

Positionierung eines Telemedizinischen Zentrums

Volker Viktor

Consileon, Düsseldorf

Ronny Dittmar

Eckhard Nagel

Institut für Medizinmanagement

und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth

1 Einleitung

Die telemedizinische Betreuung von chronisch kranken Patienten in der häuslichen Umgebung („Telemonitoring“) wird in Deutschland schon seit einigen Jahren im Rahmen zahlreicher Pilotprojekte, klinischer Studien oder Selektivverträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern praktiziert (vgl. Morguet et al. 2008; Kielblock et al. 2007; Zugck et al. 2005). Gleichwohl hat sich noch kein standardisiertes Servicemodell im Markt etablieren können (vgl. Köhler et al. 2006; Viktor/Schellhorn 2010). So bleibt zu klären, in welcher strukturellen Form sich ein Telemedizinisches Zentrum (TMZ) als neuer Akteur der medizinischen Leistungserbringung erfolgreich positionieren kann.

Dieser Beitrag soll Aufschluss darüber geben, welche Positionierungsmodelle für ein TMZ in Deutschland infrage kommen, welche spezifischen Anforderungen und welche Vor- und Nachteile für diese Modelle gesehen werden. Hierzu wurden im Rahmen einer empirischen Studie die spezifischen Erfolgsfaktoren verschiedener Servicemodelle entwickelt und aus unterschiedlichen Stakeholder-Perspektiven untersucht. Unter Positionierung wird im Folgenden die räumliche wie auch organisatorische Anbindung eines TMZ an Einrichtungen im Gesundheitswesen verstanden.

2 Methodik

Anhand umfassender Literatur- und Internetrecherchen wurden zunächst vier verschiedene Modelltypen für eine Positionierung extrahiert und charakterisiert: (A) Selbstständiges TMZ, (B) TMZ am Krankenhaus, (C) TMZ in einem Ärztenetz sowie (D) TMZ und Krankenkasse.

Die Eignung dieser Modelle wurde aus unterschiedlichen Perspektiven (Leistungserbringer, Kostenträger, Patienten) qualitativ untersucht. Die empirische Untersuchung erfolgte unter Anwendung der Delphi-Methode mit Einzelinterviews und einer

Fokusgruppe (vgl. Häder 2009; Greenbaum 2000; Flick et al. 2007). Insgesamt konnten 17 Experten aus neun Fachgebieten für die Untersuchung rekrutiert werden. Neun Experten äußerten sich im Rahmen von Einzelinterviews und acht im Rahmen der Fokusgruppe. Die Befragung wurde anhand

eines strukturierten Interviewleitfadens durchgeführt.

Jedes Experteninterview umfasste eine Zeitdauer von durchschnittlich 30 Minuten; die Fokusgruppe hatte eine Dauer von circa 2,5 Stunden. Alle Gespräche wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die Auswertung erfolgte durch eine qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an die Methodik nach Mayring (vgl. Mayring 2007).

Die Teilnehmer der empirischen Untersuchung (vgl. Abbildung 1) können aufgrund folgender Eigenschaften charakterisiert werden:

1. hohe fachliche Kompetenz mit ausgeprägtem Branchen-Know-how
2. Zugehörigkeit zu einem in den Modellen repräsentierten Bereich
3. ausgewiesene praktische Erfahrung im Bereich der Telemedizin beziehungsweise des Telemonitorings

3 Modelle

Bei der Entwicklung und Ausgestaltung eines Servicemodells für Telemonitoring existieren vielfältige Möglichkeiten der organisatorischen Anbindung. Viele dieser Möglichkeiten konnten sich bereits in der Praxis, im Rahmen von Pilotprojekten oder Studien, bewähren. Zur besseren Differenzierung von bereits etablierten Servicemodellen wurden zu Beginn der Studie verschiedene Modelle/Szenarien entwickelt, die mit zahlreichen Beispielen aus der Praxis korrespondieren.

