

Telemedizinische Konsile in der Gerontopsychiatrie: Ein Pilotprojekt

A. Szecsey, H. J. Koch, H. E. Klein

Psychiatrische Universitätsklinik im Bezirksklinikum, Gerontopsychiatrie, Regensburg

Zusammenfassung

Ziel der Untersuchung war, den Nutzen von Photo- und Videodokumentation sowie Videokonferenzen mit stationären und ambulanten Patienten in der Psychiatrie zu dokumentieren. Zwischen 1999 und 2002 wurden die telemedizinischen Konsile von 80 Patienten (Alter im Mittel 75 Jahre) ausgewertet. Diagnostisch handelte es sich überwiegend um Depressionen, dementielle Erkrankungen, Schizophrenien und Alkohol-/Benzodiazepin-/Schmerzmittelabusus. Die Patienten wurden im telemedizinischen Konsil in Zusammenarbeit mit dem vor Ort behandelnden Arzt oder dem Pflegepersonal im Altenheim untersucht. Dabei wurde ein ausführlicher psychopathologischer Befund erhoben. Die telemedizinischen Untersuchungen wurden sowohl vom Patienten selbst als auch von den Betreuungspersonen akzeptiert. Ablehnung auch nach genauer Erklärung der Abläufe der telepsychiatrischen Videokonferenz zeigte sich bei ca. 10% der erkrankten Heimbewohner. Die Behandlungsstrategie wurde direkt im Anschluss an die psychiatrische Untersuchung in einem kurzen interdisziplinären Gespräch häufig noch in Anwesenheit des Patienten gemeinsam festgelegt, so dass dieser sich noch zur Behandlungsakzeptanz bzw. zu Fragen/Ablehnung einer geplanten Behandlung äußern konnte. In einem zusätzlichen Chatfenster (»Whiteboard«) können Erklärungen, Abbildungen und Vorschläge zur Medikamentenverordnung zur Veranschaulichung und fehlerreduzierten Informationsübermittlung schriftlich dargestellt werden. Zusammenfassend erwies sich die Verzahnung von lokaler medizinischer mit telepsychiatrischer Kompetenz als effektiv und kostengünstig und erlaubte die gemeinsame allgemeinmedizinische und fachärztliche Behandlung psychisch erkrankter geriatrischer Patienten. Aufgrund der guten praktischen Anwendbarkeit, des schnellen und reibungslosen Informationsflusses sowie der guten Dokumentation der Untersuchung sehen wir für telemedizinische Konsiliaruntersuchungen ein großes Potential nicht nur in der Gerontopsychiatrie.

Schlüsselwörter: Telemedizin, Gerontopsychiatrische Konsile, Videokonferenzen

Telepsychiatric Consultations by Videoconference

A. Szecsey, H. J. Koch, H. E. Klein

Abstract

The use of photo-/videodocumentation and videoconferencing within our inpatient and outpatient clinic was the objective of the study. Psychogeriatric consultations of 80 patients between 1999 and 2002 were evaluated (mean age: 75 years). The most frequent telepsychiatric diagnoses were depression, dementia, schizophrenia and substance abuse. The patients were examined by means of videoconferencing in cooperation with a colleague or caregivers in the corresponding institution for aged people. Generally, the procedure was well accepted both by the caregivers and the patients. In conclusion, the cost-effective consultations are suitable measures to particularly support GPs and will gain more importance in the future. Further advantages are the practicability, rapid communication and the exact documentation of the examination.

Key words: telemedicine, psychogeriatric consultation, videoconferencing

© Hippocampus Verlag 2004

Einleitung

In den letzten 10 Jahren haben telemedizinische Verfahren in vielen medizinischen Feldern, z. B. zur Unterstützung bei komplexen chirurgischen Eingriffen oder zum Monitoring schwer kranker Patienten, einen festen Platz eingenommen.

