

# Statement und Diskussion aus der Perspektive der Leistungserbringer

Prof. Dr. med. Friedrich Köhler  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

17. Juni 2014



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für  
Regionale Entwicklung

# Chronische Herzinsuffizienz – eine demographische Herausforderung

## Epidemiologie

- **Prävalenz ca. 1,2 Mio. Patienten** (jeder 10. Bundesbürger über 65 Jahre)
- Ca. 200.000 Neuerkrankungen pro Jahr
- Mortalität im Stadium NYHA II/III ca. 9 %/a

## Morbidität

- **Häufigste Ursache für Hospitalisierungen (ca. 375.000/a)**
- **Nichtkardiovaskuläre Komorbidität** (Niereninsuffizienz; COPD; Depression)
- **200.000 Patienten mit 375.000 HI-Hospitalisierungen**

## Kosten

- **Therapiekosten – 3 Mrd. EUR/a**
- Ca. 85 % der Kosten für stationäre Aufenthalte

# Evidenz für Telemonitoring für herzinsuffiziente Patienten

**Für welche Patienten?**

**Wie lange?**

**Wie ist Telemedizin zu organisieren?**

# Identifizierte Risikogruppe, die von Telemedizin profitiert



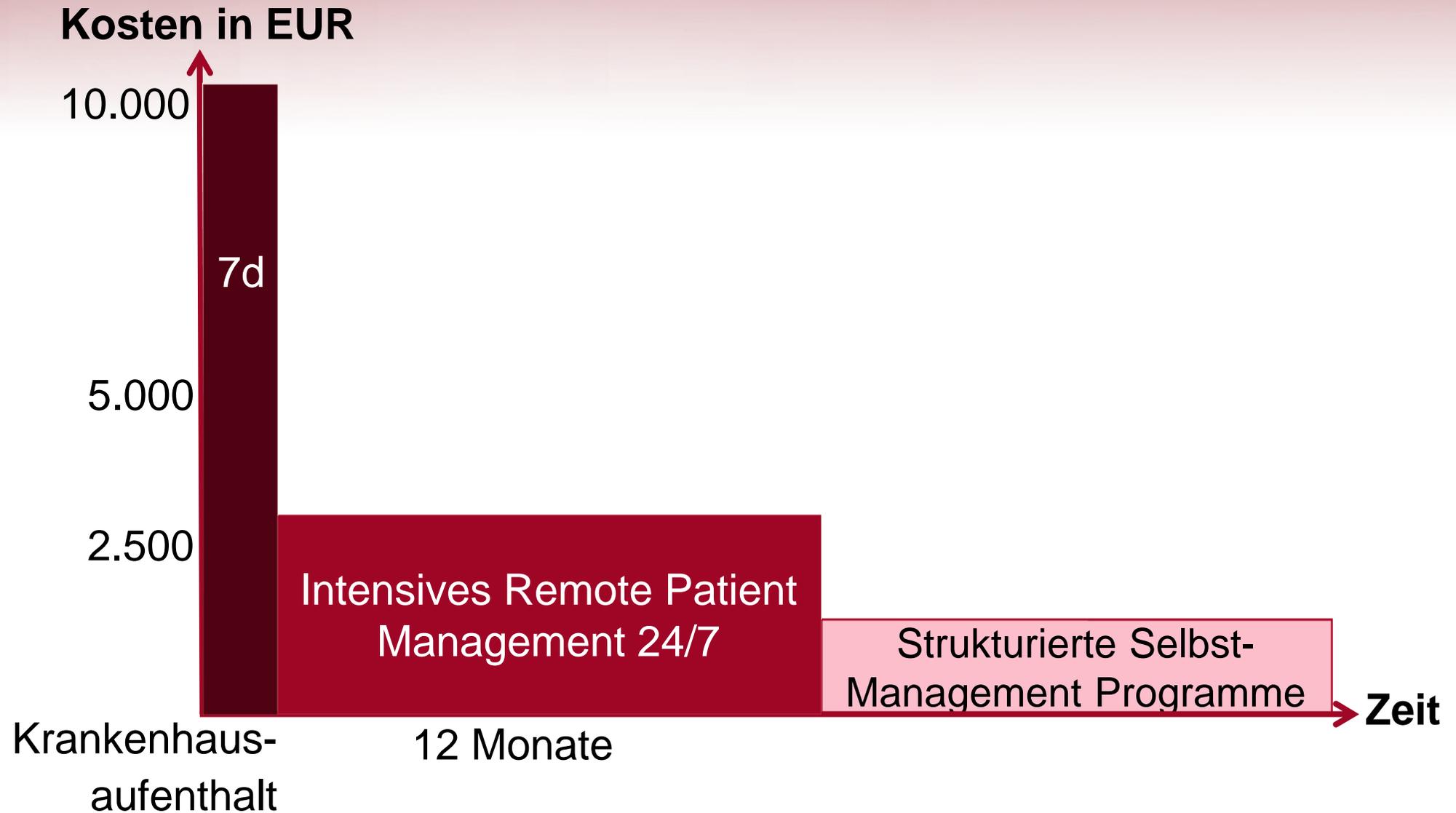
Telemedicine in heart failure: Pre-specified and exploratory subgroup analyses from the TIM-HF trial☆☆☆