Die im Folgenden dargestellten Modelle erheben nicht den Anspruch, alle möglichen Formen eines TMZ zu berücksichtigen. Vielmehr sollen die Modelle einen allgemeinen Überblick und eine grobe Kategorisierung der aktuell in Deutschland vorherrschenden Strukturen im Bereich der Telemedizin aufzeigen.

Autoren: Viktor, V.; Dittmar, R.; Nagel, E.

Titel: Positionierung eines Telemedizinischen Zentrums

In: Duesberg, F. (Hrsg.) e-Health 2011, Solingen (2010), Seiten: 223-227

Stakeholder	Position
Klinik	Klinischer Direktor
	Projektmanager „Neue Versorgungsformen“
Krankenkasse	Vorstandsvorsitzender
	Stellv. Vorstandsvorsitzender
	Manager Vertragswesen
Arztnetz	Geschäftsstellenleitung
Patient	Hypertoniepatient
Telemedizinisches Zentrum	Klinischer Direktor
	Klinische Leitung
	Projektmanager
	Direktor Telemedizin Provider
Industrie	Direktor Telemedizin Provider
	Manager Disease Management Provider
	Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)
Politik	Vorstand Forschungseinrichtung
Forschung und Wissenschaft	Geschäftsführer Forschungseinrichtung
	Manager eines wissenschaftlichen Verbands

Abb. 1: Teilnehmer empirische Untersuchung (Experteninterviews und Fokusgruppe)

Modell A: Selbstständiges TMZ

Das selbstständige TMZ versteht sich als autarkes, organisatorisch wie rechtlich eigenständiges Zentrum, das seine Leistungen gegenüber dem Patienten, anderen Leistungserbringern (Krankenhaus oder niedergelassener Arzt) oder der Krankenkasse erbringt (vgl. Abbildung 2).

Die Rekrutierung von Patienten, die für dieses Modell infrage kommen, erfolgt in der Regel durch die Krankenkassen, die grundsätzlich mit den Betreibern des TMZ kooperieren. Den Patienten wird von Krankenkassenseite die Möglichkeit zur Teilnahme an einem solchen Programm angeboten. Die Patienten können, wenngleich eher selten nachgefragt, auch eigenständig an das selbstständige TMZ herantreten und Leistungen empfangen, müssen diese dann aber selbst zahlen. Das selbstständige TMZ unterstützt als komplementärer Dienstleister Haus- und Fachärzte in Klinik und Praxis, verschiedene andere Leistungserbringer sowie Kostenträger bei der Betreuung von chronisch kranken Patienten.

Modell B: TMZ am Krankenhaus

Dieses Modell besteht aus einer Einheit zwischen Krankenhaus und TMZ (vgl. Abbildung 3). Die Patienten werden entweder von den angebotenen niedergelassenen Fach- und Hausärzten, dem Krankenhaus selbst oder von den beteiligten Krankenkassen auf die telemedizinische Dienstleistung hingewiesen. Nach der Rekrutierung bleiben die Patienten in der Obhut ihres Haus- beziehungsweise Facharztes, der weiterhin erster Ansprechpartner ist. Das TMZ im Krankenhaus ist 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche mit Ärzten oder geschulten Pflegekräften besetzt. Damit stellt es eine Art „Sicherungsnetz“ dar, falls der betreuende Arzt temporär nicht verfügbar ist.

Das vorgestellte Modell eignet sich hauptsächlich für hoch risikoreiche Indikationen, da mit der relativ komplizierten Umsetzung höhere Kosten einhergehen. Gleichwohl ermöglicht die Anbindung an das Krankenhaus einen vereinfachten Rückgriff auf Fachspezialisten, die das TMZ bei komplizierten Fällen oder in Notfällen unterstützen können.

Modell C: TMZ in einem Ärztenetz

In diesem Modell bildet das TMZ mit einem Ärztenetz eine Einheit (vgl. Abbildung 4). Fachärzte und Hausärzte schließen sich zu einem Netz zusammen und bieten gemeinsam unter diesem Dach eine zusätzliche telemedizinische Betreuung für bestimmte Patienten an.