Verbesserte technische Ausstattungen erlauben es mittlerweile, auch gerontopsychiatrische Patienten detailliert zu explorieren und in Zusammenarbeit mit Kollegen vor Ort zu untersuchen [2]. Tang et al. [5] berichten über die telemedizinische Mitversorgung von 45 Heimbewohnern über 11 Monate im Großraum Hong Kong, wobei insgesamt 149

geriatriische Assessments durchgeführt wurden. Sowohl die Patienten selbst als auch das Personal profitierten von telemedizinischer Beratung. Wir [4] konnten erste positive Auswertungen unserer Videokonsultationen mit einem 48 km entfernten Altenheim darstellen, die eine Akzeptanz dieses Mediums bestätigten und zu einer fachlich erheblich verbesserten Versorgung der Heimbewohner führten. Als Nebeneffekt profitierten Mitarbeiter des Heims und die Hausärzte von den Videobegegnungen. Die schnelle Möglichkeit der Kommunikation und umgehende fachliche Beratung bieten gerade in ländlichen Gebieten Vorteile und senken sowohl Transportkosten als auch die Belastung für schwerkranke oder geriatriische Patienten [3]. *Kennedy* und *Yellowlees* wiesen nach, dass telepsychiatrische Untersuchungen in einer ländlichen Region, Queensland, einer Exploration vor Ort ebenbürtig sind. Voraussetzung für eine erfolgreiche telepsychiatrische Tätigkeit sind u. a. eine adäquate technische und finanzielle Ausstattung, die Sicherung der Patientendaten und ethisch-rechtliche Guidelines für telepsychiatrische Konsultationen [1]. Telemedizin kann und will nicht die direkte persönliche Fürsorge für den Patienten ersetzen, und sie muss ggf. notwendige stationäre Behandlung in die Wege leiten. An der Universitätsklinik Regensburg wurden in den letzten Jahren mehrere telemedizinische Projekte in die praktische Routine integriert, davon am Bezirksklinikum das Telemedizinische Pilotprojekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-Ost-Bayern (TEMPIS) und der telegerontopsychiatrische Konsiliardienst der Psychiatrischen Universitätsklinik. Die vorliegende Arbeit gibt eine Übersicht über die Erfahrungen mit telemedizinisch-gerontopsychiatrischen Konsilen zwischen 1999 und 2002.

Methodik

Eine Videokonferenz, realisiert über eine PC-Videokarte »Intel pro share« und einen ISDN-Anschluss der Deutschen Telekom (2 Kanäle= 128 kb/s) zwischen unserer Klinik und dem Seniorenheim Weidlich in Parsberg (ca. 48 km Entfernung), wurde zur Durchführung einer ausführlichen psychiatrischen/nervenärztlichen Untersuchung psychisch erkrankter Heimbewohner genutzt. Neben psychopathologischen Befundkriterien, gelegentlich auch mit Testung der Kognition (MMS, Uhrentest, DWR-delayed word recall) wurden motorische Auffälligkeiten (Sprechweise, Mimik, Gang- und Feinmotorik) registriert, mit Zustimmung der Patienten oder deren Betreuer auch als Videosequenz gespeichert.

Die telemedizinischen Konsile wurden mit folgenden Kriterien auf einer Excel-Datei dokumentiert: Alter, Geschlecht, Diagnose und Zahl der Kontakte und Ablehnungen. Die telemedizinischen Daten wurden anonymisiert und deskriptiv (Häufigkeiten) ausgewertet, und univariate oder bivariate bzw. kategorisierte Histogramme dargestellt. Zusammenhänge zwischen Variablen wurden mit dem Chi²-Test für nominale Daten explorativ untersucht. Alle Berechnungen wurden mit Statistica (Version 5.0, Statsoft, Tulsa, USA) durchgeführt.

Ergebnisse

Das mittlere Alter der Patienten betrug 75,8 (SD: 10,5, Spannweite: 47–94) Jahre (Abb. 1). 58 Frauen und 22 Männer wurden zwischen 1999 und 2002 untersucht. Davon konnten die Daten von 45 Frauen und 15 Männer ausgewertet werden. Die telemedizinischen Konsultationen wurden nach Aufklärung des Patienten durch den Betreuer, Sozialtherapeuten, Pflegepersonal bzw. Arzt vor Ort vom Patienten gut angenommen. In 6 Fällen wurde eine telemedizinische Konsultation zuvor abgelehnt (paranoid gefärbte Ängste oder Entwertung: »mit dem Blechkasten rede ich nicht«). Bei 13 Patienten wurde die ursprüngliche Diagnose variiert bzw. geändert. Die häufigsten dokumentierten Diagnosen waren depressive, dementielle und schizophrene Störungen sowie Alkohol-/Benzodiazepin-/Schmerzmittelabusus. Die Hauptkategorien nach ICD 10 sind in der Abb. 2 als Histogramm dargestellt. Zirka 70% der Patienten kamen mit ein oder zwei Kontakten aus, um eine wirksame Behandlung einzuleiten (Abb. 3).

