



„Flächendeckendes Telemonitoring bei Herzinsuffizienz“

Der G-BA hat am 15. Dezember 2020 entschieden, dass Patient:innen mit Herzinsuffizienz auch in der Regelversorgung telemedizinisch betreut werden können. Dementsprechend hat der Erweiterte Bewertungsausschuss den EBM geändert und entsprechende Gebührenordnungspositionen beschlossen. Damit kann Telemonitoring für Patienten mit Herzinsuffizienz von niedergelassenen Ärzten verordnet werden. Telemedizinzentren können von niedergelassenen Kardiologen mit einer KV-Zulassung für die Schrittmacherabfrage betrieben und mit der KV abgerechnet werden. Die KBV hat mit dem GKV-Spitzenverband als Anlage 3 des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) eine Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz („QS-V TmHi“) beschlossen. Was das für die Anwendung des Telemonitorings in der Fläche bedeutet, darüber hat „Monitor Versorgungsforschung“ mit Prof. Dr. Martin W. Bergmann vom Cardiologicum Hamburg, einer Unternehmenstochter der Sanecum Gruppe, gesprochen.

Interview mit Prof. Dr. Martin W. Bergmann vom Cardiologicum Hamburg.

>> Warum ist Telemonitoring bei Herzinsuffizienz sinnvoll?

Herzinsuffizienz ist der häufigste Aufnahmegrund in Krankenhäusern und zwar nicht als elektive Zuweisung, sondern über den sehr aufwendigen Bereich der Notaufnahme. Rund fünf Prozent der Patienten in einer KH-Notaufnahme erhalten die Diagnose Herzinsuffizienz. Telemedizin ist genau an dieser Stelle ein großer Fortschritt, weil sie es uns erlaubt, gefährdete Patient:innen rechtzeitig zu identifizieren und frühzeitig einer adäquaten Behandlung – ambulant oder stationär – zuzuführen. Wenn uns das gelingt, verhindern wir die seit vielen Jahren ineffektive Aufnahme von Herzinsuffizienz-Patient:innen über die Notaufnahme. Deswegen führt der G-BA-Beschluss zu einer Win-win-Situation für beide Seiten. Umso mehr gilt das, wenn man sich die Auswirkungen der Demografie vor Augen hält, denn mit der älter werdenden Bevölkerung nimmt die Prävalenz der Herzinsuffizienz zu.

Wie schnell wird sich diese neue Versorgungsmöglichkeit in der Praxis auf breiter Basis etablieren?

Der Beschluss des G-BA vom 15. Dezember 2021 war – wenn man so will – das Ankündigungssignal und die nun aktuell veröffentlichte Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz der eigentliche Startschuss. Entsprechende Angebote werden sich schon in den nächsten ein bis zwei Jahren konsolidieren und dazu führen, dass geeignete Patient:innen diese Angebote bekommen. Es wird sich vor allen Dingen zeigen, wer

die entsprechenden Ressourcen tatsächlich bereitstellen kann.

Wer kann, wer nicht?

Der G-BA hat klar festgelegt, dass die Indikation für eine telemedizinische Betreuung nur vom sogenannten primär behandelnden Arzt zu

stellen ist. Damit muss ein Arzt mit KV-Zulassung diese Anwendung ähnlich wie ein Medikament verschreiben und – falls er selbst kein Kardiologe ist – die Patient:in an ein telemedizinisches Zentrum – ein sogenanntes TMZ – überweisen. Das TMZ wiederum wird von niedergelassenen Kardiologen betrieben, die in der Lage sind, ein Telemonitoring-System so vorzuhalten, wie es in der zwischen KBV und Spitzenverband Bund vereinbarten Qualitätssicherungsvereinbarung festgelegt wurde. Damit übernehmen wir als Kardiologen eine wichtige Rolle im Betreuungssystem, weil wir sehr niederschwellig ambulante Termine anbieten können, von denen Patient:innen mit Herzinsuffizienz profitieren werden. Erfreulicherweise haben sich die Therapiemöglichkeiten für diese Patienten im Bereich Medikamente, Schrittmacher und kathetergestützte Eingriffe in den letzten Jahren massiv erweitert. Die neuen Leitlinien

der Herzinsuffizienztherapie, die im letzten Herbst auf europäischer Ebene neu veröffentlicht wurden und die jetzt über die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie in deutscher Übersetzung vorliegt, spiegelt diese Entwicklung wider.