Entweder schließt sich das Ärztenetz mit einem externen Dienstleister zusammen oder betreibt das TMZ auf eigene Rechnung. Ein großer Vorteil dieses Modells ist, dass die beteiligten Ärzte ihre Patienten nicht an einen Dritten überweisen müssen, um die telemedizinische Dienstleistung anbieten zu können, sondern sie können diese selbstständig erbringen.

Die bereits bestehende Bindung des Patienten an den niedergelassenen Arzt verstärkt sich, und andere Vertrauensverhältnisse müssen nicht erst aufgebaut werden. Grundsätzlich kann das Ärztenetz für alle Indikationen genutzt werden. Die Leitung eines eigenen TMZ ist für ein Ärztenetz eine große Herausforderung und erst ab einer gewissen Größe möglich.

Modell D: TMZ und Krankenkasse

Ein weiteres Modell ist das TMZ in Kombination mit einem Disease-Management-Programm (DMP) (vgl. Abbildung 5). Hier bilden die Krankenkasse, das durch die Krankenkasse initiierte DMP und das TMZ eine Einheit. Die Patienten können sich auf eigenen Wunsch oder nach Anfrage der Krankenkasse in ein DMP einschreiben und werden nach wie vor telefonisch betreut. Der Unterschied zu den bereits etablierten Programmen ist, dass die Patienten zusätzliche Geräte zur Verfügung gestellt bekommen.

Das TMZ, besetzt mit geschultem Pflegepersonal und ausgebildeten Ärzten, ist ebenfalls 24 Stunden ganzjährig erreichbar und steht in engem Kontakt mit den jeweiligen niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Die zurzeit durch die DMPs betreuten chronischen Krankheiten wie chronisch obstruktive pulmonale Erkrankungen (COPD) oder Diabetes mellitus können durch eine modifizierte telemedizinische Betreuung um Hochrisikoerkrankungen wie Chronic Heart Failure (CHF) ergänzt werden.

