

TELEVIDA

EIN DIALOG FORUM FÜR KRANKENVERSICHERUNGEN

01/19

INHALT

Bewertung der Kooperation
der Krankenkassen mit
Dritten

3-4

Meldungen

4-5

Interview Dr. Lutz Hager
Telemedizinische Programme
zur Betreuung von Patienten

6-7

SHL
Telemedizin





EDITORIAL

Vorfahrt für Digitalisierung und Telemedizin: DVG erheischt zu Recht Lob von allen Seiten

Liebe Leser, liebe Partner,

Mitte Mai erblickte der Referentenentwurf zum neuen „Digitale-Versorgung-Gesetz“ (DVG) das Licht der Branchenwelt. Die ersten Reaktionen darauf waren durchweg positiv, eine Seltenheit vor dem Hintergrund der bisher zügigen Reformgesetzproduktion. Das verwundert ein wenig, denn auch dieser Referentenentwurf hat es in sich, bezogen auf die Veränderungen im Status Quo. Aber es wird ja keinem etwas weggenommen, sondern entscheidend neues geregelt. So sollen digitale Gesundheitsanwendungen zügig in die Versorgung gebracht und die Anwendung von Telemedizin gestärkt werden. Krankenkassen werden mehr Möglichkeiten eingeräumt, digitale Innovationen zu fördern und vieles andere mehr. Dabei ist der Fokus auf die Nutzenanwendung für den Versicherten, die Patientin, den Patienten beachtenswert. Für sie wird immerhin ein neuer Leistungsanspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen geschaffen, was die Struktur des bisherigen Leistungskataloges doch deutlich der Neuzeit anpasst, vorausgesetzt natürlich Wirksamkeit und Evidenz kommen zum Tragen und sie sind im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gelistet, wobei die Logik der Listung sich diametral unterscheidet vom Hilfsmittelverzeichnis und auch von der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Es entsteht ein neuer Zugangsweg zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hier kann viel mehr und schneller sinnvoll erprobt und evaluiert werden. Spahn erhöht damit das Tempo, neue digitale Angebote breiter, schneller und mit echtem Mehrwert für den Patienten zugänglich zu machen. Zukünftig sollen Krankenkassen die Kosten übernehmen, wenn Versicherte bestimmte Gesundheits-Apps anwenden bzw. verordnet bekommen. Ferner sollen Versicherte und Patienten leichter an Informationen zu Videosprechstunden gelangen. Hierzu können Ärzte auf ihrer Internetseite informieren, ob sie eine Videosprechstunde anbieten. Auch die Patienteneinwilligung und -aufklärung soll in den Videosprechstunden möglich sein und müssen nicht mehr persönlich vor Ort oder schriftlich geschehen. Die elektronischen Patientenakten sollen nicht nur bis 2021 freiwillig eingeführt, sondern auch mit nützlichen Inhalten befüllt werden. Ärzte in Praxen oder Kliniken sollen die Einspeicherung von Behandlungsinformationen oder Blutwerten des Patienten in seine elektronische Patientenakten vergütet bekommen. Auch Impfausweise, Mutterpässe, die Kindervor-

sorgeuntersuchungshefte wie auch Zahnbonushefte sollen digital dort gespeichert werden können. Ärzte sollen auch Befunde häufiger elektronisch versenden. Dies soll deutlich höher vergütet werden als die Befundübermittlung per Fax. „Der Patient von morgen wird immer noch einen Arzt brauchen – aber er wird keinen Arzt mehr ernstnehmen, der nur noch über Karteikarten arbeitet,“ betonte Jens Spahn in diesem Zusammenhang. Er unterstrich auch die Bedeutung unserer Standards für Datenschutz und Datensicherheit, gerade im Hinblick auf die Aktivitäten internationaler Konzerne mit ihren massiven Investitionen. Das Digitalisierungsgesetz soll möglichst ab 2020 in Kraft treten. Das wird auch unsere Dienstleistungskompetenz stärken. Wir sind für die Umsetzung bestens aufgestellt. Es ist ein gewaltiger Schritt in eine neue deutlich stärker integrierte Versorgungswelt zum Nutzen der Patientinnen und Patienten. Wir unterstützen das, wir können das.