Das heißt?

Da wir nun neue, wirksamere Medikamente zur Verfügung haben, können wir nicht nur ein Überwachungsangebot, sondern ein therapeutisches Angebot formulieren, das dazu führen wird, dass wir die Patient:innen viel besser als bisher stabilisieren können. Das sehen wir jetzt schon. Wir können mit den aktuell zur Verfügung stehenden Möglichkeiten diesen Patient:innen sehr viel mehr Lebensqualität gönnen und gerade im Alter die Selbstständigkeit erhalten. Hier sehe ich eine zentrale Aufgabe, die wir als niedergelassene Kardiologen zu erfüllen haben.

Was braucht es, damit sich die neue Versorgung in der Praxis etablieren kann?

Derzeit sind viele Kolleg:innen dabei, sich mit dem Thema zu beschäftigen. Vielfach gilt es, ein gemeinsames Angebot auch mit den lokalen Kliniken zu formulieren. Es ist aktuell unklar, wie viele telemedizinische Zentren sinnvoll sind. Wir gehen davon aus, dass pro Zentrum mindestens 300 Patienten betreut werden sollten, um eine effektive Struktur zu gewährleisten. Wir sind hier in Hamburg vonseiten des Cardiologicum im März gestartet, da wir auf eine etablierte Struktur auch mit gut ausgebildeten nicht-ärztlichen Mitarbeitern zurückgreifen können.

Was sind die Grundvoraussetzungen?

Es muss vor allen Dingen sichergestellt sein, dass die technischen Voraussetzungen erfüllt werden: hierzu gehört die störungsfreie tägliche Übertragung von Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz und persönlichem Befinden. Alternativ geht es um die Übertragung der Funktion von modernen Schrittmacheraggregaten. Eingehende Alarmer dieser Messungen müssen täglich bearbeitet werden, hier gibt es verschiedene Möglichkeiten. Eine probate Lösung ist es, eine Art Vorfilterung durch nicht-ärztliches Personal einzubauen. Dies kann jede Praxis selbst aufbauen oder sich entsprechender Provider und Servicegesellschaften bedienen. Wir nutzen hierzu die Leistungen der Health Care Systems GmbH (HCSG) aus Pullach bei München. Letztere Lösung erlaubt es uns Kardiologen, sich unserem Kernauftrag zu widmen: die kritischen Patient:innen bestmöglich medizinisch zu betreuen.

Wie bewerkstelligen Sie das werktägliche Telemonitoring im telemedizinischen Zentrum, insbesondere, wenn man an neue Prozesse wie Geräte Logistik, Datenübertragung und -auswertung denkt?

Durch die Qualitätssicherungsvereinbarung Telemedizin bei Herzinsuffizienz ist der Rahmen klar gesetzt. Jeder Kardiologe, der dieses System bedienen und anwenden will, muss sich Gedanken darüber machen, wie der damit einhergehende zusätzliche Aufwand, den die Anbindung dieses Patienten-klientels mit sich bringt, gewährleistet werden kann. Den Aufwand sollte man nicht unterschätzen, da durch den G-BA beispielsweise eine werktägliche Datensichtung vorgeschrieben ist, da dies in den dem Beschluss zu Grunde liegenden

„Wir als Kardiologen übernehmen eine wichtige Rolle im Betreuungssystem, weil wir sehr niederschwellig ambulante Termine anbieten können, von denen Patient:innen mit Herzinsuffizienz profitieren werden.“

monito- möglich“

Studien Voraussetzung war. Wir müssen nun versuchen, auch in der Routineversorgung möglichst nahe an die Studienbedingungen heranzukommen, unter denen der Benefit nachgewiesen werden konnte.

Kann das ein kardiologisches Zentrum wie Ihres ohne Hilfe?

Die Frage ist nicht, ob wir es könnten, sondern ob es sinnvoll wäre. Wir werden sicherlich keine technischen Dienstleister werden, um die Versorgung der Patient:innen mit entsprechenden Geräten wie etwa externen Überwachungsmonitoren oder der Sicherstellung der Übermittlung der internen Daten sicherzustellen. Das werden uns externe Dienstleister wie die HCSG abnehmen, die uns ihre technischen Systeme zur Verfügung stellen. Das müssen natürlich möglichst einfach zu bedienende und übersichtliche Plattformen sein, die bestmöglich abgesichert, zuverlässig verfügbar und möglichst einfach in unseren Praxisalltag zu etablieren sind. Wichtig ist, dass meine Mitarbeiter:innen und ich einen unmittelbaren Zugriff auf die Patientendaten haben, um so den Überblick zu haben, wann eine Patient:in einzubestellen oder vielleicht auch nur an den wohnortnäheren Hausarzt weiterzuvermitteln ist.