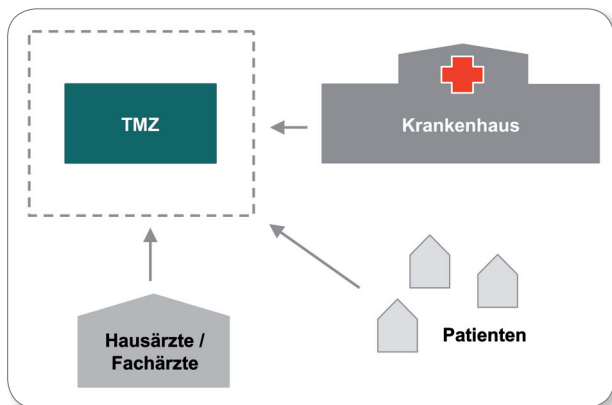


Abb. 2: Model A: Selbstständiges TMZ

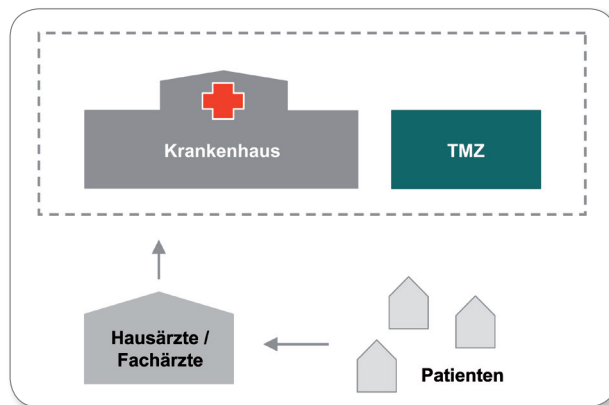


Abb. 3: Model B: TMZ am Krankenhaus

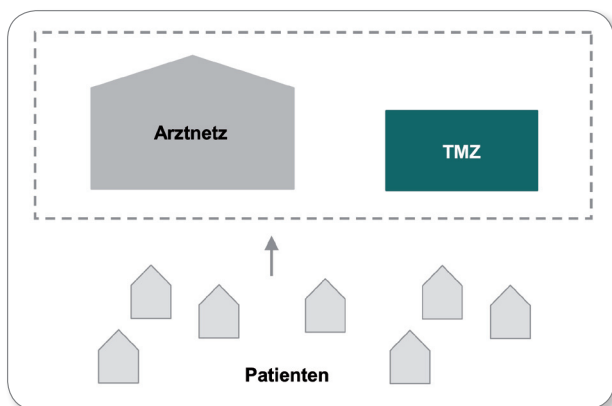


Abb. 4: Model C: TMZ in einem Ärztenetz

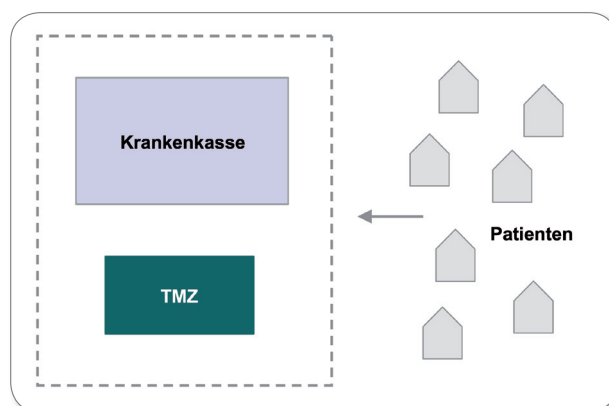


Abb. 5: Model D: TMZ und Krankenkasse

Die Krankenkassen haben durch die langjährige Erfahrung mit den DMPs bereits erste Strukturen aufgebaut und können auf einen schon vorhandenen Erfahrungsschatz bei der Betreuung von chronisch kranken Patienten zurückgreifen.

4 Thesen zu den Vor- und Nachteilen beziehungsweise Chancen und Risiken der Telemedizin aus Sicht der Studienteilnehmer

Die Interviewteilnehmer sehen durchweg ein großes Potenzial, um die Gesundheitsversorgung in Deutschland durch Telemedizin einerseits effizienter und andererseits qualitativ hochwertiger zu gestalten. Diese Ansicht teilen vor allem die Teilnehmer aus dem Krankenhausbereich. Dort sieht man die Möglichkeit, Behandlungskosten und Liegezeiten zu reduzieren, die Patientenbindung zu erhöhen und Zuweisungen zu generieren.

Aber auch die Krankenkassenvertreter schauen optimistisch in die Zukunft. Sie erhoffen sich vor allem, durch die neuen Therapiekonzepte Kosteneinsparungen bei verbesserter Qualität erzielen zu können. Des Weiteren könne man sich, so die Meinung, in einem immer stärkeren Wettbewerbsumfeld durch innovative Versorgungsformen von der Konkurrenz besser absetzen. Allerdings haben die Krankenkassen zurzeit mit finanziellen Engpässen und rechtlichen Restriktionen zu kämpfen.

Hinsichtlich der niedergelassenen Ärzte geht aus der Studie hervor, dass durch die schnelle Information und Kommunikation die Behandlungsqualität wie auch die Effizienz in der

Arztpraxis gesteigert werden können. Darüber hinaus kommt es zu einer vereinfachten Therapieführung des Patienten durch den Arzt, da auf der Grundlage der regelmäßigen telemedizinischen Informationen frühzeitig und gezielt therapiert werden kann.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung geben Aufschluss über eine Vielzahl von Fragen rund um das Themenfeld Telemonitoring in Bezug auf die räumliche und organisatorische Ausgestaltung eines TMZ. Der vorliegende Auszug kann nicht auf alle Fragestellungen, die während der Studie beleuchtet wurden, eingehen, sondern fokussiert auf die folgenden Themen:

- ▶ Positionierung des TMZ
- ▶ Personelle Besetzung des TMZ
- ▶ Beziehung zwischen den Sektoren