Aus München grüßt Sie herzlich

Ihr Martin Lehner
Beirat
SHL-Gruppe Deutschland



Rechtliche Bewertung der Kooperation der Krankenkassen mit privaten Dritten

Nachfolgend finden Sie verdichtete Aspekte des in der Zeitschrift „WELT DER KRANKENVERSICHERUNG“ erscheinenden Beitrages von Joachim Grittmann, Rechtsanwalt und Datenschutzexperte bei der Anwaltssozietät Latham & Watkins LLP, Frankfurt:

Anhand typischer Vertragskonstellationen und Prozessabläufe bei (exemplarisch ausgewählten) Kooperationen im Bereich der besonderen (integrierten) Versorgung nach § 140a SGB V werden Rechtsfragen untersucht, die sich in der Praxis von Kooperationen aktuell stellen und für die künftige Vertragsgestaltung der Krankenkassen Bedeutung erlangen können. Die behandelten Problemfelder zeigen die Komplexität des Regelungsgefüges auf, verdeutlichen aber auch, dass die Beteiligten bei sorgsamer Analyse der Sachverhalte und Gestaltungsoptionen einen rechtsicheren Weg für Kooperationen finden können. Dem liegen zusammengefasst folgende Ergebnisse der Untersuchung zugrunde (die im Rahmen des Beitrages ausführlich erörtert werden):

- Die Teilnahme an Angeboten der besonderen Versorgung ist für Versicherte stets freiwillig, so dass der Erfolg von ihrer Akzeptanz bei den Versicherten abhängt. Hierbei stellt sich die Frage, ob nach Zurverfügungstellung der Teilnahmeunterlagen in der Anbahnungsphase (i) eine begleitende telefonische Ansprache erfolgen kann, (ii) diese ohne vorherige Einwilligung zulässig ist und (iii) ein Dritter diese durchführen darf. Diese Fragen sind zu bejahen.
- Die Krankenkassen trifft kraft gesetzlicher Vorgaben eine umfassende Beratungspflicht. Beratung ist die individuelle, d.h. auf den Einzelfall bezogene Information (u. a.) über die gewährten Leistungen. Versicherte haben einen Rechtsanspruch auf Information über das Leistungsangebot.
- Die initiative (begleitende) telefonische Ansprache in der Anbahnungsphase bewegt sich im Rahmen der zulässigen Beratung nach § 14 SGB I:
- Krankenkassen sind verpflichtet, die Rechte der Versicherten möglichst weitgehend zu verwirklichen. Dabei kann sich das Beratungsermessen darauf verdichten, dass die Krankenkasse von sich aus die Initiative ergreifen muss. Die Schwelle einer initiativen Beratung kann bei komplexem Leistungsgefüge nicht zu hoch angesetzt werden. Das Verständnis des Leistungsangebotes der besonderen Versorgung stellt Versicherte vor große Herausforderungen.
- Der Nutzen der besonderen Versorgung für Versicherte im Rahmen von Versorgungsmanagementprojekten ist indes evident und durch eine breite Studienlage valide belegt. Die Ansprache der Versicherten erfolgt dabei bedarfsbezogen.
- Da die Beratungspflicht bei komplexem Leistungsgefüge zumeist nicht durch Aushändigung von Materialien zu erfüllen ist, ist die mündliche Beratungsform zielführend. Ein Vorrang schriftlicher vor telefonischer Ansprache besteht jedenfalls dann nicht, wenn es um Pflichtleistungen der Krankenkassen geht und der Primärnutzen beim Versicherten liegt.
- Ein Einwilligungserfordernis für die hier geprüfte telefonische Ansprache in der Anbahnungsphase lässt sich weder aus dem SGB noch aus dem UWG herleiten. § 14 SGB I sieht keine Einwilligung für die Beratung vor. Andere Vorgaben im SGB sind nicht einschlägig. Die telefonische Ansprache in der hier diskutierten gestuften Form stellt keinen Verstoß gegen § 7 UWG dar. Was sich als Beratung im Rahmen der Pflichtleistungen anlassbezogen aufdrängt, kann nicht nach dem UWG verboten sein.
- Krankenkassen dürfen Dritte zur Erledigung der Aufgaben grundsätzlich einbinden. Bei der telefonischen Ansprache der Versicherten in der Anbahnungsphase unter Weisung der Krankenkassen, agiert der private Dritte als Auftragsverarbeiter im Sinne der DSGVO, wenn der private Dritte aufgrund klar vorgegebener Kriterien ohne wesentliche eigene Entscheidungsspielräume agiert.
- Der Einordnung als Auftragsverarbeiter in der Anbahnungsphase steht nicht entgegen, dass ein privater Dritter später in die Durchführung der besonderen Versorgung ggf. als Vertragspartner eingebunden wird.
- Damit kommt dem privaten Dritten bzgl. der Nutzung der Sozialdaten für die telefonische Ansprache in der Anbahnungsphase die datenschutzrechtliche Privilegierungswirkung zugute (d. h. kein eigenständiger Erlaubnistatbestand erforderlich, da kein Dritter). Ein Einwilligungserfordernis besteht auch hier nicht.

