöhen, die Medikation tatsächlich umzustellen und zu reduzieren.

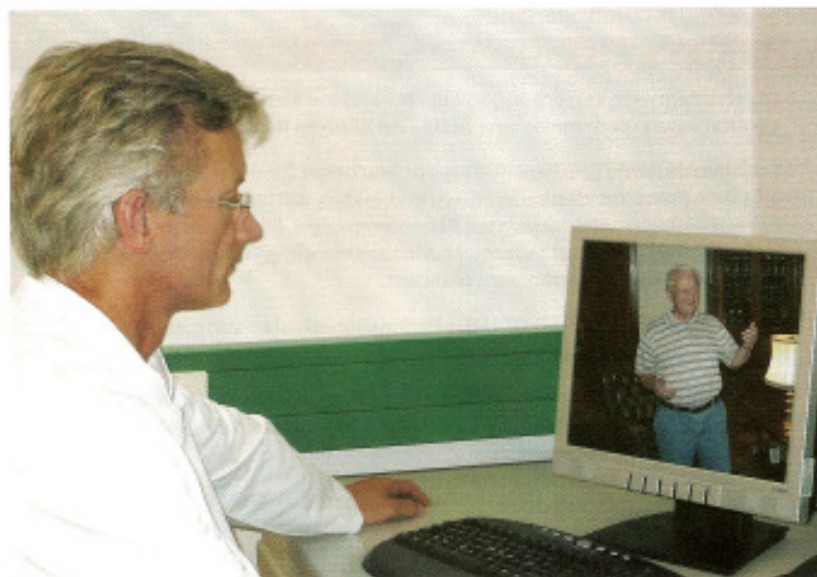
Trotz Vorstellung der Methode im Berliner Berufsverband wurden lediglich zwei Patienten von nicht direkt an der Videoversorgung teilnehmenden Kollegen zugewiesen.

Auf Wunsch der Berliner Ersatzkassen wird der Vertrag gegenwärtig dahingehend modifiziert, dass nun erstmals eine Berliner Klinik teilnehmen wird.

Die Erfahrungen sind durchweg positiv. Patienten wie Ärzte schätzen besonders die Möglichkeit, den Patienten auch außerhalb der Sprechstundensituation oder eines Hausbesuchs über eine wesentlich größere Zeitspanne zu beobachten und die teilweise dramatischen Offs gezielt behandeln zu können. Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass die **videobasierte ambulante Versorgung bei vorliegender Indikation deutliche Vorteile gegenüber einer konventionellen stationären Therapie** vorweisen kann. Die zusätzliche Vergütung führte nicht zu einer Ausweitung im Sinne eines inflationären Einsatzes. Die vertraglich festgehaltenen Eingangskriterien scheinen vernünftig. Ein deutliches Hindernis ist die Tatsache, dass viele Primärkassen für ihre Versicherten bisher keine Kostenübernahme gewähren und dass aus Kollegenkreisen die Therapieform als Alternative zu einer stationären Einweisung noch nicht ausreichend genutzt wird.

IV-P Erfahrungen in Mittelhessen

Bereits 2005 hatten mittelhessische Neurologen mit Schwerpunkt in der Behandlung von Bewegungsstörungen, die sich im „Verbund NeuroPraxen Mittelhessen“ zusammengeschlossen hatten, Gespräche mit der Barmer Ersatzkasse aufgenommen, um auf dem Hintergrund des von QUANUP und dem KNP erarbeiteten IV-P-Konzeptes einen regionalen IV-P-Vertrag abzuschließen. Verhandlungspartner auf der niedergelassenen Seite waren elf neurologische Kollegen; Partner auf Klinikseite die Neurologische Klinik der



... und sein behandelnder Arzt beurteilt sie in der Praxis.

Universität Marburg (Direktor *Prof. W. Oertel*) sowie die Parkinson Klinik, Bad Nauheim (Chefarzt *Dr. M. Öchsener*). Bemerkenswert war, dass die Verhandlungen, die Ende 2006 zu einem erfolgreichen Abschluss eines IV-P-Vertrages Mittelhessen führten, zwischen Niedergelassenen und Klinik nicht nur auf gleicher Augenhöhe geführt wurden, sondern gemeinsam strategisch wichtige Punkte im gegenseitigen Einverständnis gelöst werden konnten. Auf der Angebotsseite der Barmer Ersatzkasse wurde eine Extrahonorierung für die Niedergelassenen ausgehandelt, die zwar bescheiden ausfiel, doch immerhin das Drei- bis Vierfache der aktuellen KV-Vergütung pro eingeschlossenem Patient vorsieht. Einige der vertraglich vereinbarten Punkte, die für die Behandlungsqualität im IV-P Mittelhessen sprechen, sind eine evidenzbasierte Behandlung der am IV-P-Vertrag beteiligten Praxen mit leicht erweitertem Dokumentationsaufwand gegenüber der bisherigen Routineversorgung, die Bereitstellung einer Parkinsonassistentin (siehe Ausbildung zur Parkinsonassistentin [PASS] unter www.quanup.de) in den teilnehmenden Praxen und die Behandlungsevaluation durch den Patienten anhand eines Patientenfragebogens zur Lebensqualität (EQ-D5). Die Analyse der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der am IV-P beteiligten Vertragspartner wird durch das KNP vorgenommen.

Fazit: Integrierte Versorgung greift den vernünftigen Gedanken auf, vorhandene Res-

ourcen effektiv zu nutzen. Die ärztliche Seite, die Niedergelassenen wie die Kliniker, sowie die Patienten und Patientenverbände stehen bereit. Gute Konzepte sind erarbeitet und liegen den Kassen vor. Hemmschuh aufseiten der Krankenkassen scheint zu sein, dass diese eine schnelle Kosteneinsparung vor einem deutlichen Qualitätszuwachs bei erst langfristiger Kostenreduktion priorisieren. Die Analyse der künftigen Erfahrungen der jetzt eingeleiteten Praxisphase der IV-P-Verträge in Berlin und Mittelhessen wird zeigen, ob sich mit IV-P-Verträgen künftig eine dauerhafte Verbesserung der Versorgungssituation von an Parkinson und anderen chronisch neurologisch Erkrankten etablieren lässt. Auch eine Verbesserung der aktuellen defizitären ökonomischen Situation der Leistungserbringer wird durch Verträge zur integrierten Versorgung möglich. Die künftigen Erfahrungen werden zeigen, ob eine flächendeckende integrierte Versorgung unter konstruktiver Beteiligung der großen Kassen machbar sein wird oder ob die bisherigen Anstrengungen eher durch ein kurzes IV-Strohfeuer verbrannt werden. ■

Dr. med. Reinhard Ehret
Praxis Neurologie Berlin
Schloßstraße 29, 12163 Berlin-Steglitz

Dr. med. Alexander Simonow
Hauptstr. 106, 35745 Herborn