Positionierung des TMZ

Die Positionierung eines TMZ ist nach Ansicht der befragten Experten abhängig vom Zusammenspiel folgender Faktoren:

- ▶ Komplexität der zu behandelnden Indikation
- ▶ Beziehung zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus
- ▶ Besetzung des TMZ
- ▶ Performance- und Prozesseffizienz des Betreibers
- ▶ Patientenströme und Möglichkeit der Patientenbindung

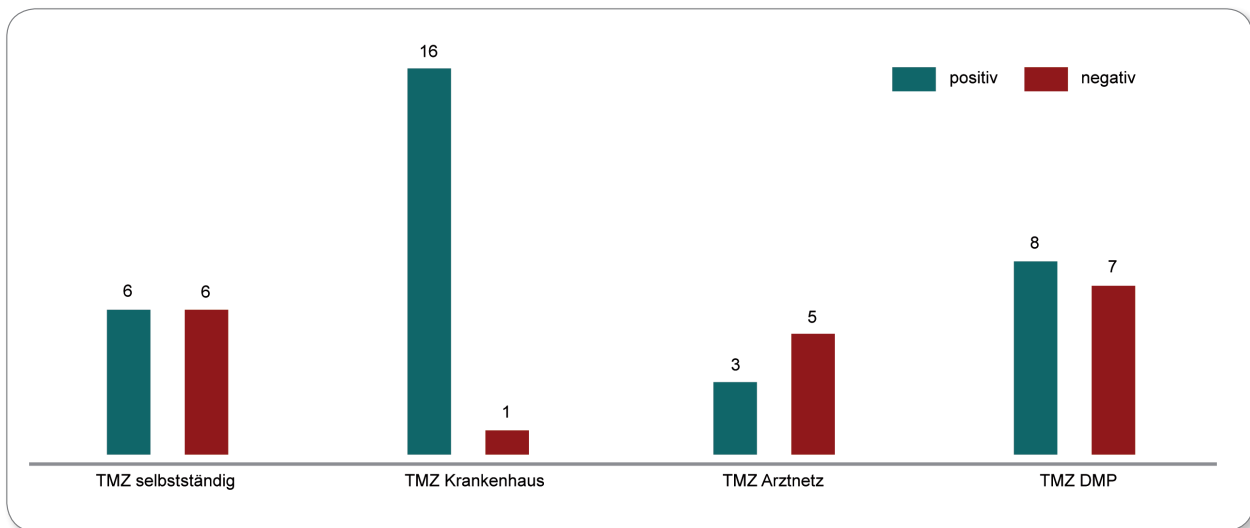


Abb. 6: Positive und negative Äußerungen bzgl. der unterschiedlichen Positionierung eines TMZ (Absolute Anzahl der Äußerungen der Experteninterviews und Fokusgruppe)

- ▶ Qualität der Leistung
- ▶ Akzeptanz der Ärzte und der Patienten
- ▶ Finanzielle Ausgestaltung der Unternehmung

Diese Punkte wurden bei der Entscheidung der Experten für beziehungsweise gegen eines der vorliegenden Modelle berücksichtigt.

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass sich die Experten mehrheitlich für ein Modell der Zusammenarbeit mit dem stationären Sektor aussprechen (vgl. Abbildung 6). Die Gründe hierfür sind vielfältig, jedoch lassen sich einige zentrale Punkte zusammenfassen. Für ein Modell in Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus sprechen die hohe personelle Verfügbarkeit von interdisziplinärem und geschultem Fachpersonal, das vorhandene Qualitätsmanagement, die hohe Akzeptanz beim Patienten, die standardisierten Abläufe und die möglichen Kosteneinsparungen über Synergieeffekte.

Das Modell eines selbstständigen TMZ wurde sehr kontrovers diskutiert und erhielt ähnlich viel Zustimmung wie Ablehnung. Auf der einen Seite steht das Modell für eine kostenbewusste, standardisierte und zentrale Lösung mit einer guten Callcenter-Infrastruktur und einer engen Beziehung zu den Kostenträgern. Auf der anderen Seite wurden jedoch die unpersönliche Betreuung und die oftmals fehlende medizinische und interdisziplinäre Fachkompetenz angesprochen.

