

Telemonitoring: die Chance zur digital gestützten Verlaufskontrolle von Risikopatienten

Positionen und Erwartungen der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin e. V. (DGTelemed)

Vom reaktiven Handeln hin zum prospektiven Behandeln

Der aktuelle Standard: zufällig, sporadisch, reaktiv

Die Beobachtung chronischer Krankheitsverläufe erfolgt in der Regel durch regelmäßige, vorab vereinbarte Kontrolltermine in einer Arztpraxis. Bei instabilen Krankheitsverläufen bedarf es häufig hochfrequenter Arzt-Patienten-Kontakte, um Entgleisungen rechtzeitig erkennen und die Therapie entsprechend anpassen zu können. Dabei ist die Entdeckung akut auftretender Probleme zeitlich in der Regel eher zufällig mit den Praxisbesuchen verbunden.

Patiententagebücher, in denen Schlüsselparameter für die jeweilige Erkrankung dokumentiert werden, sind eine Möglichkeit, die untersuchungsfreien Intervalle abzudecken. In einigen Bereichen wird diese papierbasierte Verlaufsbeobachtung schon heute durch ergänzende medizintechnische Ausstattungen unterstützt, die z. B. regelmäßige Messungen des Blutdrucks oder die nicht-invasive Messung des Blutzuckers bei instabilem Diabetes mellitus ermöglichen. Hier ist jedoch der Patient/die Patientin selbst gefordert, bei erkennbaren Abweichungen kurzfristig den Behandler aufzusuchen, um die Werte zu besprechen.

Telemonitoring: regelmäßige ergänzende Betreuung, digital unterstützt

Telemonitoring erleichtert durch die hochfrequente und systematische Art der Betreuung der Patientinnen und Patienten den rechtzeitigen therapeutischen Eingriff durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Durch das kontinuierliche Monitoring kann die Zahl der persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte auf ein medizinisch sinnvolles Mindestmaß reduziert werden – und das auch ohne, dass der Patient/die Patientin selbstständig aktiv werden muss. Die patientenseitige Unterstützung geht kaum über die ohnehin vorzunehmende Messung des Wertes hinaus. Ein weiterer Vorteil des Telemonitorings liegt in der hohen Benutzerfreundlichkeit, mit der die Messergebnisse für die Patientinnen und Patienten aufbereitet werden.

Auch aus medizinischer Sicht ist der Nutzen des Telemonitorings offensichtlich: Mit Hilfe von Telemonitoring-Anwendungen können z. B. bei Hypertonie hypertensive Krisen von hypertensiven Notfällen unterschieden werden. Durch die engmaschige Blutdruckkontrolle im Nachgang können stationäre Behandlungen signifikant vermieden werden. In zahlreichen Studien mit Hypertonie-Patientinnen und -Patienten hat sich das Telemonitoring den analogen Tagebüchern und Messprotokollen gegenüber in dieser Hinsicht als deutlich überlegen erwiesen.

Telemonitoring basiert technologisch betrachtet grundsätzlich auf einer mobilen, patientenseitigen Datenerfassung (sog. Schlüsselparameter) und einer entsprechenden unverzüglichen Datenübertragung an den behandelnden Leistungserbringer. Teile dieser neuen Dienstleistung können dabei von einem Telemedizinischen Zentrum (TMZ) übernommen werden, z. B. die Bereitstellung der Geräte sowie die Sammlung und Bewertung der eingegangenen Daten. In strukturierter Form werden diese dann an den betreuenden Arzt/die betreuende Ärztin weitergeleitet. Verschlechterungstendenzen können so frühzeitiger erkannt und mit weniger Aufwand therapiert werden.

Keine neue Medizin: ein neuer Prozess

Telemonitoring geht grundsätzlich von der medizinisch gut untersuchten Tatsache aus, dass zahlreiche chronische Erkrankungen durch Episoden mit akuten Verschlechterungen gekennzeichnet sind. Auch wenn noch keine Symptome zu beobachten sind, kündigen sich diese Verschlechterungen oftmals durch Veränderungen bei bestimmten physiologischen Parametern an. Ein bekanntes Beispiel ist die auftretende Gewichtszunahme durch Wassereinlagerungen bei Herzinsuffizienz. In weltweit durchgeführten Modellprojekten hat sich dabei die Auslagerung der reinen Überwachungsfunktion in spezialisierte Telemedizinzentren als umsetzbar und hilfreich erwiesen. Im Falle der chronischen Herzinsuffizienz konnte in mehreren Studien ein positiver Effekt hinsichtlich Morbidität und Letalität bei definierten Patientengruppen nachgewiesen werden. So zeigt das häusliche Monitoring des Körpergewichts mit Hilfe einer Telewaage u. a. einen sehr positiven Einfluss auf die Therapietreue bei der Medikamenteneinnahme.

