

Versorgungskonzepte von Morbus Parkinson-Patienten im internationalen Vergleich

Prof. Dr. Jürgen Voges, Direktor der Klinik für Stereotaktische Neurochirurgie, hatte am 15. Februar Herrn Prof. Dr. Martin Südmeyer, Chefarzt der Klinik für Neurologie des Ernst-von-Bergmann-Klinikums Potsdam, als Gastreferent zu seiner Grand Round eingeladen. „Versorgungskonzepte für Parkinson-Patienten im internationalen Vergleich“ war das Thema der Veranstaltung.

Professor Südmeyer verfügt über eine langjährige Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Bewegungsstörungen, speziell von Parkinson-Patienten und hat Versorgungskonzepte mitentwickelt, die die spezifischen therapeutischen Anforderungen bei der Betreuung dieser Patientengruppe berücksichtigen. Prof. Südmeyer stellte zu Beginn seiner Ausführungen heraus, dass die Sozialcharta der Europäischen Union eindeutig festlegt, dass jeder Bürger Zugang zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung unabhängig von seinem Einkommen und Gesundheitszustand habe.

Anschließend stellte Südmeyer die unterschiedlichen Typen der öffentlichen Gesundheitsversorgung vor, zu der das Beveridge System (staatlich finanzierte Versorgungsnetze von Arztpraxen und Krankenhäusern, wie z. B. in Großbritannien, Schweden, Finnland, Italien, Spanien) sowie das Bismarck-System (Krankenversicherungen, finanziert aus Sozialabgaben Versicherter und ihrer Arbeitgeber) gehören. Darüber hinaus gibt es z. B. in Frankreich und in Polen eine zentrale Einheitsversicherung, wohingegen Einwohner von Belgien oder Österreich über eine betriebliche und regionale Pflichtversicherung abgesichert sind. Freier Kassenwettbewerb/-Wahl wäre die Form der Gesundheitsversorgung in Deutschland, Niederlande und der Schweiz. In diesem Zusammenhang merkte Südmeyer an, dass in Europa die geschätzte Summe der jährlichen Kosten für die Versorgung von Parkinsonpatienten ca. 14 Milliarden Euro betrage. Somit seien die wirtschaftlichen Auswirkungen der Krankheit gewaltig, betonte Südmeyer und begründete dies auch



Prof. Dr. Jürgen Voges (r.) und Prof. Dr. Martin Südmeyer
(Foto: Melitta Dybiona)

damit, dass die Parkinson-Erkrankung eine Vielzahl motorischer und nicht motorischer Symptome umfasse.

Diese Erkrankung wirkt sich in physischer, kognitiver und psychologischer Hinsicht auf die Lebensqualität der Patienten aus, so dass idealerweise eine Behandlung durch multidisziplinäre Teams – bestehend aus Neurologen, Geriatern, spezialisiertem Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Ernährungswissenschaftlern, Allgemeinärzten, Physiotherapeuten, Logopäden, Psychologen und Pharmazeuten – erforderlich sei.

Prof. Südmeyer stellte dazu kurz die Ergebnisse einer in Großbritannien durchgeführten Studie vor. Insgesamt wurden Daten von 10 000 Parkinson-Patienten ausgewertet, die multidisziplinär betreut wurden. Danach waren nahezu 100 % der Patienten mit ihrer Versorgung zufrieden. Die Qualität der ärztlichen Behandlung bezeichneten 60 % der Patienten mit „gut“. Daten zu dem Effekt der multidisziplinären Betreuung auf das objektive Behandlungsergebnis wurden so Südmeyer, nicht berichtet.

Das Dänemark-Klinikum Glostrup Modell, das Prof. Südmeyer anschließend vorstellte, wies mit Bezug auf die Bereiche „struk-

turierte Prozessabläufe, Zielorientiertheit, Wissensaustausch sowie niedrige hierarchische Strukturen“ einige Vorteile auf. Als Nachteile wurden von den Teilnehmern genannt: „ziemlich komplex“, „mehr Strukturen notwendig“, „Abhängigkeit von anderen“. Das Niederländische „Parkinson Net“, ein landesweites Netzwerk aus Personen, die eine Spezialausbildung für die Behandlung von Parkinson-Patienten haben, wird bezüglich seiner Vor- und Nachteile ähnlich unterschiedlich bewertet. Unter anderem fühlen sich Patienten durch die mit der Betreuung im Netzwerk verbundenen häufigen Termine belastet, sodass sie sich in ihrer Krankheitssituation nicht besser fühlten.

Zum Abschluss berichtete Südmeyer über ein in Deutschland eingeführtes Modell. Einleitend wies der Referent darauf hin, dass Patienten ihre Informationen zur Erkrankung im Wesentlichen aus den Medien (Internet oder Radio) erhielten, weiterhin von anderen Patienten, Familienangehörigen, Freunden oder Selbsthilfegruppen. In den wenigsten Fällen wären Ärzte die primäre Informationsquelle. Ein Hauptgrund dafür sei, dass die einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen, d. h. der ambulante Sektor, zu dem der Hausarzt, niedergelassene Neurologen,

Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden und Pflegedienste gehören, sowie der stationäre Sektor getrennt voneinander agieren. Diese Konstellation bezeichnete Prof. Südmeyer als nicht produktiv und hatte 2009 als Konsequenz daraus zusammen mit anderen Kollegen das Modellprojekt „Parkinsonnetzwerk“ gegründet, das auf 4 Säulen wie folgt basiert:

Praxisvisiten: Sprechstunde mit einem in der Klinik tätigen Spezialisten für Bewegungsstörungen in der Praxis des niedergelassenen Neurologen

