

Integrierte Versorgung des Morbus Parkinson

Integrated Health Care in Patients with Parkinson's Disease

Autoren

M. Südmeyer^{1,2}, L. Wojtecki^{1,2}, A. Schnitzler^{1,2}

Institute

¹Neurologische Klinik der Heinrich-Heine-Universität, Bewegungsstörungen und Neuromodulation, Düsseldorf
²Institut für Klinische Neurowissenschaften und Medizinische Psychologie der Heinrich-Heine-Universität, Medizinische Fakultät, UKD, Düsseldorf

Schlüsselwörter

- M. Parkinson
- Düsseldorfer Parkinsonnetzwerk
- integrierte Versorgung
- videobasierte Parkinsontherapie

Keywords

- Parkinson's disease
- Düsseldorf referral cooperation project
- integrated care
- video-based treatment

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1329983>
 Akt Neurol 2012; 39: 475–479
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0302-4350

Korrespondenzadresse

Dr. Martin Südmeyer
 Neurologische Klinik
 Bewegungsstörungen und
 Neuromodulation
 Universitätsklinikum Düsseldorf
 Moorenstraße 5
 40225 Düsseldorf
 Martin.Suedmeyer@uni-duesseldorf.de

Zusammenfassung

Die Diagnostik und Therapie des M. Parkinson stellt für den behandelnden Arzt häufig eine Herausforderung dar und erfordert insbesondere im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung eine Spezialisierung, da mittlerweile Behandlungsverfahren wie beispielsweise die Tiefe Hirnstimulation oder Medikamentenpumpentherapie zur Verfügung stehen, die nur in spezialisierten Zentren angeboten werden können. Um eine qualitativ möglichst hochwertige und effektive Behandlung des M. Parkinson zu gewährleisten, besteht somit der Bedarf einer „sektorenübergreifenden“ als auch „fächerübergreifenden“ Kooperation und Vernetzung zwischen einzelnen Leistungserbringern. Grundlage hierfür können integrierte Versorgungsverträge (IV-Verträge) sein, die durch den § 140 SGB ff. gesetzlich geregelt sind. Trotz dieser bestehenden Möglichkeiten hat sich das IV-Modell in der Parkinson-Behandlung bislang nicht etabliert. So existieren bislang nur vereinzelte regionale IV-Konzepte beim M. Parkinson. Lediglich das IV-Modell zur videobasierten Parkinsontherapie ist bundesweit über einen Rahmenvertrag des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) geregelt.

Einleitung

Der M. Parkinson gehört mit einer Prävalenzrate von 100–200 pro 100 000 Einwohner zu einer der häufigsten neurologischen Erkrankungen. In Europa sind schätzungsweise 1,8% der über 65-jährigen und 2,6% der über 85-jährigen erkrankt, wobei die absolute Anzahl von Patienten im Hinblick auf den demografischen Wandel zunehmen wird [1, 2]. Die Folge sind steigende direkte Kosten für das öffentliche Gesundheitswesen sowie erhebliche indirekte Kosten für die Betroffenen, die vom Schweregrad des M. Parkinson und den

Abstract

In Parkinson's disease an adequate diagnosis and medical treatment can be challenging for the attending physician. Especially the advanced disease stages require an individualised therapy such as deep brain stimulation or pump application, which are only possible in specialised movement disorders centres. To guarantee a qualified and highly standardised effective treatment for Parkinson's disease a "cross-sectoral" and "interdisciplinary" overall cooperation between different care providers (e.g., general physician, hospitals) should be assured. This could be based on integrated care contracts statutorily regulated by the § 140 SGB ff. In spite of these already existing possibilities an integrated health model has not been established in Parkinson's disease care so far. Until today only sporadic and regionally limited integrated care concepts exist. Solely the video-based out-patient treatment has been negotiated by the BDN (Bund Deutscher Neurologen) nationwide.