Ein Modell, das sich eigenständig aus einem Ärztenetz entwickelt, wurde mehrheitlich skeptisch betrachtet. Dagegen sprechen hauptsächlich die fehlenden Ressourcen, eine unzulängliche Infrastruktur und das Nichtvorhandensein einer kritischen Größe eines Ärztenetzes. Nichtsdestoweniger spielt der niedergelassene Arzt eine bedeutende Rolle im Bereich der Telemedizin, da er eine sehr intensive Beziehung zu dem Patienten pflegt und für diesen erster Ansprechpartner ist.

Das Modell in Kombination mit DMP ist nach Expertenansicht gut geeignet für chronische Indikationen mit niedrigem Betreuungsaufwand. Andererseits wurde von nahezu derselben Anzahl von Experten kritisch angemerkt, dass Kostenträger nicht in die Behandlung von Patienten eingreifen dürften.

Personelle Besetzung des TMZ

Die personelle Besetzung eines TMZ ist ebenso wie die Positionierung abhängig von vielen unterschiedlichen Faktoren, aber in erster Linie von der zu betreuenden Indikation.

Die Indikation entscheidet über den möglichen Grad der Standardisierung. Je nachdem, um welche Indikation es sich handelt, ist eine personalintensive beziehungsweise personalschonende Personalpolitik möglich. In Abhängigkeit von der gewählten Indikation bestimmt sich somit das Verhältnis zwischen ärztlichem und nicht ärztlichem Personal. Grundsätzlich gilt: Je mehr Patienten ein TMZ betreut, umso größer sollte der Standardisierungsgrad der Betreuung sein, um wirtschaftlich handeln zu können. Dies geht nach allgemeiner Auffassung der befragten Experten aus den Studienergebnissen hervor.

Bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder COPD sollte die Mehrzahl der Beschäftigten in einem TMZ aus nicht ärztlichem Personal bestehen, um am Markt wirtschaftlich erfolgreich zu sein. Hier kann beispielsweise die Gewichts-, Blutdruck- oder Blutzuckermessung standardisiert durch Informationstechnologie oder durch geschultes nicht ärztliches Personal erfolgen. Bei Notfällen oder diffizileren Ereignissen muss jedoch immer ein Arzt vor Ort sein. Dies kann durch Bereitschaftspläne oder Ähnliches gewährleistet werden. Handelt es sich um komplexe Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium, bei denen beispielsweise eine tägliche EKG-Auswertung erforderlich ist, sollten rund um die Uhr Fachärzte vor Ort sein.

Auch vor dem Hintergrund der Medikation vorheriger Ereignisse muss der Arzt wichtige Entscheidungen treffen. Grundsätzlich gilt: je schwerwiegender eine Erkrankung, desto schneller muss man reagieren und umso eher ist ein Spezialist erforderlich. Ein weiterer Punkt sind die beruflichen Rahmenbedingungen in Deutschland, die eine gezielte Personalpolitik innerhalb eines TMZ nicht möglich machen. Demgemäß haben Pflegekräfte in Deutschland weniger Handlungsfreiheit als in anderen Ländern.

Beziehung zwischen den Sektoren

Durch die Öffnung des ambulanten Markts für die Kliniken durch § 116b SGB V herrscht ein angespanntes Verhältnis zwischen den Ärzten und Krankenhäusern. Diese Einschätzung wurde von nahezu allen Befragten bestätigt. Die niedergelassenen Ärzte haben große Bedenken, dass ihre Patienten von den Krankenhäusern abgeworben werden.

Ein Krankenhaus hat es schwer, sich gegen die Bedeutung eines niedergelassenen Arztes durchzusetzen, da dieser den direkten Patientenzugang, ordnungstechnische Vorteile (Rezeptierung, Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln) und die Wohnortnähe für die häusliche Versorgung aufweist. Zudem ist die Klinik vom Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte abhängig. Nach Meinung der Experten sind die niedergelassenen Ärzte in Zukunft diejenigen, die über den Zugang zum Telemonitoring entscheiden werden.

