

# Telemonitoring für Patienten mit Herzinsuffizienz im ländlichen Raum



Gemeinsam. Innovativ. Für den Menschen

---

# Die Deutsche Stiftung für chronisch Kranke

---

- 2004 von privaten Stiftern gegründet
- Nicht gewinnorientiert, gemeinnützig
- Finanzbehörden überwachen die Gemeinnützigkeit
- Unabhängig, keine Industrie-Zustiftungen
- Sitz in Fürth & Berlin
- Verwaltet von der DT Deutsche Stiftungstreuhand AG
- Stiftungsgremien:  
Kuratorium und medizinisch - wissenschaftlicher Beirat
- Vorstände: **Dr. Thomas M. Helms, MSc.** (Vorstandsvorsitzender)  
**Horst Ohlmann** (Vorstand)



## Gemeinsam.

Wir **vernetzen** alle Akteure in sektorenübergreifenden, zukunftsfähigen Behandlungs- und Betreuungskonzepten.

## Für den Menschen.

Mit Patientenschulung- und Betreuungskonzepten **stärken** wir chronisch Kranke Menschen im Umgang mit der Erkrankung.

## Innovativ.

Wir **konzipieren, implementieren** und **evaluieren** patientenorientierte, integrierte Versorgungskonzepte und innovative Technologien.

Für eine  
bessere Versorgung  
von chronisch kranken  
Menschen

# Warum brauchen wir neue Versorgungsformen?

## Chronische Herzinsuffizienz

---

- **3,6 Mio. Menschen** von der sogenannten Herzschwäche betroffene in Nord-West Europa – 5 Mio. bis 2025
- Grund für **43,1% der Krankenhauseinweisungen** in Deutschland
- **Regelmäßige Besuche** beim und enge Abstimmung mit dem Arzt notwendig
- Prognose im fortgeschrittenen Stadium schlechter als die meisten Krebserkrankungen: an 4. Stelle der 10 häufigsten Todesarten (2016)
- Starke Beeinträchtigung der Lebensqualität



Quellen: Ponikowski et al. 2016, McMurray et al. 2002, Herzbericht 2018

---

# Warum brauchen wir neue Versorgungsformen?

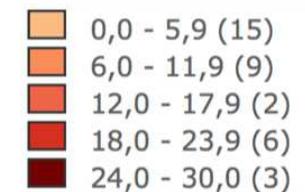
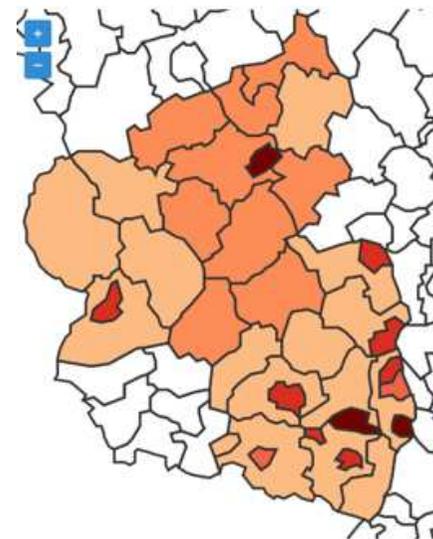
## Demographie und Dichte der Versorgung

---

- **Demographische Veränderungen**  
in der Ärzteschaft und bei den Patienten

- **Unterschiedliche Versorgungsdichten**  
z.B. fachärztliche Versorgung pro 100.000 Einwohner\*
  - Trier: 19,9 Internisten
  - Koblenz: 30 Internisten
  - Eifelkreis Bitburg-Prüm: 5,9 Internisten

\*Versorgungsatlas,  
2015  
Internisten pro  
100.000 Einwohner



# Warum brauchen wir neue Versorgungsformen?

## Koordination

---

- **Patienten melden sich zu spät,**  
so dass frühzeitige Interventionen schwer sind\*
- **Ambulante und stationäre Leistungserbringer stimmen sich zu wenig ab,**  
insbes. bzgl. Medikation und Therapie\*\*
- **Ärzte haben zu wenig Zeit** für die Patienten mit Herzinsuffizienz\*\*\*

\* Ergebnis MIR RLP

\*\*Schoen et al., 2011

\*\*\*Befragung von 30 niedergelassenen und stationär tätigen Ärzten aus RLP im Zuge von E.He.R.