Letzte Unklarheiten zu diesen Fragen werden sich durch die weitere Rechtspraxis ausräumen lassen. Die Komplexität sollte aber zielführenden Kooperationen im Sinne des Versicherten nicht entgegenstehen. Keinesfalls darf eine restriktive Rechtsauslegung infolge „überevorsichtiger“ Herangehensweise

faktisch dazu führen, dass innovative, nachgewiesenermaßen wirksame und kostensparende Angebote (etwa der Telemedizin) massiv beschränkt werden und dadurch vielen Versicherten lebensrettende und die Lebensqualität verbessernden Maßnahmen vorenthal-

ten werden. Die Krankenkassen haben ihrerseits aber auch ein massives Interesse an robuster Compliance, da ein eventueller Reputationsschaden wiederum erhebliche Auswirkungen auf die Akzeptanz von Programmen auf Seiten potenzieller Nutzer hätte.

MELDUNGEN

G-BA bewertet telemedizinische Behandlung bei Herzinsuffizienz

Weil der GKV-Spitzenverband von den bisherigen Erkenntnissen der Kardiologen zur telemedizinischen Behandlung bei Herzinsuffizienz überzeugt war, hat er im G-BA bereits im März einen Antrag auf Nutzenbewertung gestellt. Das von einem Kardiologenteam entwickelte Programm stelle einen vielversprechenden Behandlungsansatz da, der bisher so in der Regelversorgung noch nicht vorkomme. Das „Telemonitoring-basierte Management von Patienten mit Herzschwäche“, so der Titel des Behandlungsprogramms, hat ein Kardiologenteam aus verschiedenen Forschungseinrichtungen entwickelt. Dabei werden Vitalparameter der Patienten nicht mehr nur sporadisch, sondern kontinuierlich erfasst. So wollen Kardiologen mithilfe der Telemedizin Patienten mit Herzinsuffizienz besser versorgen. Nicht nur die Zahl der Krankenhaustage ließe sich mit der neuen Methode für die rund 1,8 Millionen Menschen mit chronischer Herzschwäche in Deutschland verringern, sondern auch die Sterblichkeitsrate, heißt es in den Studienberichten. Durch eine feste Kooperation von einem Telemedizinzentrum (TMZ) und niedergelassenen Ärzten sollen Interventionen zeitnah möglich sein; die Patienten werden lückenlos an jedem Tag im Jahr betreut, auch außerhalb der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte. Die Vorgehensweise: Täglich messen die Patienten zu Hause bestimmte Körperfunktionen wie beispielsweise den Blutdruck, die Sauerstoffkonzentration im Blut und das Gewicht. Diese Werte werden über eine gesicherte Mobilfunk-Verbindung an das TMZ übertragen und dort von Computern ausgewertet. Bei auffälligen Befunden werden sofort die medizinischen TMZ-Experten sowie die behandelnden niedergelassenen Hausärzte und Kardiologen benachrichtigt. Das medizinische Personal muss auffällige Befunde innerhalb von vier Stunden registrieren und innerhalb von 24 Stunden über Behandlungsmaßnahmen entscheiden. Der G-BA hat daraufhin Anfang April die Beratung des Themas bekannt gegeben, um die Auffassung von Experten dazu einzuholen.