damit assoziierten Alltagseinschränkungen abhängen [3–5]. Damit Behinderungen langfristig vermieden oder zumindest in ihrer Intensität reduziert werden können, ist eine frühe Diagnosestellung und anschließende optimale Therapie unabdingbar [6, 7]. Dennoch vergehen in Deutschland trotz eindeutiger klinischer Leitlinien circa 2,3 Jahre bis zur „korrekten“ Diagnose und dem Therapiebeginn bei einer durchschnittlichen Konsultation von 4,2 Ärzten [3]. Während dieser Phase werden die Patienten durch Fehldiagnosen (beispielsweise rheumatoide Beschwerden, essentieller Tremor oder Depression) häufig einer



Tab. 1 Am IV-Vertrag „Parkinsonvideotherapie“ teilnehmende Kliniken.

Albertinen Krankenhaus Hamburg
Ev. Klinikum Gelsenkirchen
Franz Hospital Dülmen
Herz Jesu Krankenhaus Münster
Klinikum Idar Oberstein
Universitätsklinikum Berlin – Charité
Universitätsklinikum Bochum, St. Josef Hospital
Universitätsklinikum Düsseldorf
Universitätsklinikum Frankfurt
Universitätsklinikum Köln
Schön Klinik München Schwabing

Tab. 2 An der „Parkinsonvideotherapie“ teilnehmende Krankenkassen.

AOK Bayern
AOK Bremen/Bremerhaven
AOK Rheinland-Hamburg
BARMER GEK
DAK – Gesundheit
HEK Hanseatische Krankenkasse
HKK – Handelskrankenkasse
Post A und B
Beihilfe
Bundesknappschaft (außerhalb NRW nach Anfrage)
Bertelsmann BKK
BIG direkt gesund
BKK Miele
Pronova BKK
Audi BKK
Bahn BKK
BKK – Deutsche Bank AG
BKK – VICTORIA DAS
BKK BMW AG
BKK Daimler Chrysler
BKK Futur
BKK mhplus
BKK Mobil Oil
BKK RWE
BKK Schott Zeiss
BKK SEL
BKK VBU
BKK VICTORIA – D.A.S.
Deutsche BKK
IKK Berlin Brandenburg
IKK Südwest
Krankenkasse für den Gartenbau
LBG Niedersachsen
LKK Franken und Oberbayern
LKK Hessen
LKK Niederbayern/Oberpfalz/Schwaben
LKK Niedersachsen
LKK NRW
Novitas BKK
Siemens SBK
Vaillant BKK
Private Krankenversicherungen

unwirksamen Therapie unterzogen [8,9]. Sobald mit einer effektiven Anti-Parkinson-Behandlung begonnen wird, führt diese in der Regel über einen längeren Zeitraum zu einer ausreichenden Beschwerdelinderung. Jedoch treten im Verlauf bei nahezu allen Patienten unerwünschte Nebenwirkungen in Form von motorischen Wirkungsflektuationen und Dyskinesien auf, wobei Betroffene mit einem Lebensalter unter 40 Jahren deutlich früher im Krankheitsverlauf zu deren Ausprägung neigen; dies führt