# E.He.R. und EHeR•versorgt

---

## Ziel:

Sicherstellung einer **flächendeckenden**, qualitativ **hochwertigen** medizinischen Versorgung für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz

## Lösungsansatz:

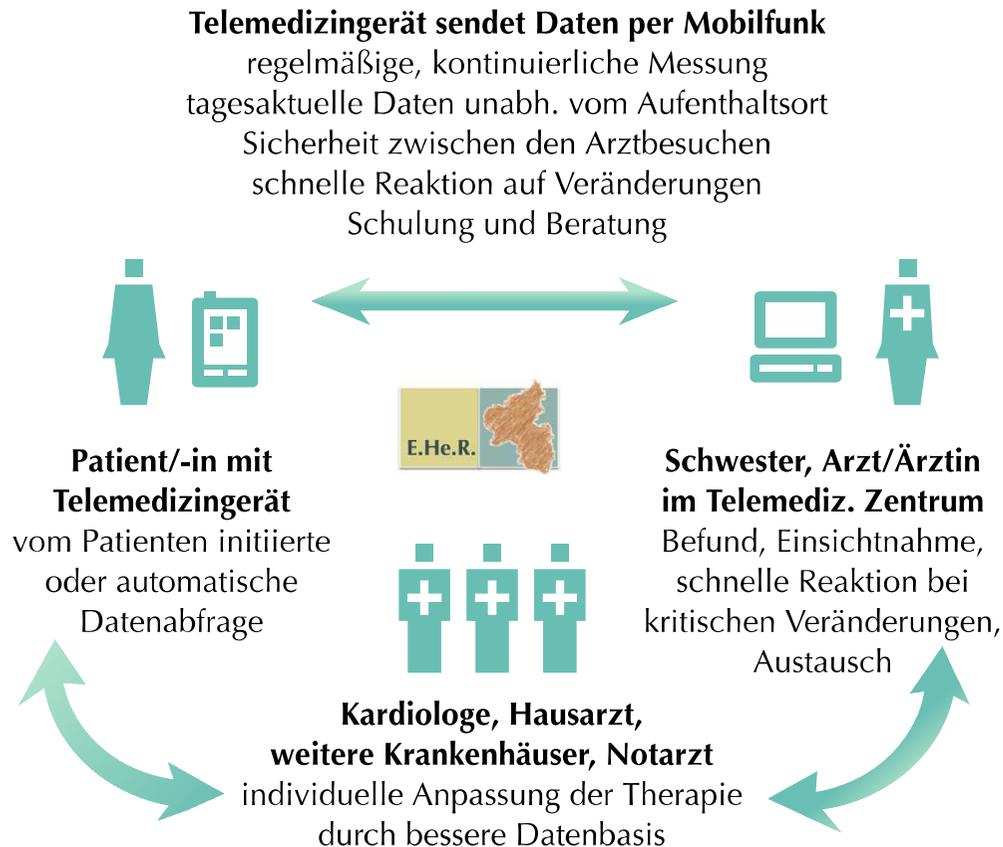
Telemedizinisch gestützte Versorgungskonzepte

- ✓ überwinden große Entfernungen
- ✓ fördern rechtzeitige effiziente Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote
- ✓ unterstützen Patientenführung und deren Krankheitsverständnis



gefördert durch:





- Halb-automatisches **Telemonitoring** (TM) (Blutdruck, Puls, Gewicht)
- **Monitoring** und **24/7** Hotline durch Heart Failure Nurses
- **SOPs:**
  - reguläre Kontakte: 1x während der ersten 4 Wochen, dann 1x im Monat
  - Alarme bei Überschreitung individuell definierter Grenzwerte
- ~~Betreuung der Patienten über 6~~  
**Monate**

# **EHeR•versorgt**

## **Auszug: Intention der Nutzung von Telemedizin**

---

**Wenn Sie eine chronische Erkrankung, z.B. Herzinsuffizienz hätten,  
würden Sie an dem beschriebenen Telemedizin-Konzept teilnehmen wollen?  
Ja / Nein**