Aus dieser Trennung von Überwachung und Behandlung ergibt sich die Feststellung, dass Telemonitoring – im Gegensatz zu einer vielfach geäußerten Wahrnehmung – keineswegs eine neue Behandlungsmethode einer Erkrankung darstellt. Monitoring ist medizinisch anerkannt, wird aber mit völlig veralteten Verfahren umgesetzt. Koordination und Zusammenführung dieser beiden Bestandteile der Versorgung erfordern einen neuen digitalen Prozess mit einer gewissen organisatorischen Innovation und einem personellen Aufwand – insbesondere, wenn wie im Falle der chronischen Herzinsuffizienz eine 24/7 Überwachung angestrebt wird.

Strukturelle Hürden für die flächendeckende, bedarfsorientierte Nutzung

Flächendeckend verfügbare Kommunikationsnetze (Internet, Telekommunikationsnetze) und die Miniaturisierung der Sensorik erlauben es seit über zwei Jahrzehnten, krankheitsspezifische Parameter komfortabel und einfach zu messen, digital zentral zu erfassen und auszuwerten. In zahlreichen Projekten wurden die Implementierungsvoraussetzungen und die Kosten-Nutzen-Bilanz erfolgreich erprobt. Dennoch ist Telemonitoring bis heute noch kein Bestandteil der Regelversorgung geworden.

Während inzwischen wesentliche Rahmenbedingungen wie die Aufhebung des sog. Fernbehandlungsverbotes nach § 7 Absatz 4 MBO-Ä, Datenschutzanforderungen und Haftungsfragen weiterentwickelt und geklärt werden konnten, gilt dies nicht für die Frage des strukturierten, effizienten Einsatzes und der Vergütung von Telemonitoring. Lediglich für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz ist nach nunmehr über zehn Jahren Diskussion über einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eine erste Vergütungsregelung für einen einzelnen Indikationsbereich absehbar. Allerdings sind fast ein halbes Jahr nach der Beschlussfassung, die das Telemonitoring der Herzinsuffizienz als Teil der Regelversorgung verortet, längst nicht alle sich daraus ergebende Fragen geklärt.

Erforderlich ist eine sach- und praxisgerechte Ausdehnung auf **alle(!)** relevanten Indikationsbereiche mit dazu passenden Vergütungen sowie eine Erfassungs- und Auswertungsstruktur durch geeignete TMZ. Nur hierüber kann für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die kontinuierliche Überwachung praxisgerecht aufbereitet, der Auswertungsaufwand reduziert und die zeitgerechte bedarfsorientierte Reaktion gewährleistet werden.

Ein erster Schritt in diese Richtung ist die jüngst erfolgte Akzeptanz von TMZ als neuer Einrichtungstyp im Gesundheitswesen. Allerdings fehlt es an konkreten Rahmenbedingungen zur sachgerechten Implementierung. So sind die bisherigen TMZ nicht zufällig, sondern systemimmanent regelhaft an stationäre universitäre Zentren angegliedert, während der Beschluss des G-BA eine ausschließliche Ansiedlung im ambulant-vertragsärztlichen Bereich vorsieht. Auch die Frage der definitiven finanziellen Ausstattung sowie der Einflussnahme industrieller Akteure bedarf noch der Klärung.

Forderungen und Vorschläge der DGTelemed

1. Einsatzgebiete von Telemonitoring ausweiten

Nicht nur die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz bietet sich für das Telemonitoring an. Die Versorgung weiterer häufig auftretender chronischer Erkrankungen, wie beispielsweise COPD oder Diabetes mellitus, muss dringend in Richtung Telemonitoring erweitert werden.

Diese Erkrankungen kommen in der Regel ohne einen 24/7 Anspruch an die Überwachung aus und sollten problemloser zu etablieren sein. Die entsprechenden TMZ sollten hersteller- und industrieunabhängig dort angesiedelt sein, wo die effizienteste Verbindung mit den eigentlichen Behandlungseinrichtungen möglich ist.

2. Intersektorale Ansätze unterstützen

Erste Ansätze und Tendenzen sind in der poststationären Nachbetreuung von Patientinnen und Patienten, beispielsweise in der Neonatologie oder bei endokrinen und onkologischen Anlässen, erkennbar. Dabei wird offensichtlich, dass ein intersektoraler Ansatz unverzichtbar ist. Das bedeutet, dass die vorliegenden Daten allen beteiligten Leistungserbringern zur Verfügung stehen (z. B. über eine elektronische Patientenakte ePA) und auf Grundlage der Daten Behandlungsschritte intersektoral koordiniert und abgestimmt werden sollten. Telekonsile können dabei aufwandsarm unterstützen.