Online-Sprechstunde in den USA zunehmend Praxis-Alltag

US-Ärzte behandeln ihre Patienten in steigendem Maß via Internet. Die Telemedizin beginnt sich per Online-Sprechstunde als normaler Praxis-Alltag zu entwickeln. Als Alternative zum Arztbesuch ist sie in den USA seit 2003 von 19 auf 31 Prozent angestiegen. Zunehmend werden in vielen Fällen die Online-Sprechstunde anstelle des herkömmlichen Hausbesuches genutzt, womit Patienten schneller und kostengünstiger behandelt werden können. „Hausbesuche“ finden in steigendem Maße online statt, womit sich die Ärzte selbst und ihren Patienten Zeit und Geld ersparen. Für letztere ist das Vorgehen relativ einfach: Auf der Internetseite der Ärzte befindet sich ein Link, der auf die „Virtual Office Visits“ (Virtuelle Sprechstunden) führt. Auf einer geschützten Seite soll der allgemeine Gesundheitszustand beschrieben werden. Aus einer Liste mit den häufigsten Beschwerden von Akne und Asthma über Depressionen, Grippe bis hin zu Schlafstörungen und Schwindelgefühlen kann der Patient dann sein Leiden anklicken. Wer will, kann etwa Bilder, Blutdruckprotokolle oder sogar eine Audiodatei mit dem eigenen Husten als E-Mail-Anhang mitschicken. Eine Internet-Sprechstunde kostet etwa 25 Dollar (16 Euro), ein traditioneller Praxisbesuch dagegen 65 bis 85 Dollar (41 bis 54 Euro). Dennoch wird vor übertriebenen Hoffnungen seriös gewarnt: Man könne über das Web keine endgültigen Diagnosen erstellen. Dafür müsse man den Patienten persönlich untersuchen. Doch wenn ein Patient schon lange zum selben Arzt geht, dieser seine Krankengeschichte kennt und eine Beziehung zwischen beiden besteht, dann sei das eine gute Ergänzung zu herkömmlichen Methoden. Der Siegeszug des Internet braucht in Sachen Telemedizin zwar Zeit. Aber sobald die unter Zeitdruck stehenden Ärzte merken, dass sie in bestimmten Fällen mithilfe des Internet ihr Angebot und so manche Patientenbetreuung optimieren können, wird der US-amerikanische Trend auch in Europa Fuß fassen und aus dem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken sein.