Der Zeitaufwand für ein Konsil war sehr unterschiedlich. Bei Erstkontakten 40 bis 100 Minuten, bei Wiedervorstellung 30 bis 60 Minuten.

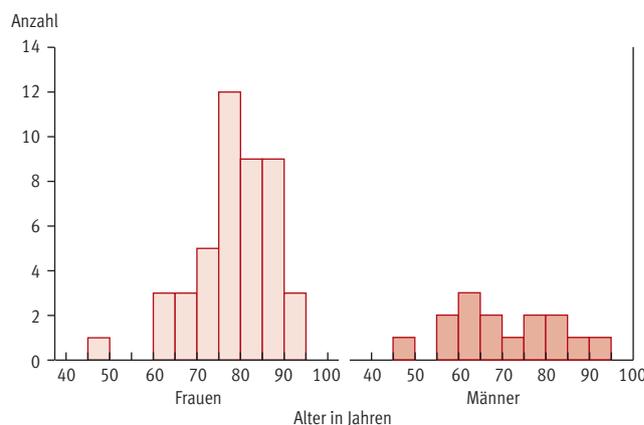


Abb. 1: Altersverteilung nach Geschlecht kategorisiert

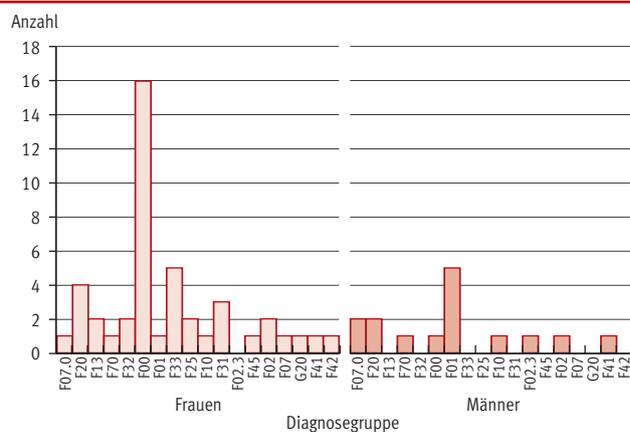


Abb. 2: Verteilung der Diagnosehauptgruppen (ICD 10) nach Geschlecht kategorisiert (F00: DAT / Mischdemenz, F01 vaskuläre Demenz, F33: rezidivierende depressive Störung, F20: schizophrene Störung)

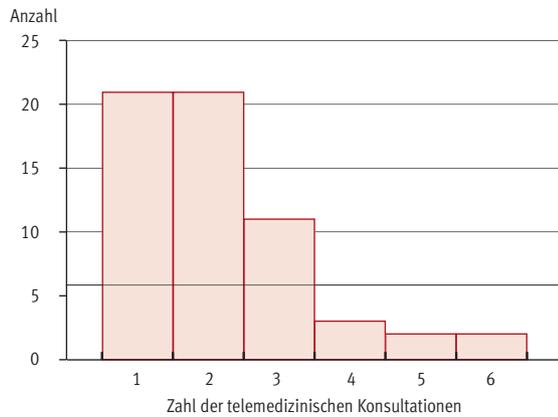


Abb. 3: Anzahl der telemedizinischen Konsultationen

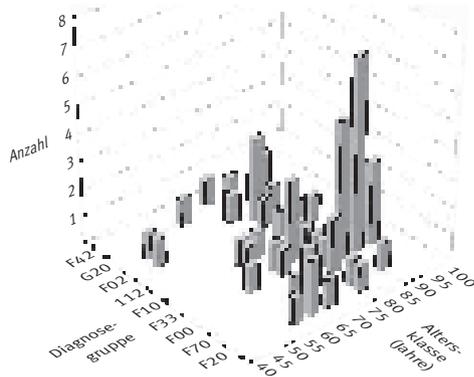


Abb. 4: Bivariate Verteilung (Alter versus Diagnose) zeigt die deutliche Zunahme dementieller Syndrome mit steigendem Alter ($p < 0.05$)