Parkinson-Fachschwester: Hausbesuche durch diese Fachschwester zur Therapiekontrolle, Patientenschulung, Angehörigeninfor-

mation und ggf. Physio- bzw. Ergotherapie
Telemedizin: Integrierte Parkinson-Videotherapie. Die zu Hause aufgezeichneten Videosequenzen ermöglichen, dass unabhängig von einem Arztbesuch die medikamentöse Behandlung optimiert werden kann.
Fortbildungen: Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen auch mit Patientenbeispielen und auch mit der Unterweisung in die Einstellung von Systemen zur Tiefen Hirnstimulation

Insgesamt wurden in diesem Projekt von 04/2009 bis 01/2014 mehr als 1700 Patienten behandelt. Aufgrund der hohen Akzeptanz dieses Konstruktes wurde das Parkinsonnetzwerk 2015 in einen integrierten Versorgungsvertrag überführt.

Zusammenfassend betonte Prof. Südmeyer, dass das ambulante klinische Parkinsonnetzwerk von den daran teilnehmenden Neurologen sehr hoch eingestuft wurde und dementsprechend hohe Werte auf einer Zufriedenheitsskala erhielt. Die Gründe dafür waren u. a. der damit verbundene bessere fachliche Austausch und verbesserte Behandlungsstandards. Insgesamt konnte durch das Netzwerk für beide Seiten, sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten eine hohe Therapieakzeptanz erreicht werden.

Ögelin Düzel

News aus der Betrieblichen Suchtkrankenhilfe

Polytoxikomanie oder multipler Substanzgebrauch – was ist das?



Umgangssprachlich werden Polytoxikomane auch Mischkonsumenten genannt. Diese Menschen betreiben eine Art Drogenkonsum, bei dem sie zwei oder mehr psychotrope Substanzen zur gleichen Zeit oder aufeinanderfolgend zu sich nehmen. Geschichtlich gesehen, ist die Polytoxikomanie keine Erscheinung unserer modernen Zeit oder Leistungsgesellschaft.

So wurden im Amazonasgebiet vor mehr als 3500 Jahren die halluzinogenen Wirkungen einiger Naturdrogen erkannt und auch genutzt. Diese Wirkstoffe fanden auch in der Medizin Eingang. Beispielsweise wird der Wirkstoff Ayahuasca aus der Dschungelliane gewonnen und heute der Gruppe der MAO-Hemmer zugeordnet. In der indianischen Literatur wird diese Pflanze als „Liane des Todes und der Geister“ beschrieben.

Kokain ist auch pflanzlichen Ursprungs und im südamerikanischen Kokastrauch enthalten. Kokain wirkt aufputschend und ist als „Managdroge“ bekannt, da diesem ein positiver Einfluss auf die Wachheit und Kreativität zugeschrieben wird und es ein großes Abhängigkeitspotential besitzt.

Im Mittelalter fanden verschiedene psychotrop wirkende Substanzen aus Kräutern Verwendung in „Hexensalben“ und anderen Kräutermischungen, die die Menschen einst konsumierten. Gourmets genießen in weiten Teilen Europas ihren Kaffee mit Cognac. Hier findet im Grunde auch schon ein Mischkonsum statt (Kombination aus Coffein und Alkohol). Wird dazu noch eine Zigarette geraucht, gesellt sich hier die dritte Substanz hinzu.

Seit den 1990er Jahren wird ein Mischkonsum oder Beikonsum von Medikamenten (Schlaf- und Beruhigungsmittel, Narkoleptika) und Drogen wie Kokain, Heroin und Alkohol festgestellt und therapiert.

Die Motivation zur Entwicklung einer Polytoxikomanie ist recht unterschiedlich. Zunächst ist das Wirkungsspektrum zu unterscheiden: Es gibt sogenannte UPPER (aufputschend wirkende Substanzen) und DOWNER (beruhigend und berauschend wirkende Substanzen).

Es ist möglich, dass der Konsument bei UPPERS oder DOWNERS bleibt, jedoch zur ersten Substanz eine weitere hinzuzieht. Dies kann aus der Not heraus geschehen, weil die erste Substanz nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung steht. Möglich ist aber auch der Wunsch

nach einer Wirkungsverstärkung, weil die erste Substanz nicht mehr den zufriedenstellenden der Effekt bringt. Das ist dann auf die Toleranzentwicklung zurückzuführen und damit erklärbar, dass sich der Körper des Konsumenten bereits an den regelmäßigen Konsum gewöhnt hat. Bei Polytoxikomanen liegen mit hoher Wahrscheinlichkeit psychische Erkrankungen und Störungen im affektiven Erleben und der Impulskontrolle vor (Gefühlsleben), eventuell können auch Persönlichkeitsstörungen und Depressionen auftreten.

Der Mischkonsum ist hochgradig riskant, weil sich der Abhängige in die Gefahr begibt, die gewählte Kombination physisch und/oder psychisch nicht zu vertragen. So können gleichartige Substanzen je nach Situation oder Zeitpunkt der Einnahme verschiedene Wirkungen haben. Deshalb ist es bei lebensgefährlichen Komplikationen dem Rettungsdienst nur möglich, symptomatisch zu intervenieren. Die Notfallmediziner wissen im Falle des nicht ansprechbaren Betroffenen nicht, welche Substanzen er wann zu sich genommen hat.

Alkohol- und Nikotinsucht sind oft gegeben. Viele Alkoholabhängige rauchen zugleich. Forscher aus den USA sind dieser Tatsache auf den