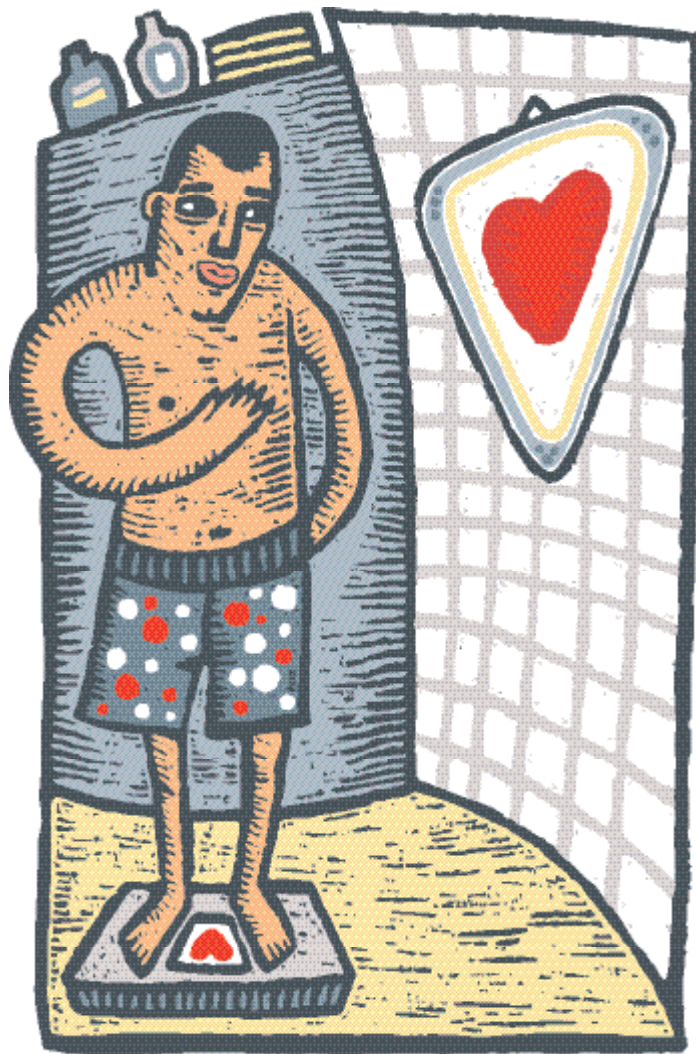


Hand aufs Herz

Herz- und Kreislauferkrankungen zählen zu den größten Kostentreibern im Gesundheitssystem. 35 Milliarden Euro müssen jedes Jahr aufgewendet werden. Telemedizinische Monitoring-Programme, die den Patienten aus der Ferne zu Hause überwachen, versprechen Kostenreduktionen um bis zu 50 Prozent. Vor allem aber können sie den Betroffenen ein Stück Lebensqualität wiedergeben.

Von Corinne Ludwig



Die chronische Herzinsuffizienz ist die gemeinsame Endstrecke aller Herzkrankheiten. Sie ist als solche nicht heilbar. Die Mortalitätsrate liegt ein Jahr nach der Diagnosenstellung bei Patienten der „NYHA-Stufe“ II (siehe Kasten Seite 21) zwischen drei und 25 Prozent, bei Patienten der NYHA-Stufe III zwischen zehn und 45 Prozent und bei Patienten der NYHA-Stufe IV bei 50 Prozent. Dennoch können Prävention und Früherkennung in Kombination mit der richtigen Behandlung die Lebensqualität und die Lebenserwartung des Patienten steigern. Immer häufiger werden telemedizinische Lösungen angeboten: Hochentwickelte Sensor- und Übertragungstechnik ermöglicht die Überwachung des Patienten aus der Ferne. Das ersetzt manchen Arztbesuch, hilft, Krisen rechtzeitig zu erkennen und zu managen, und vermeidet im Idealfall stationäre Auf-

enthalte. Vor allem aber senkt das telemedizinische Monitoring die Behandlungskosten.