bereits in den ersten 5 Jahren nach Krankheitsbeginn zu einer Arbeitsunfähigkeitsrate von ca. 85% [7,10,11]. Somit stellt die effektive Langzeitbehandlung für den behandelnden Arzt eine besondere Herausforderung dar, zumal neben dem Einsatz von komplexen oral medikamentösen Maßnahmen auch intensivierte Therapien in Form von Medikamentenpumpen oder der Tiefen Hirnstimulation rechtzeitig Anwendung finden sollten [12]. Die umfangreichen therapeutischen Optionen beim M. Parkinson erfordern daher mittlerweile eine gesonderte Spezialisierung und ein interdisziplinäres Vorgehen. So wird die Tiefe Hirnstimulation beispielsweise in nur wenigen, zumeist universitären, Kliniken angewandt. Um die Versorgungsqualität von Parkinson-Patienten auch außerhalb dieses spezialisierten klinischen Kontextes zu verbessern, ist eine intensivierte Kooperation, ein fachlicher Austausch und die Verknüpfung von speziellen Bewegungsstörungenzentren mit niedergelassenen Neurologen, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen von besonderer Bedeutung [7,8,13]. Neben einer solchen fachspezifischen Verzahnung von Behandlungsketten, wäre zudem auch eine fachübergreifende Kooperation zwischen Neurologen, Hausärzten, Orthopäden usw. wünschenswert. Anzustreben ist somit eine Veränderung der traditionell getrennten Versorgungsstrukturen hin zu einer deutlich kooperierenden Vernetzung zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) und der Reform des § 140 ff. SGB V hat der Gesetzgeber hierfür notwendige Rahmenbedingungen geschaffen [14]. Diese intendieren die genannten fachspezifischen und fachübergreifenden Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchlässiger zu gestalten, da die bisher praktizierte modulare Sektorentrennung mit den bestehenden und sich weiter verschärfenden Herausforderungen bei der Behandlung von Menschen mit komplexen Krankheitsbildern wie dem M. Parkinson häufig überfordert ist [14,15]. In dem vorliegenden Beitrag werden die von uns aufgedeckten IV-Projekte im Bereich Parkinson dargestellt, wobei vorauszustellen ist, dass bei der Recherche für diese Übersichtsarbeit auf kein zentrales Datenregister zurückgegriffen werden konnte. Der Arbeit liegen daher Informationen von verschiedenen Kassenverbänden, dem Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut), dem Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS-Institut), dem Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) und dem Verband für Qualitätsentwicklung in der Neurologie und Psychiatrie (QUANUP) zu Grunde.

Integrierte, videobasierte Parkinsontherapie

Die Parkinsonvideobehandlung wird seit nunmehr 8 Jahren erfolgreich im Rahmen der integrierten Versorgung zwischen niedergelassenen Neurologen und einem auf die Behandlung der Parkinsonerkrankung spezialisierten Krankenhaus durchgeführt (☉ **Tab. 1**). Grundlage ist ein vom BDN formulierter Kooperationsvertrag, der, im Leistungsspektrum mehrerer Krankenkassen verankert, mit derzeit ca. 2600 Euro pro Behandlung vergütet wird (☉ **Tab. 2**). Ziel ist es das Fachwissen der Kliniken und die Kenntnisse des niedergelassenen Neurologen um die jeweiligen Besonderheiten seines Patienten während eines insgesamt vierwöchigen Behandlungszeitraums zu einem optimalen Therapiekonzept zu ergänzen, um somit elektive Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Mithilfe der telematischen Anwendung stimmen der Klinikarzt und der