# **EHeR•versorgt**

## **Auszug: Intention der Nutzung von Telemedizin**

---

**Sehen Sie Telemedizin als ein Konzept an,  
dass Ihre gesundheitlichen Bedürfnisse erfüllen könnte?  
Ja / Nein**

# Patienten

---

## E.He.R.:

- N = 100 Patienten (Drop Out = 9)
- Alter bei Einschluss: Ø 63,82 Jahre
- männlich: 82, weiblich: 18

## EHeR•versorgt:

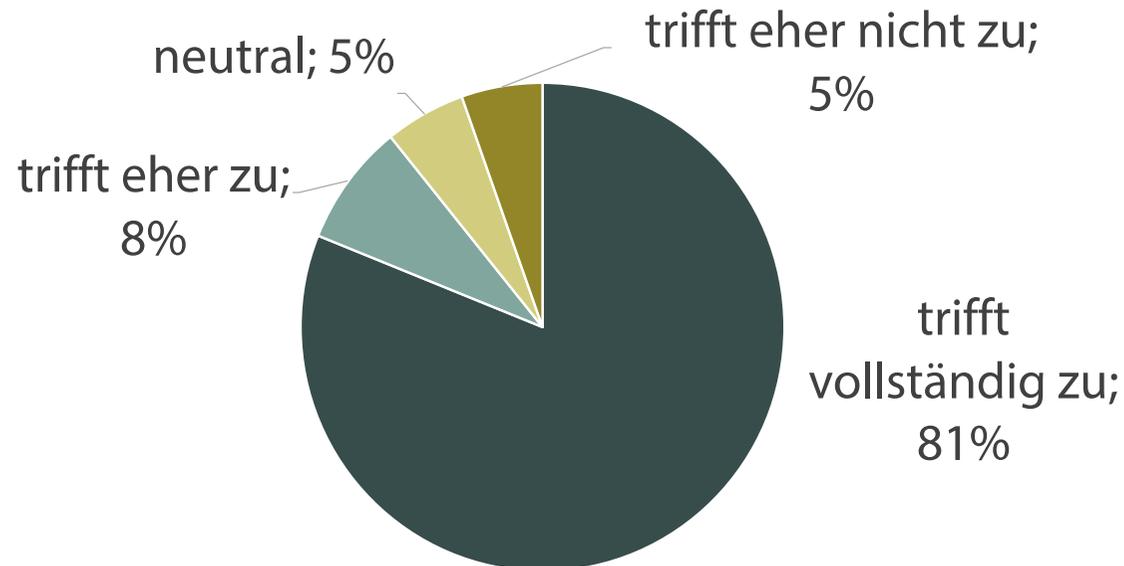
- N = 43 Patienten
- Alter bei Einschluss: Ø 72,3 Jahre
- männlich: 35, weiblich 8