6 Zusammenfassung

Versucht man, die wichtigsten Erkenntnisse (vgl. Abbildung 6) zusammenzufassen, zeigt sich, dass das Modell „TMZ am Krankenhaus“ durchweg als am geeignetsten betrachtet wird, wobei insbesondere die hohe Verfügbarkeit von fachärztlicher und interdisziplinärer Expertise für den akuten Bedarfsfall bei Hochrisikopatienten als Vorteil gesehen wird. Demgegenüber scheinen die beiden Modelle „Selbstständiges TMZ“ sowie „TMZ und Krankenkasse“ eher für das langfristige Therapiemanagement im nicht akuten Bedarfsfall geeignet zu sein im Sinne einer Erweiterung/Differenzierung der bereits erfolgreich etablierten DMPs. Eine eigene telemedizinische Betreuung durch niedergelassene Ärzte im Rahmen eines Netzwerks wird weitgehend als ungeeignet betrachtet. Dennoch fällt diesem Modell eine entscheidende Bedeutung bei der Gewinnung und Einschreibung von Patienten zu.

Betrachtet man die Betreuungsleistung von verschiedenen Indikationen, so unterscheidet sich diese hinsichtlich ihrer Komplexität. Dies wirkt sich wiederum auf die Positionierung eines TMZ aus. Daher sollte bei der Besetzung zwischen nicht ärztlichem jedoch fachlich geschultem Personal und

ärztlichem Personal geachtet werden. In einem TMZ sind die Personalkosten nachweislich der größte Ausgabenblock und somit der limitierende Faktor für ein erfolgreiches Geschäftsmodell. Der „Personalmix“ (Verhältnis ärztliches versus nicht ärztliches Personal) sollte somit in Abhängigkeit von der medizinischen Indikation neu überdacht werden.

Ein weiteres Problem hinsichtlich der Umsetzung ist im skeptischen und angespannten Verhältnis zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem stationären Bereich zu sehen. Aufgrund der politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen herrscht hier ein immer stärker werdender Konkurrenzkampf um die Patienten. Die Bindung und die Steuerung des Patienten durch den niedergelassenen Arzt sind jedoch entscheidend für den Erfolg des Telemonitorings, ebenso wie bei der Angliederung eines TMZ an ein Krankenhaus. Betrachtet man den „Patientenweg“ im Falle einer Erkrankung, so ist erkennbar, dass dieser in den meisten Fällen bei dem Hausarzt beginnt. Somit nimmt der niedergelassene Arzt eine Schlüsselstellung im Bereich des Telemonitorings ein.

Letztlich bleibt festzuhalten, dass für die Positionierung eines TMZ als aktiver Partner im Therapiemanagement von chronisch kranken Patienten verschiedene Modelle in Betracht kommen. Je nach Zielrichtung eignen sich für die Betreuung von Hochrisikopatienten eher Modelle mit starker Einbindung von Fachärzten, bei weniger akuten Fällen Modelle mit zentraler Organisation und etablierten Callcenter-Infrastrukturen. Als erfolgsentscheidender Partner wird in allen Fällen der betreuende niedergelassene Haus- oder Facharzt gesehen.

Quellenangaben unter www.e-health-2011.de

Kontakt

Volker Viktor

Consileon, Düsseldorf

Tel.: +49 (0)211 - 54 26 09 13

volker.viktor@consileon.de



Consileon Healthcare Finance

Wir verbinden die Erfahrungen aus dem Finanzsektor mit der Kompetenz im Gesundheitswesen

Wir unterstützen Sie u.a. bei

- Finanzierungs- und Investorenmodelle
- Unternehmenskäufe/-verkäufe
- In-/Outsourcing
- Post-Merger Integration
- Marketing-/Vertriebsmodelle
- Restrukturierung/Reorganisation
- Projektmanagement

CONSILEON

In Ihrem Sinne. An Ihrer Seite.