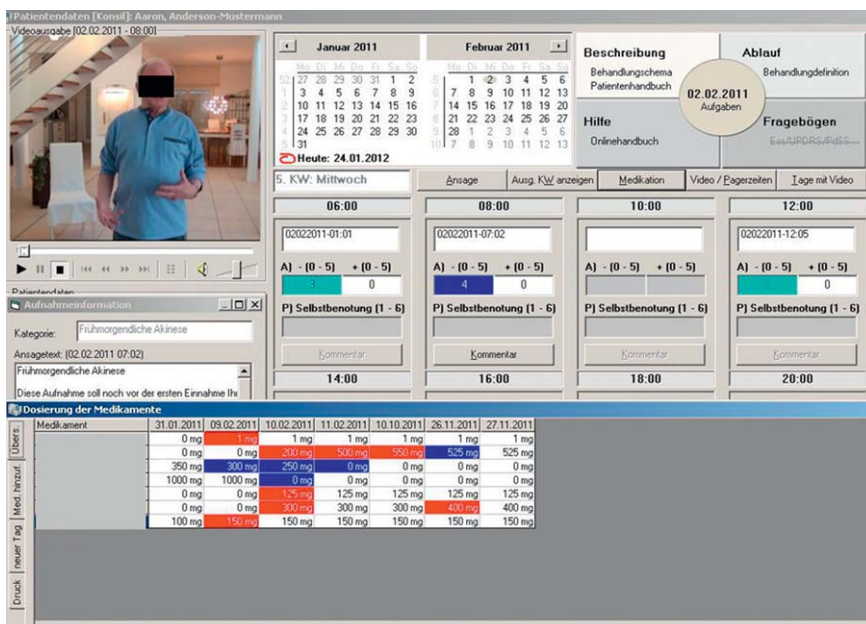


Abb. 1 Darstellung der Benutzeroberfläche. Die seitens des Patienten kontinuierlich erstellten Videosequenzen werden durch den behandelnden Arzt anhand des UPDRS-III bewertet, um somit ein Bewegungstagesprofil zu erstellen. Daran ausgerichtet findet die Optimierung der medikamentösen Therapie über einen insgesamt 30-tägigen Behandlungszeitraum statt. Ergänzend zu der Erfassung der motorischen Beschwerden kann eine Abfrage nicht-motorischer Symptome durch spezifische Fragebögen erfolgen.

behandelnde Neurologe einen Therapieplan ab, wobei anschließend eine stadienadaptierte und leitlinienorientierte Behandlung eigenverantwortlich durch den niedergelassenen Kollegen durchgeführt wird. Während der Therapie sehen sich Fachärzte des Krankenhauses ebenfalls die vom Patienten erstellten Filmsequenzen an und stimmen sich bei auftretenden Fragen rasch und standardisiert mit dem primär behandelnden Kollegen ab. Klassischerweise erfolgt der Patienteneinschluss, indem der niedergelassene Arzt den Patienten in die kooperierende Klinik überweist, wo dann die Indikation anhand definierter Ein- bzw. Ausschlusskriterien überprüft, eine Patientenschulung in das Videosystem durchgeführt, und abschließend ein Vorschlag zum therapeutischen Vorgehen erarbeitet wird. Darüberhinaus besteht seit 2011 die Möglichkeit eines Patienteneinschlusses im Rahmen einer gemeinsamen Sprechstunde nach dem „Düsseldorfer Modell – Parkinsonnetzwerk“; dieses wird im nachfolgenden Absatz detailliert beschrieben. Nach einem erfolgreichen Einschluss wird die Firma MVB (Medizinische Videobeobachtung, Koblenz) hierüber informiert, die dann im Hause des Patienten eine Videoeinheit, bestehend aus einer Kamera und einem PC mit Drucker, aufbaut. Der Patient kann fortan jederzeit Videoaufzeichnungen mittels eines Transponders auslösen, um somit seine Beweglichkeitsprofil zu dokumentieren. Die symptomorientierte Anpassung der medikamentösen Therapie beginnt nach einer circa einwöchigen Evaluierungsphase, wobei der Arzt ein individuelles Beobachtungsschema erstellt. Die jeweiligen Videosequenzen haben eine Dauer von etwa 2 min und sollten mindestens dreimal pro Behandlungstag aufgezeichnet werden. Der behandelnde Neurologe benotet anschließend den jeweiligen Beweglichkeitszustand anhand standardisierter Skalen (Unified Parkinson's Disease Rating Scale, UPDRS-III) und hat weiterhin die Möglichkeit die Aufzeichnungen mit zusätzlichen Notizen zu versehen. Ergänzend bewerten die Patienten am Ende jeder Videoaufzeichnung Ihren Zustand selbst (Schulnote 1–6) und können weiterhin durch eine Sprachnachrichtenerkennung ihre Befindlichkeit in freier Form dokumentieren. Hierdurch werden beispielsweise die Wirkung oder etwaige Nebenwirkungen der medikamentösen Therapieumstellung detailliert und zeitnah erfasst. Die Videoaufnahmen können im Laufe der Therapie individuell angepasst werden, um in das strukturierte

