

Telemonitoring bei „Akutem Koronarsyndrom“

Effektivität unter klinischen und gesundheitsökonomischen Aspekten

H. Korb, D. Baden, M. Wähler, T. Helms und Ch. Zugck *)

Telemedizinisches Zentrum
der Personal HealthCare Telemedicine Services GmbH
Heinrich-Heine-Allee 1, 40213 Düsseldorf

*) Universitätsklinikum Heidelberg,
Abteilung für Kardiologie, Angiologie und Pulmonologie
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg

PHTS
TELEMEDIZIN

Stellenwert der Telemedizin in der Prävention, Diagnostik und gerichteten Therapieführung bei „Akutem Koronarsyndrom“



Studienziel:	Evaluation des Stellenwertes der Telemedizin in der Prävention, Diagnostik und gerichteten Therapieführung bei „Akutem Koronarsyndrom“	
Studiendesign:	prospektiv, kontrolliert	
Studienkollektiv:	290 kardiovaskuläre Patienten	Männer: 194 (67%); age: 68 +/- 6.6 years Frauen : 96 (33%); age: 66 +/- 7.7 years
	Einschlussindikationen:	Koronare Herzkrankheit - Z.n. Myokardinfarkt - Z.n. Katheter-Intervention (PTCA; EPU) - Z.n. Herzchirurgie (auch HTx) unklare Rhythmusstörungen
Studienzeitraum:	3 Monate Beobachtungszeitraum / Patient	

PHTS
TELEMEDIZIN

Kann die unnötig hohe Zahl von Krankenhauseinweisungen unter dem Leitsymptom „Brustschmerz“ verringert werden?



750 000 Klinikzuweisungen / Jahr - davon 450 000 Aufnahmen stationär / intensiv - davon 80 % ohne fassbares klinisches Korrelat

Grund des Anrufes Beschwerdesymptomatik	Gesamt	Notrufklassifikation und - charakteristik (* Pat: Retrospektive Befragung)						
		Notarzt		Klinikeinweisung		Ärztliches Konsil		Beruhigung / Beratung
		TZ	Pat*	TZ	Pat*	TZ	Pat*	
Rhythmusstörungen (49.9)	195	0	29	4	21	3	70	188
Angina pectoris (20.9)	158	4	48	4	35	7	54	143
Brustschmerz	135	0	22	0	12	1	42	134
Andere Symptome	101	1		0		5		95
Gesamt	589							560

minus 114 Notarzteinsätze

minus 69 stationäre Aufnahmen

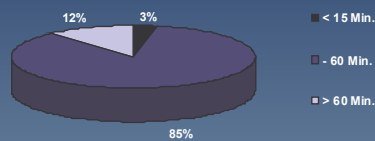
minus 107 Besuche bei Haus- o. Facharzt



Kann die hohe Letalität bei Myokardinfarkt bzw. die Sequenz konsekutiver Funktionseinbußen durch eine Optimierung der Prähospitalphase mit Verkürzung der „Door-to-Needle-Time“ und rechtzeitigerem therapeutischen Einsatz minimiert werden?



300 000 Infarkte - 130 000 Todesfälle - 50 % vor Klinikaufnahme
200 – 710 min Gesamtzeit zwischen Symptombeginn und Therapieende

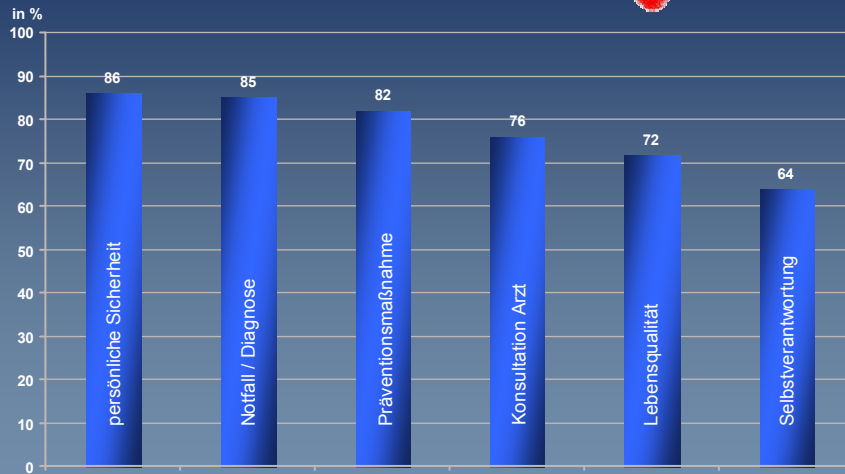


- 88 % Kontakt innerhalb der ersten Stunde nach Symptombeginn
 - 12 % prolongierte Reaktion < 1 Stunde
- 95 % aller Notfall-Patienten kontaktierten das telemedizinische Zentrum in der ersten Stunde nach Beschwerdebeginn

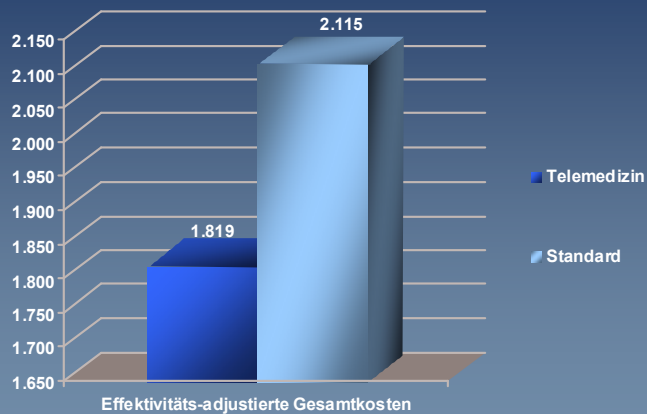
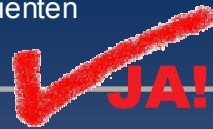
- 89 % hätten ohne telemedizinische Betreuung zugewartet
 - 9 % hätten zum Zeitpunkt ihres Anrufs einen Arzt oder eine Klinik aufgesucht
 - 2 % hätten Notdienst / Notarzt verständigt
- 75% aller Notfall-Patienten hätten auf ein Abklingen der Beschwerden gewartet



Kann durch eine konsequente Verlaufsbeobachtung dem verunsicherten Patienten nach Herzinfarkt, Katheterintervention (PTCA / Stent) oder Chirurgie (CABG) Lebensqualität, Mobilität und Selbstvertrauen zurückgegeben werden?



Ist eine konsequente Überwachung dieser Patienten gesundheitsökonomisch vertretbar?



Ein erster Schritt...

...in eine neue Ära des Gesundheitswesens!



PHTS
TELEMEDIZIN