



Der herzkranke Diabetiker
Stiftung in der Deutschen Diabetes-Stiftung

„Telemedizin“ – alles ist möglich!



D. Tschöpe

Wer dieser Tage durch die Angebotspalette „telemedizinischer“ Dienstleister streift, stellt fest, dass sich beliebig viele klinisch-physiologische Parameter messen und überwachen lassen. Dabei wird die Verknüpfung mit der zugehörigen Beratung und, wo nötig, Intervention zur Grundlage einer optimierten Gesundheitsberatung – so das Geschäftsmodell. Bewegungsstatus und Körpergewicht, Blutzucker und Blutdruck, aber auch komplexe Erkrankungs- und Versorgungsszenarien, wie etwa die Herzinsuffizienz- oder Schlaganfallversorgung, lassen sich durch Integration von Vital- und Bildgebungsdaten mit den entsprechenden Versorgungsstrukturen zu einer mortalitätsrelevanten Versorgungsverbesserung verschalten.

Fachlichkeitsgrenzen überwinden

Damit verspricht die Telemedizin ein Füllhorn von Versorgungsverbesserungen, insbesondere von komorbiden Patienten, wie herzkranken Diabetikern, die neben ihrer Risikofaktorenlast insbesondere auch von ebensolchen Endpunkten getroffen werden, deren telemedizinische Versorgungsunterstützung sich als endpunktrelevant erwiesen hat. Nebenbei würde die mehrdimensionale telemedizinische Verknüpfung herzkranker Diabetiker über ein Versorgungsportal auch

helfen, die Fachlichkeitsgrenze zu überwinden, die selbst innerhalb der inneren Medizin zwischen den beteiligten Subspezialitäten (Endokrinologie, Diabetologie, Kardiologie, Nephrologie), aber auch zu Bereichen wie der Neurologie besteht.

Wirknachweis telemedizinischer Versorgungsstrukturen wünschenswert

Ein Wermutstropfen besteht allerdings darin, dass neben dem gegebenen Nachweis der Einstellungseffizienz – d. h. des Blutzuckers und ggf. der Hypertonie oder auch der Gewichtsführung für die spezielle Gruppe der „herzkranken Diabetiker“, also genau der Klientel, die von mehreren Erkrankungsmodalitäten betroffen ist – kein endpunktrelevanter Wirknachweis telemedizinischer Versorgungsstrukturen existiert. Dies wäre allerdings mindestens in Registerstudien zur Versorgungsoptimierung wünschenswert, da es sich um einen ressourcenintensiven Eingriff in die Versorgung entsprechender Patientenkollektive handelt. Es ist davon auszugehen, dass ungeachtet der bekannten Restriktionen insbesondere auch die Sicherstellung der Versorgung von „herzkranken“ Diabetikern oder allgemein von Patienten mit großer Komorbidität, z. B. im Bereich der Geriatrie, eine Aufgabe ist, die ohne Telemedizin bei der Anzahl der Betroffenen in Zukunft fast nicht mehr standardgemäß zu leisten ist.

Kann Telemedizin das Gleiche wie Präsenzmedizin?

Demgegenüber steht die Frage, inwieweit telemedizinische Leistungserbrin-

gung die multiplen kleinen und größeren psychologischen Mehrwerte liefern kann, die in der Präsenzmedizin für insbesondere chronisch kranke Patienten wichtig sind, um eine auskömmliche Lebensführung trotz der Mehrfachbelastung, die der Krankheit geschuldet ist, möglich zu machen. Auch wenn die Bilanz zwischen Versorgungssicherheit, Patientenautonomie und Behandlungsergebnis einerseits und subjektiver Behandlungszufriedenheit andererseits derzeit noch offen ist, kann heute bereits die Population herzkranker Diabetiker, die besonders im Fadenkreuz therapeutischer Interventionen steht, als ein Modell für den sinnvollen Einsatz telemedizinischer Werkzeuge zur Versorgungsgestaltung und -optimierung betrachtet werden. Es wird sich zeigen, ob die Versorgungspartner dabei die Kraft haben, den Wirknachweis einer virtuellen Ergänzung der aktuellen Präsenzmedizin wenigstens auf der Ebene von patientenrelevanten Endpunkten zu führen, oder ob sich die telemedizinischen Werkzeuge ihre eigenen Indikations- und Machbarkeitsnischen innerhalb der existierenden Strukturen suchen.

Aus Fehlern der Vergangenheit lernen

Während es in hohem Maß wünschenswert ist, die verschiedenen Problemebenen der betroffenen Patienten auch interventionell abzubilden und zu überwachen, kann heute noch nicht darüber berichtet werden, inwieweit die damit verbundene Transparenz von allen Partnern einschließlich der Patienten selbst willkommen ist. Hier werden uns langfristig nur prospektive Evaluationen und

Studien weiterhelfen. Generell ist davon auszugehen, dass sich die multimodale Risikofaktorenkontrolle und Intervention als eine Domäne telemedizinischer Versorgungsszenarien entwickeln wird. Dabei wird es wesentlich darauf ankommen, aus den Fehlern der Vergangenheit zu lernen und die Akzeptanz für entsprechende Systeme, das Individualisieren technischer Umgebungen durch offene Verknüpfungsstandards und das Vermeiden proprietärer Systemlösungen akzeptabel zu machen.

Patienten werden Grenzen und Ausgestaltung mitentscheiden

Es muss dringend vermieden werden, entsprechende Betreuungsangebote als Werbe- und/oder Vertriebsinstrumente zu missbrauchen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat dabei früh Anhaltspunkte für telemedizinische Leistungserbringung formuliert (Indikation, Nutzen, Akzeptanz, Qualität, Standesvorbehalt, Exzellenz, Transparenz), die ein Abdriften des Grundprinzips in eine reine Marktsteuerung verhindern sollen, vor allem, da aktuell durchaus konträre Positionen erkennbar sind. Mindestens solange die telemedizinische Methodik nicht in der Regelversorgung angekommen ist, werden die Patienten selbst Grenzen und Ausgestaltungsmöglichkeiten mitentscheiden, was grundsätzlich dem richtigen Trend zur Patientenzentrierung entspricht. Im Interesse insbesondere älterer Patienten, die zu dieser proaktiven Beteiligung nur mehr eingeschränkt befähigt sind, werden es erneut die Präsenzärzte sein, die durch ihre vertrauensvolle Beratung über Erfolg und Misserfolg dieser neuen (wünschenswerten) Betreuungswelt entscheiden werden.

*Prof. Dr. Dr.h.c. Diethelm Tschöpe
Kuratoriumsvorsitzender der Stiftung
„Der herzkranke Diabetiker“ (DHD)
Georgstraße 11
32545 Bad Oeynhausen
E-Mail: info@stiftung-dhd.de*