

Wie Telemonitoring in der außerklinischen Beatmung helfen kann

Grundsätzliches:

- An einem Beispiel werden Bedarfe, mögliche Hilfen und Perspektiven entwickelt
- Dies kann und wird natürlich individuell erweitert oder abgespeckt werden müssen
- Es erhebt KEINEN Anspruch auf Vollständigkeit
- Es fließen neben den klinikbedingten Besonderheiten vor allem jahrzehntelange klinische Erfahrung ein
- Alle mögliche Maßnahmen hinsichtlich der Datenerfassung erfordern selbstverständlich das Einverständnis des Betroffenen bzw. der Betreuung
- Insbesondere unter Pandemiebedingungen stellt sich diese Frage in besonderem Maße (denn es wird nicht die letzte Pandemie sein)

Wie Telemonitoring in der außerklinischen Beatmung helfen kann

1. Status quo:

- Telemonitoring hat in bestimmten Formen schon längst Einzug in Deutschlands Kliniken gehalten
- Im Regelfall werden entweder Fotos oder Sprach-/Filmnachrichten von Patientenseite verschickt oder der Kontakt über Tools hergestellt (Skype, FaceTime, WhatsApp etc)
- Auswertung erfolgt meist nicht strukturiert/geordnet - zumeist wird nur „reagiert“ (Stichwort: „Bestell sie/ihn ein, das sieht ja gar nicht gut aus“) und es kann so auch nicht prospektiv gehandelt werden
- Auch die personelle Besetzung erfolgt zumeist nicht einem Stellenplan, sondern oft danach „wer gerade Zeit, Lust oder Dienst hat“
- Archive der „Befunde“ werden nicht angelegt und/oder dürfen (z.B. aus datenschutzrechtlichen und IT-Gründen) nicht erfolgen
- Es herrscht oft Unzufriedenheit/„Genervtsein“ („Jetzt schickt der schon wieder ein Bild...“)
- Langzeitverfolgungen von Patienten sind mittels dieser bestehenden Verfahren nicht adäquat möglich
- Betten- Belegungsmanagement wird nicht systematisch eingebunden
- Forensische Sicherheitslage ist vielen Behandlern nicht klar und/oder bewusst

Wie Telemonitoring in der außerklinischen Beatmung helfen kann

2. Auswirkungen:

- Beispiel QZ Ambulanz BG Klinikum Hamburg:

Zahlen:

- Rund 1800 Patientenbesuche/Jahr;
- davon rund 150 teil- oder vollbeatmete Betroffene
- davon 65% invasiv; 15% NIV; 20% PNS
- Betreuung durch 5 FÄ*innen (OA/LA/CA) im Tagdienst 5 Tage/Woche 9-13 Uhr
- Visitenzeit im Schnitt 15min/Pat
- Feste WoMan-Power: 2 Stellen (die aber NATÜRLICH) noch einen 2te Tätigkeit haben

Foto/Message/Email „Auswertung“:

- 10-15 Nachrichten/Tag
- Angenommen vom Belegmanager, verteilt an die Spezialisten im Team oder den Diensthabenden
- Im Regelfall Lokalbefunde (Tracheostomata, Dekus, sonstige Wunden)
- Im Beatmungsfalle: Laufende Maschinen im Film oder Alarme „live“

Wie Telemonitoring in der außerklinischen Beatmung helfen kann

2. Auswirkungen:

- Beispiel QZ Ambulanz BG Klinikum Hamburg:

Folgen der Nachrichten:

- rund 300 Pat. müssen unplan- oft auch notfallmäßig „eingeschoben“ werden
- Belegungsmanagement wird vor erhebliche Probleme gestellt (Wohin? Keimbesiedelung? Jetzt Isolierung Covid-Abstrich! Pat will nicht hier- sondern nur dorthin usw.)
- **Gepantes** Arbeiten ALLER Bereiche ist dann nur noch anteilig möglich
- Stressfaktor aller Berufsgruppen steigt („hätte man das nicht VORHER sehen können“)
- Besonders schwierig sind die Fälle, bei denen z.B. ein altes Foto geschickt wurde und der aktuelle Befund sich deutlich verbessert darstellt
- Erhöhter Krankenstand betroffener Mitarbeiter
- Befund wird bei wechselnd zuverlässigen Pat. oft angezweifelt
- Kaum Kontrolle der häuslichen Situation möglich, man ist angewiesen auf Anamnese und Berichte der niedergelassene KollegInnen
- Niedergelassene KollegInnen sind zu Recht mit den Befunden häufig überfordert und haben i.d.R. auch kein strukturiertes Archiv für spez. Verläufe und Befunde