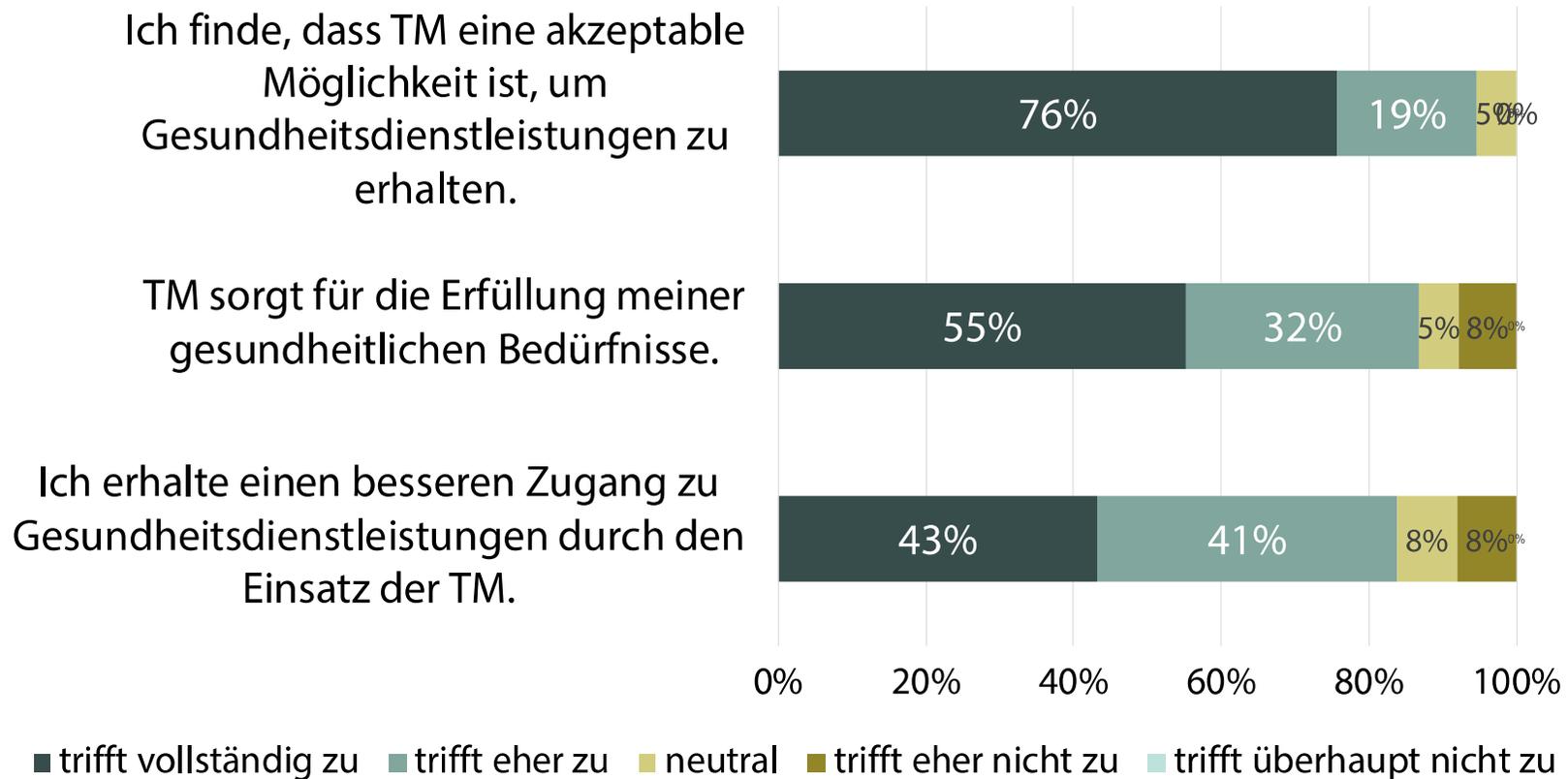


**Was schätzen Sie:  
Wieviel Prozent der Patienten würden Telemedizin erneut nutzen?**

- 0-20%**
- 21-40%**
- 41-60%**
- 61-80%**
- 81-100%**

Wenn ich die Gelegenheit habe, werde ich in Zukunft **wieder Telemedizin nutzen** (n=37).