Kostenreduktion um bis zu 50 Prozent möglich

35 Milliarden Euro muss das deutsche Gesundheitssystem jedes Jahr für Herz- und Kreislauferkrankungen aufwenden, die zu den größten Kostentreibern zählen. Laut einer Studie des Verbands der Elektrotechnik (VDE) könnten rund eine halbe Million Patienten mit Hilfe telemedizinischer Verfahren betreut werden, was die Behandlungskosten für bestimmte Erkrankungen um bis zu 50 Prozent reduzieren könnte. Prognosen wie diese lassen die Branche boomen: Ein Umsatzwachstum von durchschnittlich 42 Prozent pro

Jahr erwarten Analysten des Marktforschungs- und Beratungsunternehmens Frost & Sullivan für den europäischen Markt bis 2010. 71 Prozent davon sollen allein durch telekardiologische Verfahren erwirtschaftet werden. Längst haben sich große wie kleinere Firmen im ITK-Markt (Informations- und Telekommunikationstechnologie) darauf eingestellt und ihre Produkt- und Angebotspaletten entsprechend erweitert. Der VDE schätzt, dass mittlerweile bundesweit rund 30 000 Patienten an Tele-Monitoring-Projekten teilnehmen. Die flächendeckende Einführung solcher Programme, heißt es von Verbänden, Anbietern und Herstellern, scheiterte lange an der fehlenden Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Doch seit eine wachsende Zahl von Studien die

positiven Kosten-Nutzen-Effekte telemedizinischer Verfahren belegt, ziehen auch die Kassen mit.

Als eine der ersten dürfte die Techniker Krankenkasse (TK) die Vorteile der Telemedizin erkannt haben. Bereits 2004 gab es erste konzeptionelle Überlegungen zu einem telemedizinischen Versorgungsprojekt. Im Frühjahr 2005 wurde mit der Deutschen Stiftung für chronisch Herzkrankte ein Partner gefunden. Im Anschluss an eine Pilotstudie der TK wurde das Projekt im Oktober 2005 in den Routinebetrieb überführt. Seit diesem Zeitpunkt läuft es unter dem im GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 neu geschaffenen Paragraphen 140 zur Integrierten Versorgung und unterliegt einer konstanten Evaluierung und Weiterentwicklung. Potenzielle Teilnehmer sind Herzinsuffiziente der NYHA-Stufen II bis IV, wobei das Gros den Stufen II und III zuzuordnen ist.

Im Mittelpunkt steht die Selbstedukation

„Zurzeit sind es 400 unserer Versicherten, die an der telemedizinischen Versorgung teilnehmen“, sagt Dr. Jenny Mex, zuständige Projektleiterin der Techniker Krankenkasse: „Die Tendenz ist aber steigend, und die Rückmeldungen sind sehr viel versprechend.“ Auch wenn konkrete Zahlen erst Anfang nächsten Jahres vorliegen werden, zeigen schon frühere Studien, dass die Teilnehmer an solchen Projekten rund ein Drittel seltener den Facharzt aufsuchten und die Zahl der stationären Aufenthalte um 13 Prozent sank. „Bedenkt man, dass 70 Prozent der Ausgaben für Patienten mit Herzinsuffizienz direkt an Krankenhausaufenthalte gebunden sind, liegt hier ein erhebliches Einsparpotenzial“, sagt Mex. Doch nicht allein die finanziellen Vorteile zählten, menschlich wichtiger noch seien die Erleichterung und Verbesserung im Alltag des einzelnen Patienten. Manche Patienten erreichten sogar die Rückstufung von

NYHA II auf I oder sogar von III auf II.

Hauptanliegen des Programms ist eine schrittweise Selbstedukation. „Das heißt, der Patient wird dahingehend unterstützt und angeleitet, besser mit seiner Krankheit umgehen zu können“, sagt Reinhold Preißler, Kuratoriumsmitglied der Stiftung für chronisch Herzkrankte. „Er soll lernen, die Anzeichen einer Verschlechterung oder einer bevorstehenden Krise selbst zu erkennen, um entsprechend reagieren zu können.“

Der Einsatz der Technik ist minimal

In einer ersten Phase werden Patienten darum nicht nur telemedizinisch überwacht, sondern auch intensiv geschult, mit ihrer Erkrankung umzugehen. Der Einsatz der Technik ist, was den Patienten anbelangt, minimal. „Nicht alles, was machbar ist, ist sinnvoll“, sagt Preißler. „Bei Teilnehmern, die meist weit über 60 Jahre alt sind und damit nicht zur Generation der Computer- und Technikbegeisterten gehören, ist weniger mehr.“ Die Teilnehmer erhalten eine Waage, ein Blutdruckmessgerät sowie ein Bluetooth-fähiges Handy, welches bereits vorab eingestellt und nach einer begleiteten Testmessung einsatzfertig ist. Die Ergebnisse der regelmäßigen Messungen werden von nun an automatisch an das Telemedizinische Zentrum (TMC) in Bamberg übertragen. Hier sitzen entsprechend geschulte Krankenschwestern, Rettungssanitäter, Apotheker und Ärzte. Die eingehenden Daten werden analysiert und in einer elektronischen Patientenakte archiviert. Ausbleibende Werte sowie Werte, die von den individuell festgelegten Parametern des Patienten abweichen, lösen einen Alarm aus. In diesem Fall wird der Teilnehmer zunächst von einem Mitarbeiter des TMC angerufen und an Messung oder Medikamenteneinnahme erinnert oder gegebenenfalls aufgefordert, beim Arzt vorstellig zu werden.