Beobachtungsschema spezielle Bewegungsaufgaben (z. B. Provokation, Tremor, Freezing) zu integrieren. Somit erhält der behandelnde Arzt bei der medikamentösen Anpassung genaue Informationen zum Bewegungstagesprofil, das durch die subjektive Selbstbeurteilung des Patienten ergänzt wird (Abb. 1). Neben der somit gewährleisteten Erfassung von motorischen Komplikationen, kann in den Behandlungsplan neuerdings auch die Erhebung nicht-motorischer Beschwerden (z. B. Depressionsscore, BDI; Lebensqualität, PDQ 39; Schlaf) implementiert werden. Diese ermöglichen wichtige Zusatzinformationen während und nach der Videotherapie, die gegebenenfalls ergänzende medikamentöse oder konservative Therapieansätze erforderlich machen. Der Patient erhält während der gesamten Dauer der Behandlung morgens einen aktualisierten „Medikamenten-“, sowie einen „Tagesübersichtsplan“, der an die festgelegten Aufnahmezeitpunkte erinnert. Nach Bedarf kann der zu Behandelnde weiterhin ein Programm für physiotherapeutische Übungen aktivieren. Die Videoaufnahmen werden über Nacht mittels einer gesicherten Datenübertragung via UMTS oder Telefonleitung in das Behandlungssystem des niedergelassenen Neurologen und des teilnehmenden Krankenhauses übertragen, sodass jederzeit der Zugriff auf das Behandlungsmodul mit den aktualisierten Daten besteht. Für die teilnehmenden Ärzte erweist sich das System als anwenderfreundlich, da die Beurteilung der Videos und die einhergehende Therapieanpassung flexibel gestaltet und gut in den Tagesablauf integriert werden können. Nach Abschluss der telemedizinischen Behandlung wird den teilnehmenden Ärzten eine sämtliche Videos und Behandlungsschritte umfassende CD-ROM zugesandt.

Düsseldorfer Parkinsonnetzwerk

Das „Düsseldorfer Parkinsonnetzwerk“ (www.uniklinik-duesseldorf.de/parkinsonnetzwerk) wurde 2009 begonnen und stellt ein Novum in der sektorenübergreifenden Versorgung von Parkinson-Patienten dar, indem universitäre Bewegungsstörungsexperten direkt in die Praxen von niedergelassenen Kollegen gehen, um Patienten in einer gemeinsamen Spezialsprechstunde zu sehen und zu besprechen. Nach Abschluss einer zweijährigen



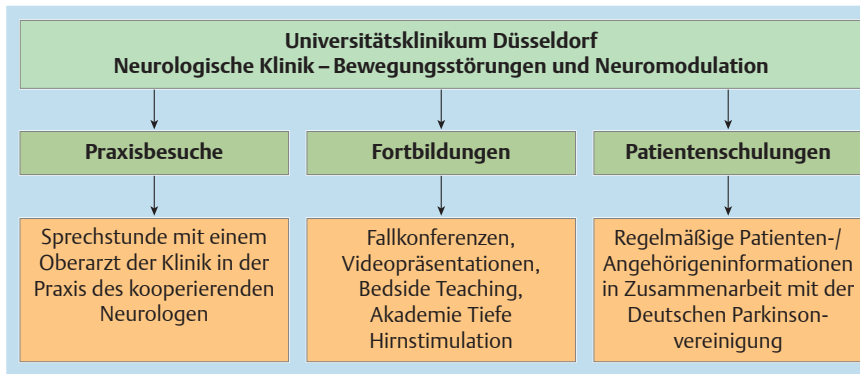


Abb. 2 Die 3 Säulen des „Düsseldorfer Parkinsonnetzwerks“.