Beste Online-Portale: vdek-Pflegelotse zum dritten Mal mit Verbraucher-Preis ausgezeichnet

Der vdek-Pflegelotse ist das dritte Jahr in Folge mit dem Preis „Deutschlands Beste Online-Portale“ ausgezeichnet worden. Das Webangebot des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) erhielt 2019 die Auszeichnung als Preisträger in der Kategorie „Leben & Gesundheit“. Bereits in beiden vergangenen Jahren gehörte die Website www.pflegelotse.de zu den Gewinnern des Internetawards, den der Fernsehsender n-tv und das Deutsche Institut für Service-Qualität (DISQ) seit 2017 verleihen. Grundlage für die Preisvergabe war eine repräsentative Online-Befragung zu rund 570 unterschiedlichen Webangeboten für Verbraucher. Rund 33.000 Kundenmeinungen holten die Marktforscher hierfür ein. Bewertet wurden die Webseiten in den Bereichen „Angebot“, „Leistung“, „Kundenservice“ sowie „Qualität des Internetauftritts“. Darüber hinaus gaben die Befragten an, für wie empfehlenswert sie die Portale einstufen.

Zwei Drittel der Deutschen wollen elektronische Patientenakte und E-Rezept nutzen

Gesundheits-Apps, die elektronische Patientenakte (ePA) und das elektronische Rezept (E-Rezept) stehen bei den Bundesbürgern hoch im Kurs: 65 Prozent der Deutschen würden eine ePA und ein E-Rezept nutzen. Ebenso viele verwenden bereits heute schon Gesundheits-Apps. Das sind Ergebnisse einer Umfrage unter 1.005 Befragten ab 16 Jahren im Auftrag des Digitalverbands Bitkom. Bei den Gesundheits-Apps rangieren danach Informations-Apps zu Gesundheits-, Fitness- und Ernährungsthemen auf

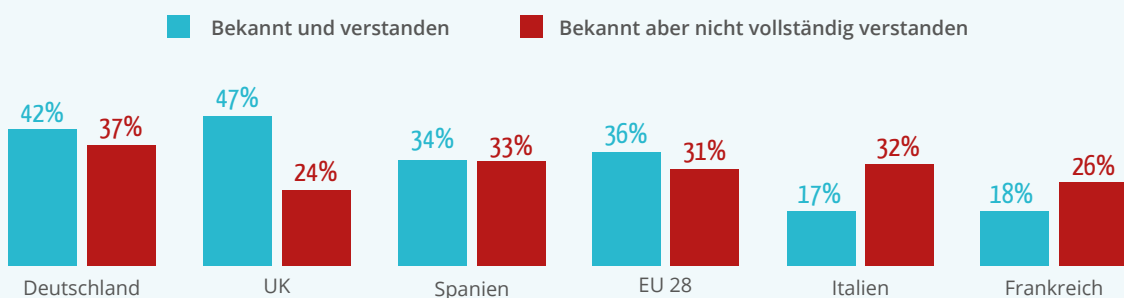
der Beliebtheitskala vorne (25 Prozent), gefolgt von Tracking-Apps, die Vitaldaten oder gegangene Schritte aufzeichnen (24 Prozent). Zu den Befürwortern der ePA zählen insbesondere die 16- bis 29-Jährigen mit 74 Prozent und die Gruppe der 30- bis 49-Jährigen mit 70 Prozent. Aber auch in der Altersgruppe 65 plus würden immerhin noch 60 Prozent eine elektronische Akte nutzen. Zu den wichtigsten Anforderungen, die an eine ePA gestellt werden, zählen dabei die Datenhoheit des Patienten (61 Prozent), Datenschutz und Datensicherheit (59 Prozent) sowie die strukturierte Aufbereitung der Inhalte (45 Prozent). Rund ein Drittel der Befragten wünscht sich zudem einen mobilen Zugang zur ePA.

almeda bietet noch in diesem Jahr bundesweit Fernbehandlung an

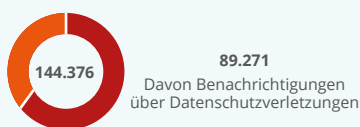
Nach der Aufhebung des Fernbehandlungsverbots durch den Deutschen Ärztetag im Mai 2018 wurde durch die meisten Landesärztekammern die Berufsordnung der Ärzte entsprechend geändert und somit die ausschließliche Fernbehandlung als zulässig erklärt. Gemäß der Unternehmensberatung McKinsey kann die medizinische Behandlung dadurch effizienter gestaltet und jährlich rund 4,4 Milliarden Euro an Kosten eingespart werden. almeda wird das Leistungsportfolio entsprechend erweitern und ab dem dritten Quartal 2019 bundesweit Fernbehandlung anbieten. almeda bietet diesen Service als neue Komponente der „Medizinischen-Beratungshotline“ (das almeda Gesundheitstelefon) an und ermöglicht eine digitale Kommunikation u. a. per Video, Chat, Messenger und Telefon.