Chronische Herzinsuffizienz (HI)

Chronische Herzinsuffizienz. Das bedeutet, das Herz kann seine Pumpfunktion nicht mehr ausreichend erfüllen. Der Motor des Blutkreislaufs gerät ins Stocken. Dadurch kommt es zu einer ungenügenden Durchblutung von Gehirn, Nieren und peripherem Muskelgewebe. Die Folgen sind Beschwerden bei körperlicher Belastung oder – je nach Fortgeschrittenheit der Krankheit – bereits im Ruhezustand. **Die New York Heart Association (NYHA) unterscheidet vier international anerkannte Schweregrade:**

Sind Patienten der **NYHA-Stufe I** noch weitestgehend beschwerdefrei, spüren Patienten der **Stufen II und III** bereits bei alltäglichen oder geringen Anstrengungen deutliche Symptome: Es kommt zu Wassereinlagerungen in Armen und Beinen und zu Atembeschwerden, als atmete ein gesunder Mensch gut fünf Minuten lang nur durch einen Strohhalm und versuchte dann, eine Treppe hinaufzugehen. Hinzu kommen Herzschmerzen und Herzrhythmusstörungen. Patienten der **NYHA-Stufe IV** leiden bereits im Ruhezustand.

Nach epidemiologischen Daten sind gut zwei Prozent der Bevölkerung von chronischer Herzinsuffizienz betroffen. Das entspricht rund 1,6 Millionen Bundesbürgern. Trotz verbesserter medizinischer Versorgung steigt die Prävalenz: Jedes Jahr erkranken 130 000 Menschen erstmals an dem Leiden. Liegt die Krankheitshäufigkeit in der Gruppe der 45- bis 50-Jährigen noch bei unter einem Prozent, sind es bereits zwei bis fünf Prozent unter den 65- bis 75-Jährigen. Unter den über 75-Jährigen sind es 15 Prozent.

Wichtigste Ursachen der HI

- Koronare Herzerkrankung (60–70 Prozent der HI-Patienten)
- Arterielle Hypertension (Risiko für HI um das 3-Fache erhöht)
- Diabetes (Risiko für HI um das 2- bis 5-Fache erhöht)
- Nicht ischämische, dilatative Kardiomyopathie (20 Prozent der Fälle von HI)
- Klappenfehler (Mitral- und Aorteninsuffizienz)
- Chagas-Krankheit (Zentral- und Südamerika)

Datum	Zielvereinbarungen
	Ziel: _____ Wie kann ich es erreichen? _____ Bis wann? _____ Ergebnis _____
	Ziel: _____ Wie kann ich es erreichen? _____ Bis wann? _____ Ergebnis _____
	Ziel: _____ Wie kann ich es erreichen? _____ Bis wann? _____ Ergebnis _____

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Datum							
Gewicht							
Blutdruck							
Puls							
Trinkmenge							

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Datum							
Gewicht							
Blutdruck							
Puls							
Trinkmenge							

Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Datum							
Gewicht							
Blutdruck							
Puls							
Trinkmenge							

Aufgetretene Symptome (Husten, Luftnot, Schwellungen etc.)	
Wann	Was

In der zweiten Phase des Programms ist der Patient selbst für die Erfassung seiner Werte verantwortlich.

Der Patient ist schrittweise selbst verantwortlich

Unabhängig von den eintreffenden Werten werden sämtliche Teilnehmer in der ersten Phase in regelmäßigen Abständen angerufen, fortlaufend geschult und informiert. Selbstverständlich kann der Patient auch von sich aus jederzeit im TMC anrufen und sich mit seinen Fragen oder Bedenken an eine Schwester oder einen Arzt wenden.