Friedrich Koehler <sup>a,\*1</sup>, Sebastian Winkler <sup>a,1</sup>, Michael Schieber <sup>b,1</sup>, Udo Sechtem <sup>b,1</sup>, Karl Stangl <sup>a,1</sup>, Michael Böhm <sup>c,1</sup>, Sophie de Brouwer <sup>d,1</sup>, Emilie Perrin <sup>d,1</sup>, Gert Baumann <sup>a,1</sup>, Goetz Gelbrich <sup>e,1</sup>, Herbert Boll <sup>f,1</sup>, Marcus Honold <sup>b,1</sup>, Kerstin Koehler <sup>a,1</sup>, Bridget-Anne Kirwan <sup>d,1,2</sup>, Stefan D. Anker <sup>g,h,\*\*,2</sup>

- Instabile Patienten profitieren von Telemedizin (Profil)
  - nach einem Krankenhausaufenthalt wegen Herzinsuffizienz
  - ohne depressive Symptomatik
- 333 (47%) der 710 PfH-Patienten sind in dieser Gruppe
- Ergebnisse für die Risikogruppe
  - ~50% geringere kardiovaskuläre Sterblichkeit mit Telemedizin
  - ~50% Reduktion der Zahl der verlorenen Tage aufgrund kardiovaskulärer Sterblichkeit und Krankenseinweisung wegen Herzinsuffizienz

# Wie lange ?

## Risiko-adaptiertes RPM-Konzept



# Konzept von Telemedizinzentren – 1. und 2. Level

## Herausforderung

Notwendigkeit von 24/7 RPM vs. hohe Kosten und notwendige Auslastung zu Nachtzeiten und an Feiertagen