EIN JAHR DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG

Bekanntheit der DSGVO in der EU*



Anfragen und Beschwerden bei Datenschutzbehörden in Europa imit DSGVO-Bezug**



Häufigste Beschwerdekategorien



Die Datenschutzgrundverordnung wird national und auf europäischer Ebene als ein Erfolg herausgestellt. Fast 150.000 Anfragen und Beschwerden mit DSGVO-Bezug sind seit Mai 2018 bei Datenschutzbehörden in Europa aufgelaufen - davon rund 90.000 Benachrichtigung über Datenschutzverletzungen. EU-weit wissen zwei Drittel der Menschen etwas mit dem Begriff Datenschutzgrundverordnung anzufangen - genau erklären, worum es dabei geht, können indes nur 36 Prozent.

Quelle: Europäische Kommission / Statista

*Umfrage aus März 2019 / ** Stand Mai 2019

Telemedizinische Programme zur Betreuung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz bald als Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung?

Ein Interview mit Dr. Lutz Hager, Geschäftsführer der IKK Südwest

Chronische Herzschwäche ist in den vergangenen zehn Jahren die häufigste Ursache für Klinikeinweisungen von Patienten gewesen. Mithilfe telemedizinischer Betreuung können Patienten mit Herzinsuffizienz besser versorgt werden. Bisherige Erkenntnisse zeigen, dass sich nicht nur die Zahl der Krankenhaustage, sondern auch die Sterblichkeitsrate der rund 1,8 Millionen Deutschen mit chronischer Herzinsuffizienz mittels unterstützender Telemedizin verringern ließe.

Die IKK Südwest führt bereits seit April 2012, also seit über sieben Jahren, für ihre Versicherten mit chronischer Herzinsuffizienz das telemedizinische Versorgungsprogramm „IKK Herzstark“ nach § 140a SGB V gemeinsam mit der SHL Telemedizin GmbH durch. Wir hatten Gelegenheit, Dr. Lutz Hager, Geschäftsführer der IKK Südwest, zum Nutzen der telemedizinischen Betreuung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und den Erfahrungen mit „IKK Herzstark“ zu befragen:

Herr Dr. Hager, warum hat die IKK Südwest ein solches telemedizinisches Versorgungsprogramm für ihre Versicherten mit chronischer Herzinsuffizienz schon vor so langer Zeit gestartet?

Chronische Erkrankungen gehen häufig mit Begleiterkrankungen und einer hohen Sterblichkeitsrate einher. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen stationären und ambulanten Leistungserbringern ist hierbei generell verbesserungswürdig, die fach- und sektorenübergreifende Übermittlung der Patientendaten leider oftmals lückenhaft. Die IKK Südwest ist als innovativer Krankenversicherer bestrebt, die Behandlung chronisch erkrankter Versicherter und damit die Lebensqualität dieser Menschen zu verbessern sowie unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Wir möchten unseren Versicherten einfach auch mehr Sicherheit im Umgang mit ihrer Krankheit geben. Die Telemedizin ermöglicht uns, deren medizinische Versorgung nachhaltig zu optimieren.