Ein im Rahmen der Krankenhausversorgung sinnvoller Ansatz ist die spezifische Nachsorge komplexer Krankheitsbilder, die die notwendige Fortführung und Anpassung stationär eingeleiteter Therapien beinhaltet. Ein bereits gut erprobtes Beispiel ist die Parkinsontherapie und weitere neurologische Erkrankungen.

3. Zulassung vereinfachen und beschleunigen

Die Vernachlässigung chronisch Kranker bei der Bereitstellung moderner Behandlungsverfahren ist angesichts der technologischen Möglichkeiten nicht weiter tolerierbar. Es hat sich gezeigt, dass die gegenwärtigen Zulassungsverfahren inadäquat sind und die Perspektive schwer erkrankter Menschen völlig übergehen.

Allen Anwendungsfällen ist gemeinsam, dass sie keine eigenständigen Behandlungsverfahren beinhalten. Deshalb bedarf es unserer Ansicht nach keiner aufwendigen Evaluations- und Zulassungsverfahren durch den G-BA. Vorstellbar wäre stattdessen eine Erprobung im Rahmen eines Fast-Track-Verfahrens analog zur Einführung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA).

4. Sachgerechte und faire Vergütungsbedingungen schaffen

Telemonitoring ist ein besonderes Verfahren zum Management vor allem von chronischen Erkrankungen, das von seinem Charakter her nicht in die Systematik der bestehenden Vergütungskataloge eingeordnet werden kann. Zudem bedarf es mit den Telemedizinischen Zentren eines neuen Einrichtungstyps, um Telemonitoring sachgerecht umzusetzen. Wir fordern deshalb neben einem geänderten Zulassungsverfahren des Telemonitorings auch einen innovativen Ansatz für eine sektorenunabhängige Vergütung.

Da Telemonitoring auf etablierten medizinischen Konzepten basiert und im Kern zu erheblichen Qualitätsverbesserungen durch digitale Methoden führt, ist die Verortung des Zulassungsverfahrens auf den G-BA nicht sachgerecht. Wir fordern deshalb ein neues Zulassungsverfahren für Telemonitoring-Anwendungen, das nicht den Regularien des G-BA unterworfen ist. Gegenstand des Zulassungsverfahrens sollten indikationsbezogene Telemonitoringverfahren sein sowie eine Prozessbeschreibung und ein Anforderungskatalog, den Telemonitoring-Anbieter erfüllen müssen. Die Zulassung der TMZ sollte nur mit Begründung abgelehnt werden können. Der Nutznachweis dieser Verfahren kann dabei auch anhand von Studien belegt werden, die im internationalen Raum stattgefunden haben und/oder nicht dem RCT-Standard unterliegen (Fall-Kontroll-Studien usw.). Vorbild ist u. a. das Fast-Track-Verfahren bei den DiGA. Die endgültige Preisfindung könnte sich dabei an dem tatsächlichen Aufwand in einer ggf. notwendigen Erprobungs- und Evaluationsphase orientieren. Die Verstetigung sollte dann von der ermittelten Kosten-Nutzen-Relation und einem erkennbaren Benefit für die Patientenversorgung abhängig gemacht werden. Die Unabhängigkeit von den sektoralen Budgets ist aber nur machbar über ein sektorenübergreifendes digitales Versorgungsbudget der GKV. Ähnliche Strukturen und Zielsetzungen sind im Gesundheitswesen bereits durchaus vorhanden. So soll z. B. die ambulante spezialfachärztliche Versorgung als extrabudgetäre Vergütungsform ebenfalls die Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit und auch unterschiedlicher Fachdisziplinen bei besonderen Versorgungssituationen gezielt unterstützen und ist dabei bundesweit einheitlich geregelt.

Fest steht, dass davon unabhängig innovationsfreundlichere Strukturen dringend erforderlich sind – insbesondere da sich zukünftig im Zusammenhang mit überall verfügbaren Wearables eine neue digital unterstützte Versorgung abzeichnet. Diese wird Potenziale erschließen, die mit den heute gängigen Methoden kaum vorstellbar sind. Hier werden nicht nur chronische Erkrankungen besser versorgt, sondern auch akute Erkrankungen mit intelligenter Diagnostik schneller und präziser identifiziert.

Unsere Forderungen auf einen Blick:

- 1.** Ausweitung der Einsatzgebiete des Telemonitorings auf weitere Indikationen (z. B. COPD, Diabetes mellitus)
- 2.** Unterstützung intersektoraler Angebote: gemeinsamer Austausch behandlungsrelevanter Daten sowie intersektorale Koordination der Versorgung
- 3.** Vereinfachung und Beschleunigung des Zulassungsverfahrens nach dem Vorbild des Fast-Track-Verfahrens der DiGA
- 4.** Schaffung sachgerechter und fairer Vergütungsbedingungen unabhängig von sektoralen Budgets