

Programmkurzbeschreibung

"Telemedizin fürs Herz"

Integrierte Versorgung bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

1.1. Allgemeine Information zum Programm:

Das integrierte Versorgungskonzept "Telemedizin fürs Herz" wendet sich an Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ab dem NYHA Stadium II.

Die **Gesamtlaufzeit des Programms beträgt 27 Monate** und unterteilt sich in drei Phasen.

- Die erste, **sechsmontatige Schulungsphase** macht den Patienten mit den Abläufen des Programms vertraut und schult ihn zu krankheitsspezifischen Themenkomplexen.
- Die sich daran anschließende **dreimonatige Stabilisierungsphase** fördert die Festigung der erlernten Verhaltensweisen sowie einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Krankheit.
- In der abschließenden, **achtzehnmonatigen Auffrischungsphase**, werden die gesundheitsfördernden Verhaltensweisen durch beständige Wiederholung langfristig in den Lebensgewohnheiten der betreuten Patienten verankert, damit die realisierten Erfolge auch nach dem Ausscheiden aus dem Programm erhalten bleiben.

Inhaltlich stellt das Programm eine Ergänzung und Erweiterung der bisherigen Betreuung durch den niedergelassenen Arzt dar. Das **Telemedizinische Monitoring Center (TMC)**

- überwacht mittels einer elektronischen Patientenakte sowohl die telemedizinisch übertragene als auch die konventionell gemessenen Werte der teilnehmenden Patienten,
- nimmt regelmäßig mit den Patienten Kontakt auf, beantwortet krankheitsspezifische Fragen und steht ihnen mit ausführlichen Schulungsunterlagen zur Seite,
- unterstützt die betreuenden Ärzte mit den auf den neuesten medizinischen Erkenntnissen basierenden Therapieempfehlungen,
- dient den Patienten auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten als kompetenter Ansprechpartner für den individuellen Krankheitsverlauf. Die Intensität der Betreuung hängt hierbei maßgeblich von dem Schweregrad der Erkrankung ab und wird im fortschreitenden Programmverlauf zunehmend gelockert.

1.2. Die Einschreibung in das Programm "Telemedizin fürs Herz"

Patienten, welche die Einschlusskriterien des Programms erfüllen, erhalten:

- eine **Teilnahmeerklärung**,
- einen **Befundbogen für die Eingangsuntersuchung** sowie
- einen **Flyer** mit Erläuterungen zu den Zielen und Inhalten des Programms.

Die Einschreibung erfolgt grundsätzlich durch den behandelnden Arzt, der vorab ebenfalls über die Programmkonzeption informiert wird. Bei Eignung des Patienten wird der von Arzt und Patient gemeinsam **ausgefüllte Befundbogen** zusammen mit der Teilnahmeerklärung des Patienten **an die Stiftung geschickt**. Das TMC nimmt nach Eingang aller Unterlagen telefonisch mit dem Patienten Kontakt auf und informiert ihn über alle weiteren Schritte. Der betreuende Arzt wird über die Aufnahme seines Patienten in das Programm schriftlich informiert. Die **extrabudgetäre** Vergütung für Einschreibung und programmbegleitende Betreuung des Patienten wird dem Arzt ohne Erfordernis einer Rechnungsstellung überwiesen.

1.3. Inhalte der drei Betreuungsphasen

Phase 1: Schulungsphase (6 Monate)

Diese Phase dient v.a. dazu, die Patienten mit den grundlegenden Strukturen und Abläufen des Programms vertraut zu machen. Das TMC verschafft sich einen möglichst umfassenden Eindruck von der individuellen Krankheitssituation des Patienten um hierdurch die Grundlage für eine optimale Patientenbetreuung im Rahmen des Programms zu legen. Für jeden neu eingeschriebenen Patienten wird eine **elektronische Patientenakte (ePA)** auf Basis der bei der Eingangsuntersuchung dokumentierten Informationen angelegt. Diese Akte bildet ein Kernelement des Telemedizinprogramms. In ihr werden alle Befunde und Werte dokumentiert, bedrohliche Werteverläufe frühzeitig erkannt und Vorgänge protokolliert.

Patienten mit höhergradiger Herzinsuffizienz (ab NYHA III) werden in dieser Phase von der Stiftung zusätzlich mit speziellen, fernübertragungstauglichen Messgeräten (Waage und Blutdruckmessgerät) ausgestattet, mittels derer eine tägliche Messwertübertragung in das TMC erfolgt. Messwernerfassungen der Patienten mit einer Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II erfolgen nach individueller Maßgabe mit vorhandenen bzw. mit vom Patienten anzuschaffenden Messgeräten. Die erfassten Werte werden in die ePA übernommen und dienen unterstützend der individuellen Beratung und ggf. Intervention im Fall von sich abzeichnenden Zustandsverschlechterungen.

Das TMC fungiert für den Versicherten einerseits als **über die Krankheitssituation informierter Ansprechpartner**, der auch in Notfällen krankheitsbezogene Fragestellungen beantwortet. Andererseits liegt der Schwerpunkt der Betreuung durch das TMC in dieser Phase auf den Bereichen **Information, Schulung und Beratung**.