Pilotphase wurde dieses Kooperationsmodell 2011 aufgrund des großen Erfolges und der positiven Resonanz in den bestehenden integrierten Versorgungsvertrag der Parkinsonvideotherapie durch den Verband der Ersatzkassen (VdAK) und der AOK Nordrhein/Hamburg aufgenommen. Der Patienteneinschluss und die Besprechung der anzustrebenden medikamentösen Therapiemaßnahmen kann somit direkt in der Praxis erfolgen, wodurch für den Patienten eine oft mit größerem Aufwand verbundene Anreise in das Universitätsklinikum entfällt und die beteiligten Ärzte im persönlichen Gespräch miteinander interagieren. Ferner steigert das vertraute Umfeld der Praxis, in der die Begegnung zwischen dem Experten und dem Betroffenen stattfindet, vor allem aber die Gegenwart des behandelnden Neurologen das Wohlbefinden und Vertrauen des Patienten. Daraus resultiert in vielen Fällen eine große Aufgeschlossenheit gegenüber neuesten medikamentösen Behandlungsoptionen. Auch eine Hemmschwelle durch die klinische Anonymität und, häufig damit verknüpft, eine mögliche Furcht vor komplexeren Verfahren wie der Medikamentenpumpentherapie oder Tiefen Hirnstimulation können deutlich minimiert werden. Zudem wird die Kommunikation zwischen dem ambulant und dem klinisch tätigen Arzt erheblich verbessert, da für den Klinker die ambulanten Strukturen in der täglichen Behandlung von Patienten mit Bewegungsstörungen deutlich transparenter werden, und somit das Verständnis für die Vorgehensweise und für die spezifische Herausforderung der niedergelassenen Kollegen wächst. Ein weiterer wichtiger Bestandteil dieses Modellprojekts sind kontinuierlich im Universitätsklinikum Düsseldorf stattfindende Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Neurologen und Klinikärzte sowie regelmäßig in Zusammenarbeit mit der Deutschen Parkinsonvereinigung (dPV) stattfindende Patientenschulungen, wodurch auch langfristig eine engere Vernetzung und bessere Versorgungsqualität erzielt werden sollen (◉ **Abb. 2**).

Diskussion

Die nach § 140 ff. SGB V festgelegte integrierte Versorgung zielt auf eine Verbesserung der Kooperation zwischen dem stationären, ambulanten und rehabilitativen Bereich, um somit optimierte Behandlungspfade und eine Aufhebung von ressourcenverbrauchenden medizinischen Doppelstrukturen zu erzielen, die insbesondere bei Patienten mit chronischen Erkrankungen entstehen [14–16]. Insofern stellt der M. Parkinson mit seiner großen Anzahl von Betroffenen und seinen komplexen diagnostischen sowie insbesondere therapeutischen Erfordernissen ein hierfür geradezu beispielhaftes Erkrankungsbild dar. Jedoch ist

trotz der vorhanden gesetzlichen Rahmenbedingungen der Anteil der integrierten Versorgung an der medizinischen Parkinson-Behandlung der GKV ernüchternd. So sind die abgeschlossenen IV-Verträge gering in der Zahl und zumeist regional begrenzt, wobei mehrere Aspekte als hierfür ursächlich zu diskutieren sind. Dabei gilt es hervorzuheben, dass seit 2008 keine finanzielle Anschubfinanzierung mehr für die in der Regel mit einem hohen personellen und logistischen Aufwand verbundenen IV-Projekte besteht [15]. Weiterhin erfordern die Entwicklung und die kontinuierliche Fortsetzung der angestrebten Kooperationen ein erhebliches Maß an persönlichem Engagement aller Beteiligten, dem häufig keine adäquaten wirtschaftlichen oder anderweitigen Anreize entgegenstehen.

Innerhalb der letzten Jahre hat sich daher lediglich mit der Parkinsonvideotherapie ein integriertes Versorgungssegment bundesweit etabliert, das sich durch eine bessere Vernetzung zwischen einem auf die Parkinson-Therapie spezialisierten Klinikum und niedergelassenen Neurologen auszeichnet und als Alternative zur klassischen stationären Behandlung bei Patienten mit einem fortgeschrittenen M. Parkinson angeboten werden kann [17]. Grundlage hierfür ist ein mit mehreren Krankenkassen abgeschlossener Rahmenvertrag des BDN. Das insgesamt vierwöchige Behandlungskonzept sieht eine detaillierte Dokumentation des Bewegungsprofils im gewohnten sozialen Umfeld des Betroffenen vor, das als Grundlage für die medikamentöse Optimierung dient. Als Vorteil gegenüber einer klassischen stationären Behandlung ist die alltagsnahe und tageszeitlich flexible Dokumentation anzusehen. Demgegenüber nachteilig ist der zeitliche Verzug bei der Videobeurteilung, die keine unmittelbare Reaktion auf mögliche therapiebedingte Komplikationen erlaubt. Zudem erfordert die Videobehandlung ein erhebliches Maß an Eigenverantwortung auf Seiten des Patienten. Die Handhabung des Aufzeichnungssystems selbst bedingt aber auch bei technisch unerfahrenen Teilnehmern nach einer kurzen Eingewöhnungsphase in der Regel keine Schwierigkeiten, wodurch auch die Abbruchrate der Therapie mit unter 1% gering ausfällt [17]. In kleineren Kohortenstudien konnte nachgewiesen werden, dass sich die Lebensqualität und Motorik durch die videobasierte Parkinsontherapie verbessern lässt und bei den Betroffenen mit einer hohen Therapieakzeptanz verbunden ist [18, 19]. Größere multizentrische Studien zum therapeutischen Nutzen und zu möglichen Kostenersparnissen sind jedoch bislang ausstehend.