Diese Betreuung setzt sich auch in der zweiten, dreimonatigen Phase des Programms fort, wenngleich der Patient von diesem Zeitpunkt an nicht mehr telemedizinisch überwacht wird. Er ist nun selbst für die regelmäßige Kontrolle seiner Werte verantwortlich und trägt diese in ein spezielles Tagebuch ein. Es ist der erste Schritt zurück in die Selbstständigkeit, bei dem er durch Nachschulung und Auffrischung von Seiten seiner Betreuer im TMC unterstützt wird.

In der abschließenden dritten Phase nabelt das TMC seinen Patienten über 18 Monate hinweg ab. Die Frequenz der Anrufe und Schulungen wird immer weiter reduziert, bis der Teilnehmer schließlich wieder in die Selbstständigkeit entlassen wird.

„Die Resonanz von Seiten der Patienten wie auch der Ärzte ist durchweg positiv“, sagt Preißler. „Die Patienten gewinnen ein Sicherheitsgefühl, mit ihrer Situation in ihrem häuslichen Umfeld klarzukommen, und die teilnehmenden Ärzte wissen den medizinischen Nutzen und die Zeitersparnis zu schätzen.“ Dass die Teilnahmebereitschaft des behandelnden Arztes eine Grundvoraussetzung ist und dass nur er seinen Patienten in das Programm einschreiben kann, ist sowohl Preißler als auch der Projektbeauftragten der Techniker Krankenkasse wichtig. „Selbstverständlich verbleibt die Behandlungshoheit in den Händen des behandelnden Arztes. Ihn zu unterstützen, war

Im Gegensatz zu akuten Herzkrankheiten treten Verschlechterungen bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz nicht plötzlich auf. Eine Krise deutet sich meist über einen Zeitraum von zwei bis drei Tagen an. Durch die reduzierte Pumpfähigkeit des Herzens kommt es zu verstärkten Wassereinlagerungen, was sich wiederum in klar erkennbaren Gewichtszunahmen (mehr als zwei Kilo innerhalb von ein bis drei Tagen) und verstärkten Atembeschwerden äußert. Ist der Patient in der Lage, diese Anzeichen zu erkennen, ist ein Gegensteuern oder zumindest ein frühes Eingreifen möglich. Über sechs Monate hinweg werden die Teilnehmer des Programms darum angeleitet, nicht nur regelmäßig zu messen, sondern auch darauf zu achten, ob eine plötzliche Gewichtszunahme von der Geburts-

tagstorte am Vortag herrührt oder Anzeichen einer Krise ist. „Das Programm kann natürlich nicht kontrollieren, ob ein Teilnehmer mogelt und sich etwa nur mit einem Bein auf die Waage stellt“, sagt Preißler, „aber von absichtlicher Manipulation einmal abgesehen, ist es ein sicheres und risikofreies Verfahren.“ So werden in dieser ersten Phase auch Medikationseinstellungen kontrolliert und überwacht.

Eine parallel zum Programm durchgeführte Studie kam zu dem alarmierenden Ergebnis, dass nur acht Prozent der Teilnehmer zu Beginn des Programms leitliniengerecht mit allen indizierten Substanzen medikamentiert worden waren, von denen wiederum 25 Prozent auf unzureichende Dosierungen eingestellt waren.

von Anfang an ein Kernpunkt“, sagt Mex und beschreibt das Programm als Ergänzung zur ärztlichen Versorgung, nicht als Parallelstruktur. „Wir haben kein Interesse an einer Entfremdung des Patienten von seinem Arzt, denn nach Beendigung des Programms sind es wieder diese beiden, die die Krankheit gemeinsam managen müssen.“

Der behandelnde Arzt wird nicht ersetzt

So erhält der behandelnde Arzt regelmäßig Gesundheitsberichte über seinen Patienten und kann dessen Daten jederzeit online einsehen, ohne dass er die Routinewerte selbst ermitteln oder kontrollieren muss. Auch die Schulung und Information seines Patienten zu gesundheitsbewusstem und -förderndem Verhalten wird ihm abgenommen. Die TK zahlt für jeden eingeschriebenen Patienten eine Pauschale, die der Arzt als extrabudgetäre Vergütung erhält. Die Patientenbetreuung durch das TMC sowie den Versand der Schulungsunterlagen und die Schulungen selbst organisiert die in diesem Rahmen als Managementgesellschaft tätige Deutsche Stiftung für chronisch Herzranke. Sie

ist auch allein für die elektronische Archivierung der Patientendaten zuständig, auf welche die Krankenkasse keinen Zugriff hat.