Den Patienten werden monatlich **schriftliche Schulungsunterlagen zugeschickt**, die im Rahmen der telefonischen Kontaktaufnahmen durch das TMC individuell nachbereitet und vertieft werden.

Parallel

- nimmt das medizinische Personal des TMC in **regelmäßigen Abständen** (zwei Mal monatlich) **telefonischen Kontakt** mit den teilnehmenden Patienten auf,
- **informiert** diesen über seine individuelle Situation,
- **ermutigt**,
- gibt zielweisende **Hinweise für eine weitere Verbesserung der Gesundheitssituation** und
- steht als **Ansprechpartner** für krankheitsbezogene Fragen zur Verfügung. Der Versicherte kann zu diesem Zweck das TMC **jeden Tag von 7h-20h** über folgende TK-Telefonnummer erreichen (Tel.-Nr. **01802 -85 56 00, 6 Cent pro Anruf** aus dem Festnetz). In der Zeit von 20h bis 7h wird diese Telefonnummer ins TK-Ärztzentrum geroutet.
- Je nach Schweregrad der Erkrankung sind darüber hinaus standardisierte Gespräche vorgesehen. Anhand der Ergebnisse dieser Gespräche wird die **Einteilung der Patienten** in die verschiedenen Erkrankungsstadien **überprüft** und wenn nötig angepasst.
- Am Ende dieser Phase erhalten sowohl die Patienten als auch die behandelnden Ärzte einen ausführlichen **Gesundheitsbericht**.

Phase 2: Stabilisierungsphase (3 Monate)

In dieser Phase ist der Patient bereits weitgehend mit den Abläufen und Inhalten des telemedizinischen Betreuungsprogramms vertraut und wird schrittweise zu **größerer Selbstständigkeit** geführt. Die telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten von Seiten des medizinischen Personals des TMC zum Zweck der Information des Patienten über die Entwicklung seines Gesundheitszustandes und zur Ermutigung der konsequenten Fortsetzung des veränderten Verhaltens findet auch in dieser Phase statt.

Die **Erfassung von Gewichts-, Blutdruck- und Pulswerten** wird in dieser Phase **eigenverantwortlich** von allen Patienten durchgeführt. Die in von der Stiftung zur Verfügung gestellten Tagebüchern dokumentierten Werte werden in regelmäßigen Abständen in die elektronische Patientenakte eingepflegt. Sie werden in enger Zusammenarbeit zwischen dem TMC und dem behandelnden Arzt kontrolliert und entsprechend ausgewertet, um Patient und Arzt in Form eines zweiten Gesundheitsberichts einen aggregierten Überblick über die erzielten Fortschritte geben zu können.

Phase 3: Auffrischungsphase (18 Monate)

In dieser Phase wird eine **langfristige Verankerung der erlernten Verhaltensweisen** und der Schulungsinhalte in die Alltagsabläufe der Patienten sowie eine **Stabilisierung** des verbesserten Gesundheitszustandes angestrebt. Grundsätzlich orientiert sich die Betreuung an den Abläufen der vorangegangenen Phase.

Das TMC

- nimmt in periodischen Abständen Kontakt mit dem Patienten auf und
- informiert sich über das Befinden,
- beantwortet krankheitsbezogene Fragen und
- gibt ermutigendes Feedback (z.B. in Form der Gesundheitsberichte).
- In regelmäßigen Abständen finden darüber hinaus **Auffrischungsschulungen** statt, um den Patienten die erlernten Inhalte erneut näher zu bringen und ein Abklingen des Betreuungserfolgs zu vermeiden.

Am Ende dieser dritten Phase wird zusätzlich für jeden Patient ein **Abschlußbericht** erstellt, der den Erfolg der Betreuung im Rahmen des Telemedizin-Programms darstellt.

1.4. Welche Vorteile ergeben sich für den Versicherten?

Die Teilnahme an dem integrierten Versorgungsprogramm "Telemedizin fürs Herz" bringt dem Versicherten folgende Vorteile:

- Individuelle, regelmäßige und intensive **Betreuung, Beratung und Schulung**.
- Optimale Abstimmung aller an der Behandlung Beteiligten (**Integrierte Versorgung**).
- **Vermeidung von** Notfallsituationen und **stationären Behandlungen** durch frühzeitiges Erkennen bedrohlicher Situationen.
- **Leitliniengerechte Therapie** in Absprache mit den behandelnden Ärzten des Versicherten.
- **Tägliche telefonische Erreichbarkeit** von medizinisch geschultem, mit der persönlichen Krankheitssituation vertrautem Fachpersonal.
- Ausbau der körperlichen Belastbarkeit, die eine Rückgewinnung verlorener Freiheiten durch **mehr Selbstständigkeit** erlaubt.
- Steigerung des **Wohlbefindens** und der **Lebensqualität**.
- Regelmäßige **Gesundheitsberichte** für alle Beteiligten, welche die Behandlungsfortschritte und Behandlungsmaßnahmen verständlich und transparent darstellen.

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Deutsche Stiftung für chronisch Kranke

Alexanderstraße 26
90762 Fürth
Telefon: (0911) 740 76-80
info@dsck.de
www.dsck.de