Wie Telemonitoring in der außerklinischen Beatmung helfen kann

3. Mögliche Hilfen:

- Beispiel QZ Ambulanz BG Klinikum Hamburg:

Apparativ-Technisch:

- Sichere, ausreichend schnelle Datenleitung - AUCH BEIM PATIENTEN (Landgebiet?)
- Für die Fotos eine sehr gute Auflösung, für den Ton gute Qualität, für die Peripherie des Patienten und Lokalbefunde eine Mobilität des Übertragungsmediums vor Ort
- **Unbedingt** versierte Betreuung/Pflege vor Ort, die auch den Verlauf des Befundes kennt
- Geruch ist NICHT zu kolportieren, muss aber z.B. bei Wundverhältnissen beschrieben werden
- Ggf. aktuelle Laborbefunde/BGA parat haben
- Insbesondere bei Verwendung von Beatmungsmaschinen, Kapnometriegegeräten und Absaugpumpen halte ich die Langzeitsammlung und Übermittlung von FÜR DEN BEHANDLER wichtigen Daten für prospektiv wichtig
- Damit ist die Erkennung von z.B. Pneumonien in der Anschoppungsphase durch die Parameter Beatmungsdruck möglicherweise frühzeitig(er)erkennbar
- Dies erfordert aber eine dafür definierte Visitenstruktur des regelmäßigen Auslesens in den Praxen/Instituten/Kliniken

Wie Telemonitoring in der außerklinischen Beatmung helfen kann

3. Mögliche Hilfen:

- Beispiel QZ Ambulanz BG Klinikum Hamburg:

Personaltechnische und logistische Überlegungen:

- Weitreichende ERFAHRUNG in der LIVE-Behandlung der geforderten Patientengruppen zur „Kompensation fehlender Sinne“ und Einschätzung/Interpretation der Befunde (Einweisung? Sofort oder nach welcher Zeit? Wenn ambulant möglich, was im Einzelnen)
- Patientenkenntnis macht meiner Einschätzung nach mindestens 1/3 im Gesamtpaket Diagnose/Therapie/Nachsorge-Paket aus
- Televisiten-Struktur muss geschaffen werden AUCH die Vergütung!
- Erhebliche Datenmengen müssen fachlich vorsortiert werden (z.B. AT's) - das wäre in meinem Beispiel zwei Vollzeitkräfte
- „Nebenbei“ von den gerne überschätzen „eierlegenden Wollmilchsauen“ kann/soll das nicht bewertet werden
- Belegmanagement MUSS GLEICH mit ins Boot geholt werden
- Juristische Abteilung des Hauses MUSS im Vorfeld sämtliche Haftungs- und Datenschutzfragen klären
- IT-Abteilung erklärt sich in ihrer Funktion von selbst

1. Telemedizin wird auch langfristig den persönlichen Kontakt UND die körperliche Untersuchung mit allen Sinnen NICHT ersetzen
2. Praxen/Instituten/Kliniken werden das nicht aus dem Ärmel schütteln, sondern benötigen dafür **BESONDERS** erfahrene Behandler und Auswerter
3. Kostenträger müssen sich an den (Mehr-)Kosten beteiligen, immerhin könnten erhebliche stationäre Behandlungskosten gespart werden
4. Die Patientenkenntnis und sein Wunsch nach dieser Behandlungsform sind Grundvoraussetzung effektiver ambulanter Therapieansätze
5. Technische Voraussetzungen (u.a. auch die Datensicherheit) müssen geschaffen werden, sowohl auf Institut- als auch Patientenseite
6. Im Idealfall ist die Kombination der Auslesung aus den verschiedenen Geräten (Beatmung, Blutgasparameter, Absaugung) ein prospektiv auszuwertender Faktor hinsichtlich z.B. der Frage einer notwendigen stationären Aufnahme