Bundesweit läuft inzwischen eine Reihe ähnlicher Projekte. So begann die BKK Taunus gemeinsam mit PHTS (Personal HealthCare Telemedicine Services) bereits im Januar 2005 mit einem ersten telemedizinischen Versorgungsprojekt, an dem heute rund 1 700 Patienten teilnehmen. Auch in der Region Braunschweig werden seit Anfang dieses Jahres durch einen IV-Vertrag der IKK Niedersachsen, ebenfalls in Zusammenarbeit mit PHTS, gut 70 Patienten mit chronischer Herzschwäche versorgt. Die AOK Berlin schloss im Herbst vergangenen Jahres einen Vertrag zur telemedizinisch gestützten integrierten Versorgung; Betreuungspartner ist hier die Gesellschaft für Patientenhilfe mbH in München. Die Barmer Ersatzkasse ist an einem Projekt der Berliner Charité und eines Industriekonsortiums zur Entwicklung eines telemedizinischen Frühwarnsystems für den häuslichen Gebrauch beteiligt.

Was das Versorgungsprogramm der Techniker Krankenkasse von all

diesen Projekten unterscheidet, ist vor allem das Ziel der Selbstedukation. Wichtig ist die Befristung der Unterstützung. Sie gibt dem Patienten eine klare und überschaubare Zielvorgabe, gepaart mit dem Wissen, dass er nach Ablauf der 27 Monate zwar selbstständig, aber nicht allein steht. Darüber hinaus zeichnet sich das Programm durch seinen Kooperationspartner aus, der eine gemeinnützige Stiftung ist und kein privates Wirtschaftsunternehmen. „Mit dieser Konstellation haben wir bisher sehr gute Erfahrungen gemacht“, sagt Mex, die das Projekt von Anfang an betreut hat. Dass seine Stiftung nicht zuletzt wegen ihrer Freigemeinnützigkeit ein gerngesehener Partner ist, weiß auch Kuratoriumsmitglied Preißler und ist sich sicher, dass diese Form der Zusammenarbeit zukunfts-trächtig ist. „Wo Wettbewerb ist“, sagt er, „entstehen Versorgungslücken. Langfristig sind es darum die gemeinnützigen Organisationen, die in der Verantwortung stehen, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.“ Das bedeutet auch, Innovationen zu fördern und in den Markt zu bringen, um Medizin kostengünstig und Nutzen bringend zu halten. ■

Rehasan will in Köln viele Praxen kaufen

Im Raum Köln sollen viele Medizinische Versorgungszentren (MVZ) entstehen – so plant es zumindest die Rehasan Gesundheitszentrum GmbH. In einem aktuellen Rundschreiben bietet der Konzern zahlreichen niedergelassenen Ärzten an, ihre Praxen „für einen überdurchschnittlich hohen Kaufpreis“ zu erwerben. Rehasan will nach eigenen Angaben bundesweit Medizinische Versorgungszentren entwickeln und betreiben. In Köln und Bonn läuft schon jeweils ein MVZ des Unternehmens. Jetzt sollen neue hinzukommen. Für den Standort Köln will die GmbH gezielt Praxen von Orthopäden, Gynäkologen, Neurologen, Psychotherapeuten und Kinderärzten aufkaufen. Auch die Fachrichtungen Urologie, HNO, Augenheilkunde und Dermatologie seien von Interesse, heißt es in dem Schreiben. Weiter betont das Unternehmen,

man werde bestehende Anstellungsverhältnisse fortsetzen und wolle sich auch um die Übernahme des bisherigen Patientenstammes bemühen.

Im Hinblick auf einen wahrscheinlichen Wegfall der Bedarfsplanung im Jahr 2011 könne man einen Kaufpreis bieten, der den derzeit marktüblichen deutlich übersteige. Die angeschriebenen Ärzte, heißt es weiter, werde man in den nächsten Wochen telefonisch kontaktieren, „um Ihr Interesse zu erfragen“. Die Rehasan-Geschäftsleitung geht davon aus, dass Einzelpraxen und kleinere Gemeinschaftspraxen zunehmend zugunsten größerer Einheiten aus dem Markt der Leistungserbringer ausscheiden. Die weitere Liberalisierung des Niederlassungsrechts werde dazu beitragen, dass Deregulierung und Wettbewerb im Markt der ambulanten Medizin weiter zunehmen würden. tog