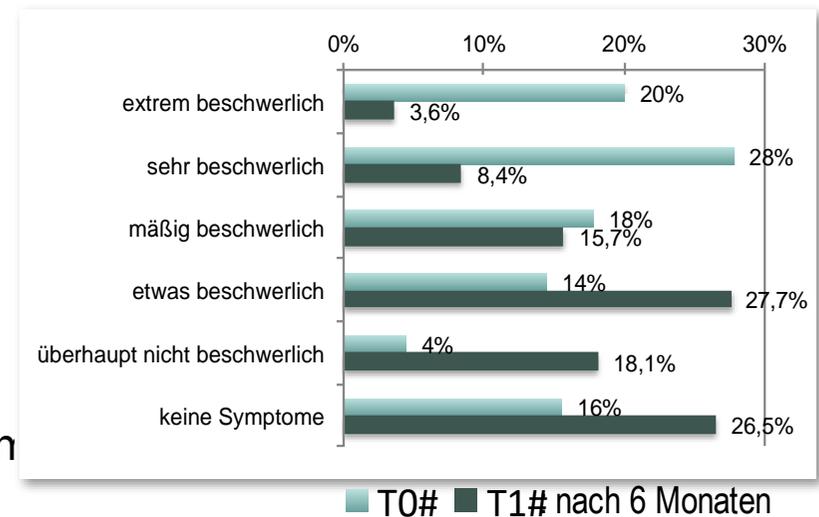


# Erfolge von E.He.R. in der Westpfalz

## Auszug: Verbesserung der Symptome und der Lebensqualität (n=82)

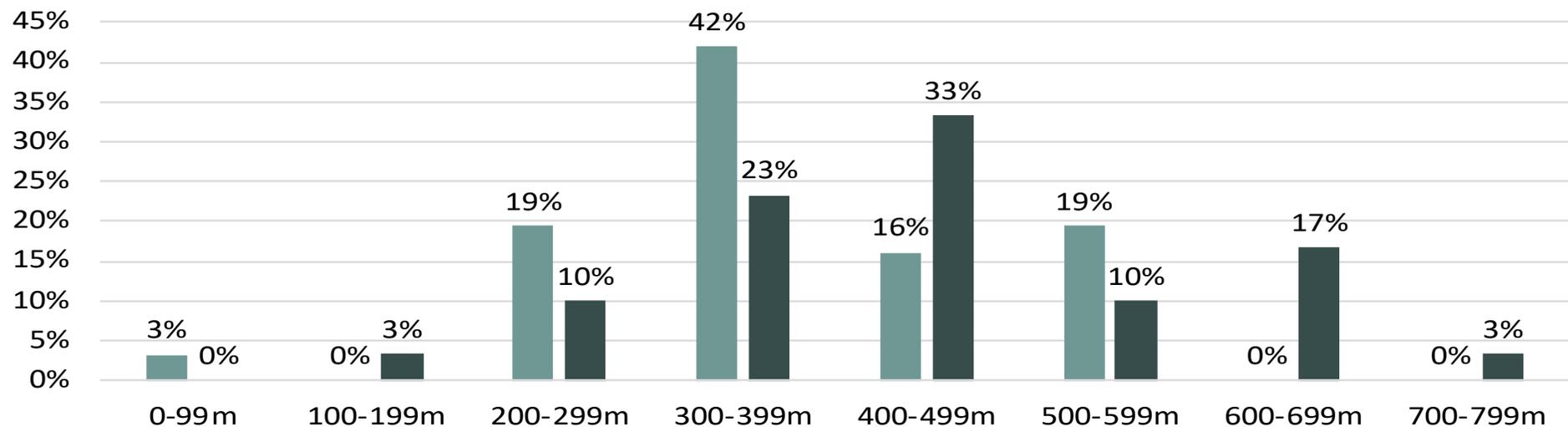
- Sehr oder extrem beschwerliche **Atemnot sank** um 36%
- Sehr oder extrem beschwerliche **Ermüdungserscheinungen fielen** von 33% auf 17%
- **Weniger** spürbare **körperliche Einschränkungen** (z.B. Treppensteigen oder Gartenarbeit)
- Hohes **Sicherheitsgefühl**
- **Weniger Angstzustände**
- Sehr hohe **Zufriedenheit und Spaß** an der Teilnahme