Telepsychiatrische Untersuchungen führten zu einer Abnahme der Klinikeinweisungen von 10 auf 6 Patienten (4 waren schon zuvor in stationärer Therapie gewesen) – fast eine Halbierung, was jedoch wegen der niedrigen Anzahl als vorläufiges Resultat betrachtet werden sollte und letztlich auch von der Zusammenarbeit und Belastbarkeit aller an Videokonsultationen Beteiligten abhängig sein dürfte. Die bivariate Verteilung der Variablen Alter und Diagnose (Abb. 4) zeigt den erwarteten deutlichen Zusammenhang einer Zunahme dementieller Erkrankung bei den über 80jährigen. Die vergleichsweise hohe Anzahl der Zweitkontakte bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung ($n=8$) sowie der deutliche Peak der Zweitkontakte bei den etwa 80jährigen spiegelt die univariate Verteilung und die klinische Relevanz beginnender Symptome wieder. Signifikante Zusammenhänge zwischen den Variablenpaaren Alter/Zahl der Kontakte und Diagnose/Alter wurden nicht berechnet.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die telemedizinischen Konsiliaruntersuchungen wurden von den behandelnden Ärzten vor Ort und dem Personal sehr gut angenommen. Die Exploration und neuropsychologische Untersuchung der Patienten erwies sich als problemlos, wobei die Zusammenarbeit mit den Kollegen vor Ort einen

großen Vorteil bedeutet. Entsprechend der demographischen Entwicklung nahmen vorwiegend Frauen im Alter zwischen 70 und 80 telemedizinische Konsile in Anspruch, wobei Depression, Schizophrenien und, mit dem Alter zunehmend, Demenzpatienten untersucht wurden. In etwa 20% der Fälle wurde die ursprüngliche Diagnose im Zweitkontakt variiert oder revidiert und die Therapie angepasst. In über 20 Fällen wurde um wiederholte gerontopsychiatrische Konsultationen gebeten, was die vertrauensvolle kollegiale Atmosphäre unterstreicht. Seitens der Kollegen vor Ort wurde als positiv die zügige Bearbeitung von Konsilaufträgen aufgenommen (dringliche Konsile am gleichen Tag bzw. sofort möglich). Darüber hinaus waren zum Informationsaustausch und für Rückfragen telefonische Kontakte – oft parallel zur Videokonferenz, Fax und E-mail Verkehr – möglich. Die Optimierung der technischen Voraussetzungen wird es in Zukunft erlauben, testpsychologische Elemente, Bewegungsanalysen und sogar eine Prüfung der Okulo- und Pupillomotorik in die Konsultation zu integrieren. Die telepsychiatrischen Konsile haben dazu beigetragen, den Patienten in seiner gewohnten Umgebung und seinem sozialen Umfeld zu belassen und die Risiken zunehmender Desorientierung und emotionaler Belastung durch einen Orts- und Pflegepersonenwechsel zu reduzieren. Die Notwendigkeit stationärer Aufnahmen bzw. Wiederaufnahmen der erkrankten Heimbewohner in eine psychiatrische Klinik nahm unter telepsychiatrischer Beratung der Patienten, ihrer Hausärzte und ihres Pflegepersonals ab. Der wesentlich persönlichere Videokontakt intensivierte gegenüber dem reinen Telefonkontakt die interdisziplinäre Zusammenarbeit erheblich, wobei zahlreiche Videokonferenzen Fortbildungscharakter annahmen.

Literatur

1. Goins RT, Katigile U, Dudley KC: Telemedicine, rural elderly, and policy issues. *J Aging Soc Policy*; 2001; 13: 53-71
2. Jones BN, Ruskin PE: Telemedicine and geriatric psychiatry: directions for future research and policy. *J Geriatr Psychiatr Neurol* 2001; 14: 69-62
3. Kennedy C, Yellowlees P: The effectiveness of telepsychiatry measured using the Health of the Nation Outcome Scale and the Mental Health Inventory. *J Telemed Telecare* 2003; 9: 12-16
4. Szecsey A, Koch HJ: Telemedicine in Gerontopsychiatry. 7th Int Conf on the Med Aspects of Telemedicine (ICT2002) – Integration of Health Telematics into Med Pract, Regensburg, Sept 2002, *European J Medical Science* 2002; 7 (Suppl I): 84
5. Tang WK, Chiu H, Woo J et al.: Telepsychiatry in psychogeriatric service: a pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 88-93

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dr. rer. nat. Horst J. Koch MFPM DCPSA
 Facharzt für Klinische Pharmakologie/Psychiatrie und Psychotherapie –
 Klinische Geriatrie
 Neurologische Universitätsklinik im Bezirksklinikum
 Universitätsstraße 84
 93053 Regensburg
 E-Mail: horst.koch@medbo.de