Netzwerk zwischen Telemedizinzentren des 1. und 2. Levels

## 1. Level Telemedizinzentren

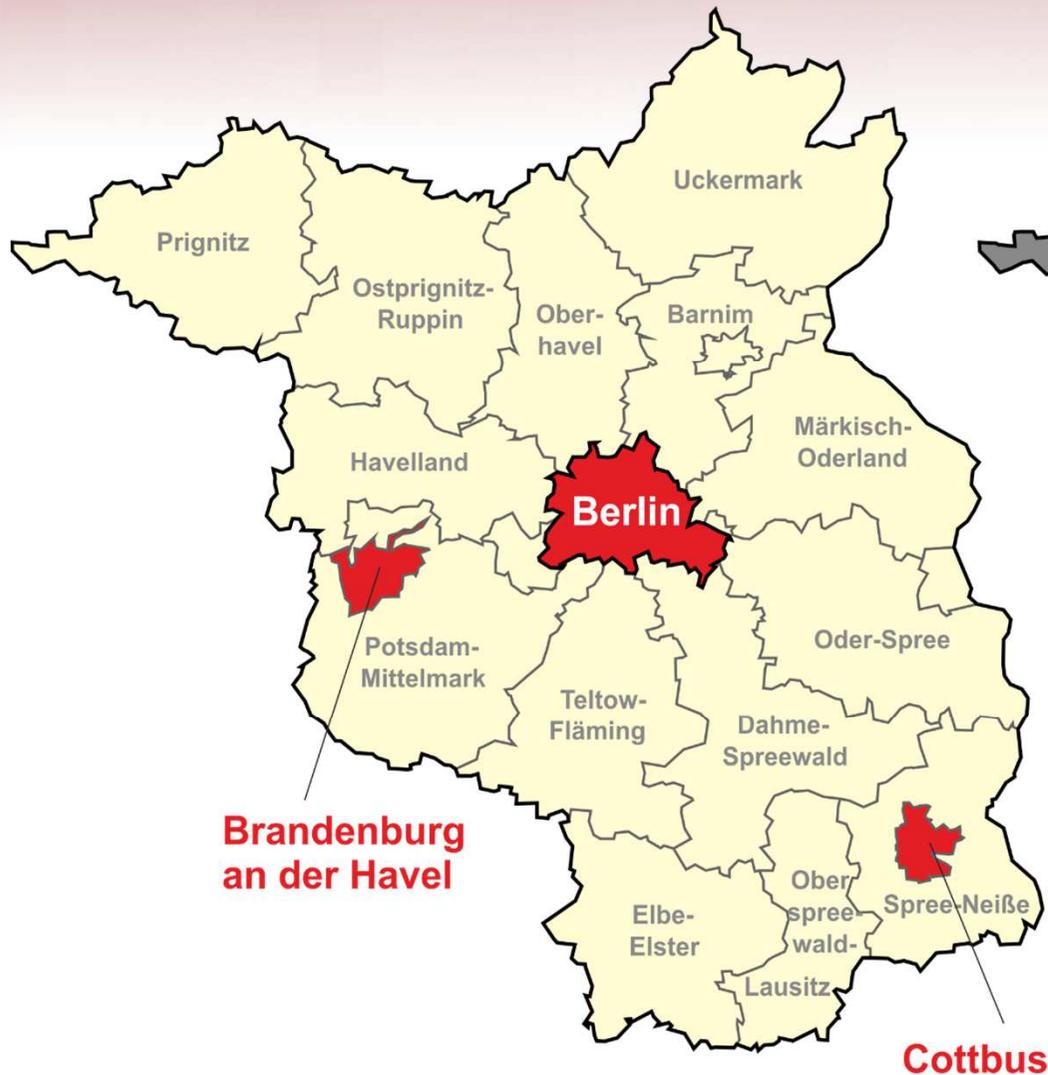
- Arbeitszeit Mo-Fr; 9-5 h
- Zu betreuende Patienten ca. 250 Patienten
- Bereitschaftsdienst durchgeführt vom 2. Level TMZ in der Region

## 2. Level Telemedizinzentrum

- Arbeitszeit: 24/7
- Zu betreuende Patientenzahl: ca. 500 Patienten
- Bereitschaftsdienst: Eigene Patienten sowie Patienten des 1. Level TMZs (max. 1.000 Patienten)

# Telemedizinische Zentren in Berlin und Brandenburg

Am Tag



In der Nacht



# Konsequenzen für die ärztliche und pflegerische Berufsbildentwicklung

## Ärztliche Fortbildung

- Kardiovaskuläre Telemedizin in der Hauptvorlesung Kardiologie
- Keine Zusatzbezeichnung / Teilgebiet kardiovaskuläre Telemedizin

## Berufsbild: „Telemedizinischer Assistent“

- Ausgangsqualifikation : Fachpfleger Intensivmedizin
- Teil des Curriculums „Schwester Agnes“ ?
- Heart Failure Nurse?