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz geraten häufig in die unangenehme Situation, dass Symptome ganz plötzlich und nicht selten außerhalb der Sprechstundenzeiten auftreten und der gerufene Notarzt eine sofortige Einweisung in die Klinik veranlasst. Indem man Vitalparameter wie zum Beispiel die Herzfrequenz kontinuierlich überwacht und die Patienten parallel zu Gesundheitsthemen wie Bewegung und Ernährung coacht, senkt man das Risiko dafür, dass so etwas passiert. Das führt nicht



nur zu einer besseren Lebensqualität unserer Versicherten, sondern macht die Versorgung insgesamt effizienter und wirtschaftlicher. Unser Programm „IKK Herzstark“ wird kontinuierlich unter diesen Gesichtspunkten bewertet und hat sich dementsprechend bewährt.

Welche Ergebnisse hat die gesundheitsökonomische Bewertung konkret hervorgebracht?

Die IKK Südwest hat eine Studie beim Hamburg Center for Health Economics (hche) in Auftrag gegeben, um den Nutzen von „IKK Herzstark“ wissenschaftlich prüfen zu lassen. Die Untersuchung, die über einen Zeitraum von zwei Jahren lief, hat gezeigt, dass die Teilnehmer unseres Programms eine höhere Überlebenschancen haben als Patienten, die nicht an „IKK Herzstark“ teilnehmen. Ebenso konnte eine signifikant geringere Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nachgewiesen werden, was auf eine gesteigerte Kosteneffizienz schließen lässt.

Wir haben die aktuellsten Ergebnisse kürzlich sowohl auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) Ende April in Mannheim sowie auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) Anfang Mai in Wiesbaden präsentiert. Auf der DGIM haben wir für die Präsentation der Ergebnisse sogar den Posterpreis für Digitale Medizin erhalten.

Mit diesen Ergebnissen fühlt sich die IKK Südwest in ihrem Ansatz bestätigt. Auch die vielen positiven Rückmeldungen unserer Versicherten sprechen für unser Vorgehen. Insofern sind wir über das vom G-BA eingeleitete Beratungsverfahren nicht besonders überrascht.

Wie viele Versicherte der IKK Südwest haben Ihr Angebot zur zusätzlichen telemedizinischen Betreuung bei Herzinsuffizienz bereits in Anspruch genommen und wie läuft dieses Programm in der Praxis ab?

Seit dem Start von „IKK Herzstark“ im Jahr 2012 haben insgesamt über 1.000 Versicherte der IKK Südwest von unserem Programm profitiert. Die teilnehmenden Patienten sind hochzufrieden und die bereits erwähnten gesundheitsökonomischen Vorteile unseres Programms sprechen für sich.

In einem ersten Schritt kontaktieren wir Versicherte, die aufgrund ihres Krankheitsbildes für das Programm infrage kommen, per Telefon. Interessierte bekommen dann weitere schriftliche Informationen sowie die Einverständniserklärung von uns zugesandt. Sobald uns diese unterschrieben vorliegt, nimmt unser Kooperationspartner, das Betreuungszentrum der SHL Telemedizin GmbH, Kontakt mit dem Versicherten auf, erläutert den Ablauf des Programms, versendet die Teilnahmeunterlagen und führt das medizinische Erstgespräch durch.

Die Patienten werden, abhängig vom Schweregrad ihrer Erkrankung, vom Betreuungszentrum der SHL Telemedizin mit einer Waage sowie gegebenenfalls mit einem Blutdruckmessgerät und/oder 12-Kanal-EKG ausgestattet. Die Vitalwerte werden dann regelmäßig an das Betreuungszentrum übermittelt. Ergänzend zu den Gesprächen aufgrund der Interventionsalarmlen werden regelmäßig Schulungsgespräche von diesem durchgeführt.

Die Patienten lernen dank der telemedizinischen Betreuung, bewusster mit ihrer Krankheit umzugehen und fühlen sich sicherer in ihrem Alltag. Ein großer Vorteil ist, dass das telemedizinische Zentrum der SHL an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr mit Ärzten und medizinischem Fachpersonal besetzt ist. Die Patienten haben so die Möglichkeit, bei akuten Herzbeschwerden auch mitten in der Nacht ein EKG zu übermitteln. Bei einem Notfall leitet das Zentrum sofort ein entsprechendes Notfallmanagement ein, wirkt beruhigend auf die Patienten am Telefon ein und informiert den Notarzt.