Ein weiteres Versorgungsprojekt in der Parkinson-Behandlung besteht in dem 2009 begonnenen „Düsseldorfer Parkinsonnetzwerk“, das sich durch eine neuartige Kooperationsstruktur und intensiviertere Vernetzung zwischen dem Universitätsklinikum Düsseldorf und niedergelassenen Neurologen auszeichnet, die



regelmäßige gemeinsame Visiten der teilnehmenden Praxen sowie kontinuierlich stattfindende Fortbildungsveranstaltungen und Patientenschulungen vorsehen [20]. Durch den regelmäßigen klinisch-ambulanten Austausch, der auf den aktuellsten Erkenntnissen bei den Behandlungsrichtlinien des M. Parkinson basiert, war dieses Pilotprojekt prädisponiert, um 2011 Eingang in den integrierten Versorgungsvertrag der Parkinsonvideotherapie zu erhalten, sodass mittlerweile auch ein direkter Patienteneinschluss und die Abstimmung des Therapiekonzepts in den kooperierenden Praxen möglich ist. In einer Fragebogenevaluation konnte zudem nachgewiesen werden, dass das „Düsseldorfer Parkinsonnetzwerk“ sowohl bei den teilnehmenden niedergelassenen Neurologen als auch Patienten auf eine extrem hohe Akzeptanz und Zufriedenheit stößt, sodass es mittlerweile als Leuchtturmprojekt über die Region hinaus bundesweit Nachahmer an anderen Universitätskliniken findet und 2012 auf dem Kongress für Gesundheitsnetzwerker ausgezeichnet wurde [20].

Fazit für die Praxis

- ▶ Großflächig angelegte IV Verträge, die zu einer Anpassung traditioneller Versorgungsstrukturen in der Parkinson-Behandlung führen könnten, bestehen bislang nicht.
- ▶ Lediglich die videobasierte Parkinsontherapie stellt ein mittlerweile langjährig etabliertes und bundesweit verfügbares, integriertes Versorgungsmodell dar, das sich durch eine Kooperation zwischen einem auf die Parkinsonbehandlung spezialisierten Klinikum und niedergelassenen Neurologen auszeichnet, und eine telemedizinische Behandlung von Parkinsonpatienten in deren häuslichen Umfeld ermöglicht.
- ▶ Ein Novum in der Parkinson-Behandlung stellt das 2009 etablierte „Düsseldorfer Parkinsonnetzwerk“ dar, das durch regelmäßige gemeinsame Spezialsprechstunden zwischen Klinikarzt und niedergelassenem Neurologen sowie durch kontinuierliche Fortbildungsveranstaltungen neue Kooperationsstrukturen aufzeigt.

Zur Person



Dr. Martin Südmeyer ist seit 2009 als Oberarzt an der Klinik für Neurologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf tätig. Er studierte von 1996 – 2002 Humanmedizin in Kiel, wo er 2003 promovierte. Während dieser Zeit erfolgten Studienaufenthalte in San Diego und San Francisco. Nach dem Studium absolvierte er die Facharztausbildung in Düsseldorf. Er ist Arbeitsgruppenleiter für den Bereich der klinischen Bildgebung und Versorgungsforschung bei neurodegenerativen Erkrankungen. Sein besonderes klinisches Interesse gilt der Behandlung von Patienten mit Bewegungsstörungen und der tiefen Hirnstimulation.