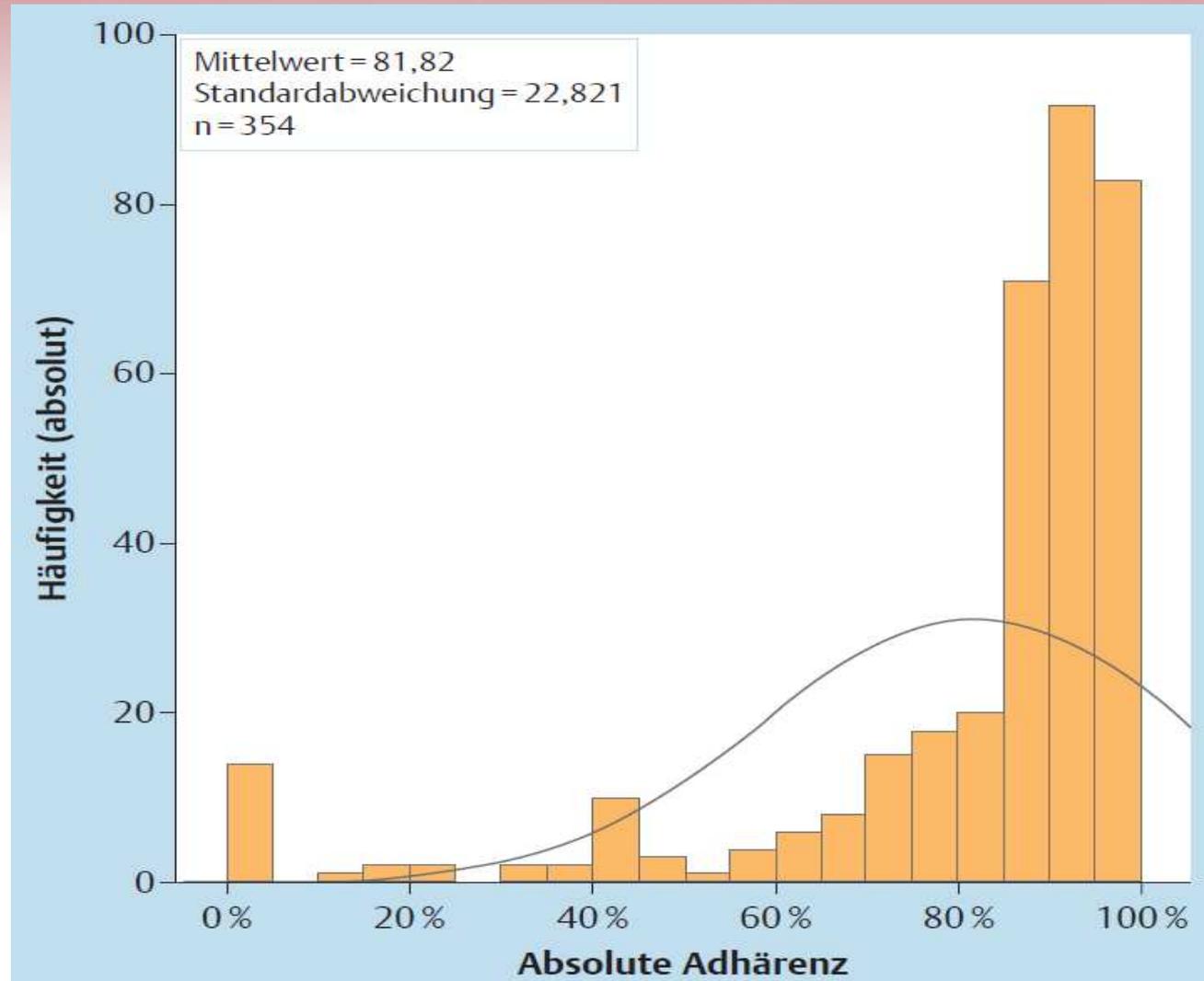
© Charité

# Fazit

1. Telemedizin ist eine ärztliche Tätigkeit. Leistungserbringer in der Telemedizin sind daher Ärzte.
2. Remote Patient Management von Hochrisikopatienten wird die dominierende Form der Telemedizin in der Kardiologie.
3. RPM ist für Patienten nach einer Herzinsuffizienz-Hospitalisierung vorteilhaft bezüglich Mortalität, Morbidität und Lebensqualität.
4. Für 1/6 der Herzinsuffizienz-Patienten kann Telemedizin eine Brücke zur Stabilität bedeuten. Im Anschluss sollten Self-Empowerment-Strategien lebenslang beibehalten werden.
5. RPM sollte regional in Netzwerken von 1. und 2. Level Telemedizinzentren organisiert werden.

Back-Up

# Akzeptanz für Telemedizin bei herzinsuffiziente Patienten



Häufigkeitsdarstellung der absoluten Adhärenz  
(Intention-to-treat Analyse)