### Atemnot



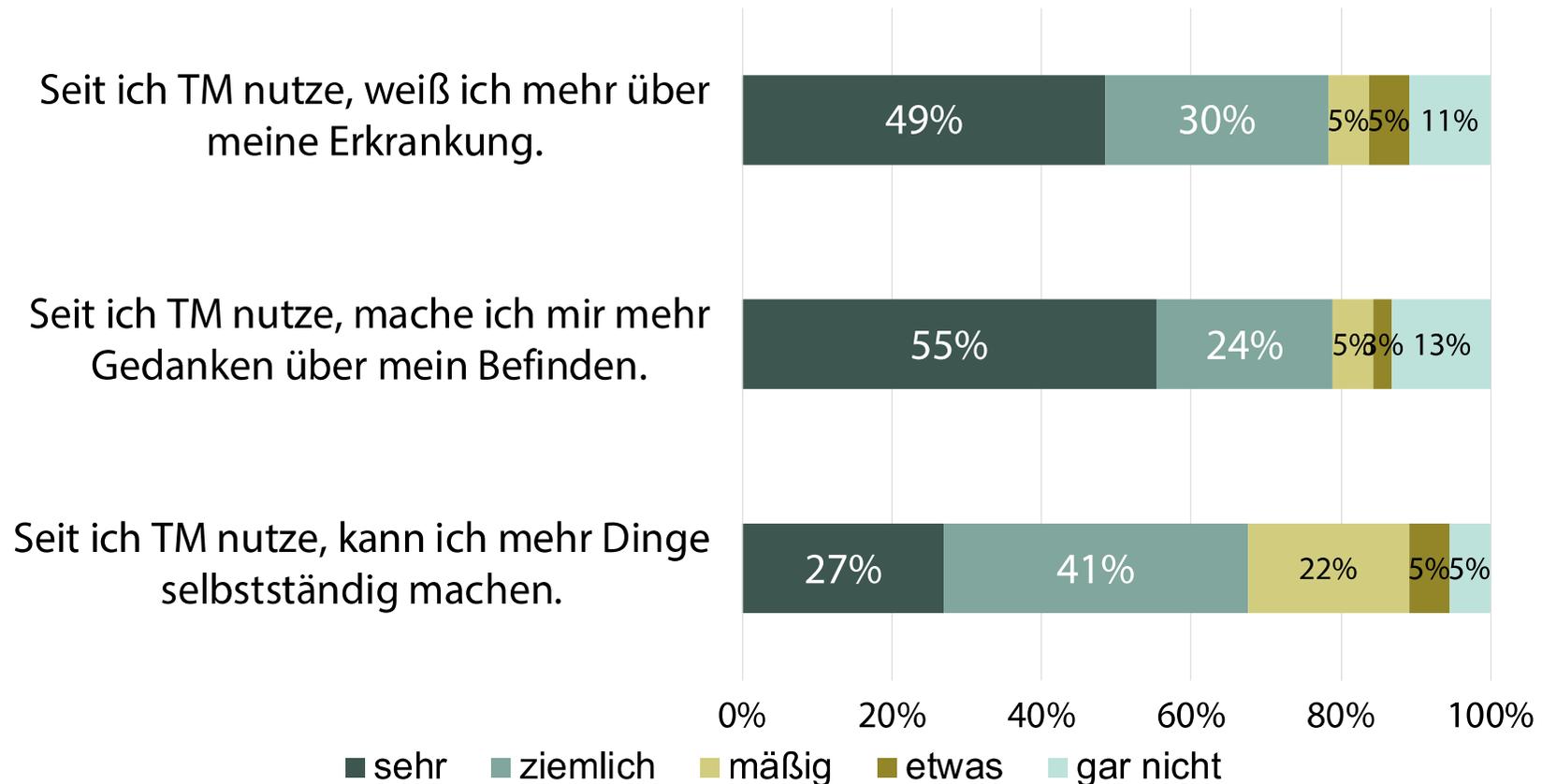
# Erfolge bei EHeR•versorgt

Die **Leistungsfähigkeit** der Patienten (n=30) verbesserte sich, gemessen anhand des 6 Minuten Gehtests



# EHeR•versorgt

## Auszug: Einfluss auf das Verhalten der Patienten (n=38)



## Zufriedenheit der Patienten mit EHeR•versorgt

- Alle Patienten waren **sehr zufrieden** bis zufrieden mit der Kommunikation.
- 97% der Patienten empfanden die Kommunikation als **vertrauensvoll**.
- 90% der Patienten **fühlten sich** bei den Gesprächen **wohl**.
- 74% der Patienten könnten sich vorstellen die Telemedizinschwester **persönlich zu kennen**.



## Fazit

---

- Wir brauchen alternative Ansätze zur Versorgung, insbesondere chronisch kranker Menschen.
- Telemedizin kann ein Baustein sein und wird – auch von älteren – Menschen akzeptiert.
- Telemedizin kann Patienten eine größere Eigenverantwortung für ihre Gesundheit geben.



- Das deutsche Gesundheitssystem muss Strukturen schaffen, um auch kleinere, regionale Projekte in die Routineversorgung überführen zu können.

Lassen Sie uns die Zukunft  
gestalten!  
Für ein besseres Leben von  
chronisch kranken Menschen!

[www.dsck.de](http://www.dsck.de)  
[info@dsck.de](mailto:info@dsck.de)