Beginnen Sie jetzt eigentlich bei Null?

Nein, das wäre fatal. Wir könnten sowohl auf etablierte interne Strukturen als auch auf einen sehr erfahrenen Dienstleister zurückgreifen, der das Telemonitoring im Rahmen von Selektivverträgen mit Krankenkassen seit Jahren praktiziert. Von diesem Wissen können wir nun profitieren.

Welche Aufgaben übernimmt der Arzt persönlich und welche Aufgaben können besser von einem Dienstleister erbracht werden?

Ich will zum Beispiel überhaupt nichts damit zu tun haben, wenn es bei unseren Patient:innen eine Fehlfunktion von Geräten gibt oder – warum auch immer – bei der Übermittlung von Daten ein Problem auftritt, weil irgendein Server oder irgendeine Datenübermittlung nicht verfügbar ist. Ich möchte aber sehr genau und sehr zeitnah wissen, wenn es einer meiner Patient:innen effektiv schlechter geht, was man über die täglich übermittelten Daten sehen kann. Diese Peaks gilt es herauszufiltern, was aber schon heute relativ gut möglich ist.

Zum Abschluss ein Blick in die Zukunft. Wo wird Ihrer Meinung nach das Thema Telemedizin im Jahre 2030 stehen?



Prof. Dr. Martin W. Bergmann

ist Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin im Cardiologicum Hamburg. Er verfügt über die Weiterbildung Herzinsuffizienz und Interventionelle Kardiologie. Sein Spezialgebiet sind kathetergestützte Therapien von Herzerkrankungen, hierzu gehört u.a. die Durchführung komplexer Koronar- und Klappeninterventionen, die Therapie der Herzschwäche einschließlich struktureller Herzerkrankungen mit optimierter Arzneimitteltherapie, interventioneller Korrektur von Klappenfehlern sowie Möglichkeiten der interventionellen Therapie bei diastolischer Herzinsuffizienz

„Telemedizin ist der Weg nach vorne, mit der wir die Versorgung unserer Patient:innen nicht nur nachhaltig verbessern, sondern auch Ressourcen schonen können, weil unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden werden können.“

So lange wird das gar nicht mehr dauern. Heute leben wir in der Kardiologie stark von Bilddaten wie Ultraschalluntersuchungen; zusätzlich stehen uns Biomarker der Herzinsuffizienz aus dem Blut zur Verfügung. Es wird sicherlich noch ein bisschen dauern, bis wir solche Daten auch per Videosprechstunde bekommen. Vielfach haben wir derzeit noch Patient:innen in der Praxis, die zwar eine bekannte Herzerkrankung haben aber im Grunde stabil sind und von ihrem Hausarzt gut betreut sind. Telemedizin hilft uns nun, unsere Ressourcen noch effektiver als bisher bei instabilen Patienten einzusetzen, die von den neuen Therapiemöglichkeiten profitieren können. Über eine bessere Vorfilterung der Patient:innen anhand der übermittelten Daten kann entschieden werden, ob wirklich ein persönlicher Termin nötig ist. Die frei werdenden Ressourcen wollen wir dazu nutzen, jederzeit eine frühzeitige Kontaktaufnahme bei neuen Beschwerden abzubilden. Das ist der Weg nach vorne, mit der wir die Versorgung unserer Patient:innen nicht nur nachhaltig verbessern, sondern auch Ressourcen schonen können, weil unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden werden können. Absolute Voraussetzung ist ein motivierter und mündiger Patient, der willens ist mitzuarbeiten. Dies können wir in enger Verbindung mit den betreuenden Hausärzt:innen häufig jedoch ganz gut einschätzen. <<

Herr Prof. Bergmann, danke für das Interview.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Bergmann, M., Stegmaier, P.: „Flächendeckendes Telemonitoring bei Herzinsuffizienz möglich“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/22), S. 28-30. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2402>