„IKK Herzstark“ gibt dadurch den teilnehmenden Versicherten mehr Sicherheit im Alltag, eine größere Bewegungsfreiheit und somit eine höhere Lebensqualität. Diese Vorteile unterstützen auch die behandelnden Ärzte, denn die telemedizinische Betreuung ergänzt deren Behandlung in sinnvoller Weise. Die Vitalwerte werden in einer elektronischen Patientenakte erfasst und stehen den Ärzten mit Einverständnis des Patienten online oder per Fax zur Verfügung. Basis für die Beurteilung der eingehenden Vitalwerte sind die regelmäßigen Untersu-

chungsergebnisse von Haus- und Fachärzten, die in der Akte hinterlegt sind.

Wie schätzen Sie die Zukunft der Telemedizin im Allgemeinen und der telemedizinischen Betreuung von Patienten mit chronischer Herzschwäche im Besonderen ein – insbesondere vor dem Hintergrund des vom G-BA eingeleiteten Beratungsverfahrens?

Der G-BA überprüft Untersuchungs- und Behandlungsmethoden daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich sind; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Das entsprechende Bewertungsverfahren dient der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der zu bewertenden Methode. Auf der Grundlage der entsprechenden Bewertungsergebnisse entscheidet der G-BA darüber, ob die betreffende Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden darf.

Für die Versorgung ist es an der Zeit, dass die Erfahrungen aus den bestehenden unterschiedlichen Modellen zu diesem Krankheitsbild zusammengefasst und geprüft werden, um im Idealfall die Telemedizin in die Regelversorgung zu überführen. Mit dem Einzug in die Regelversorgung können die Player des Gesundheitswesens einen Baustein in der Digitalisierung aktiv mitgestalten und Wegweiser für die Zukunft setzen.

Als Beispiel für die Vorteile der Telemedizin kann konkret die bessere Einsicht der Haus- und Fachärzte in den Krankheitsverlauf genannt werden. Anhand der vom Versicherten regelmäßig übertragenen Vitalparameter an das telemedizinische Zentrum, erhält der behandelnde Arzt genaue Informationen zu dem Krankheitsverlauf zwischen den einzelnen Arztterminen, was die Auswahl der Therapieverfahren positiv beeinflussen kann. Auch birgt die Telemedizin ein Potenzial für die Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg. Eine Überlegung für die Zukunft könnte sein, dass auch Krankenhäuser in die Telemedizin einbezogen werden. Dadurch würden die telemedizinischen Zentren in die Lage versetzt werden den Informationsaustausch zwischen dem ambulanten und stationären Bereich zu übernehmen und somit zu verbessern.

Lieber Herr Dr. Hager, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

KONTAKT

almeda GmbH

Rosenheimer Str. 116 a
81669 München
+49 89 48059-0
info@almeda.com

SHL Telemedizin GmbH

Betriebsstätte München
Rosenheimer Str. 116 a
81669 München
+49 89 48059-0
info@SHL-Telemedizin.de

Gesellschaft für Patientenhilfe

Rosenheimer Str. 116 a
81669 München
+49 800 48059-800
info@gphilfe.de

IMPRESSUM

TELEVIDA ist ein Dialog Forum für Krankenversicherungen herausgegeben von almeda – Die Gesundheitsberater, SHL Telemedizin und der Gesellschaft für Patientenhilfe mbH

Ralf Bork – Geschäftsführer
Rosenheimer Str. 116 a
81669 München

Konzept & Gestaltung
STUPPARDTPARTNER
Berlin, Menden, Overath
www.stuppardtpartner.de

Titelbild: ImageFlow