Interessenkonflikt



Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Oertel WH, Reichmann H. Parkinson-Syndrome: Diagnostik und Therapie. In: Diener HC (ed). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2008; 82–112
- 2 Bennett DA, Beckett LA, Murray AM et al. Prevalence of parkinsonian signs and associated mortality in a community population of older people. *N Eng J Med* 1996; 334: 71–76
- 3 Spottke AE. Healthcare utilization and economic impact of Parkinson's disease in Germany. *Mov Disord* 2002; 17: S142
- 4 Spottke AE, Reuter M, Machat O et al. Cost of illness and its predictors for Parkinson's disease in Germany. *Pharmacoeconomics* 2005; 23: 817–836
- 5 Findley LJ. The economic impact of Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders* 2007; 13: 8–12
- 6 Dodel RC, Singer M, Köhne-Volland R et al. Krankheitskosten der Parkinson-Erkrankung. *Nervenarzt* 1997; 68: 978–984
- 7 Martikainen KK, Luukkaala TH, Marttila RJ. Parkinson's disease and working capacity. *Mov Disord* 2006; 21: 2187–2191
- 8 Meara J, Bhowmick BK, Hobson P. Accuracy of diagnosis in patients with presumed Parkinson's disease. *Age and Ageing* 1999; 28: 99–102
- 9 Schrag A, Ben-Shlomo Y, Quinn N. How valid is the clinical diagnosis of Parkinson's disease in the community? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 529–534
- 10 Kostic V, Przedborski S, Flaster E et al. Early development of levodopa-induced dyskinesias and response fluctuations in young-onset Parkinson's disease. *Neurology* 1991; 41: 202–205
- 11 Parkinson Study Group CALM Cohort Investigators. Long-term effect of initiating pramipexole vs levodopa in early Parkinson disease. *Arch Neurol* 2009; 66: 563–570
- 12 Südmeyer M, Wojtecki L, Schnitzler A. Therapiestandards in der Behandlung des Morbus Parkinson. *Fortschr Neurol Psychiat* 2011; 79: 733–743
- 13 Larsen JP and the Norwegian Study Group of Parkinson's Disease in Elderly. Parkinson's disease as community health problem: study in Norwegian nursing homes. *BMJ* 1991; 303: 741–743
- 14 Meier U, Diener HC. Grundlagen und Modelle der integrierten Versorgung. In: Integrierte Versorgung in der Neurologie. Eds. Meier U, Diener HC Thieme Verlag; 2007; 1–7
- 15 Amelung V, Wolf S. Gesundheitssystem im Umbruch. *Urologe* 2011; 50: 1566–1572
- 16 Reuther P, Ehret R, Dodel R et al. Rahmenkonzept zur strukturierten/integrierten Versorgung von Patienten mit Parkinson-Syndromen. In: Integrierte Versorgung in der Neurologie (eds.). Meier U, Diener HC, Thieme Verlag; 2007; 50–63
- 17 Südmeyer M, Wojtecki L, Schnitzler A. Telemedizinische Therapieoptimierung bei Morbus Parkinson. *Nervenheilkunde* 2011; 30: 36–39
- 18 Schmitt E, Lachenmayer L, Rzesnietek A. Die videodokumentierte Behandlung des Morbus Parkinson. *NeuroGer* 2008; 5: 45–50
- 19 Marzinzik F, Wahl M, Klostermann F. Ambulante videounterstützte Parkinsontherapie. Positive Erfahrungen in der Berliner Charité. *Neurotransmitter* 2009; 9: 16–18
- 20 Südmeyer M. Klinisch-ambulante Kooperation bei Bewegungsstörungen – klarer Vorteil für die Patienten. *Neurotransmitter* 2011; 1: S34–S35

