

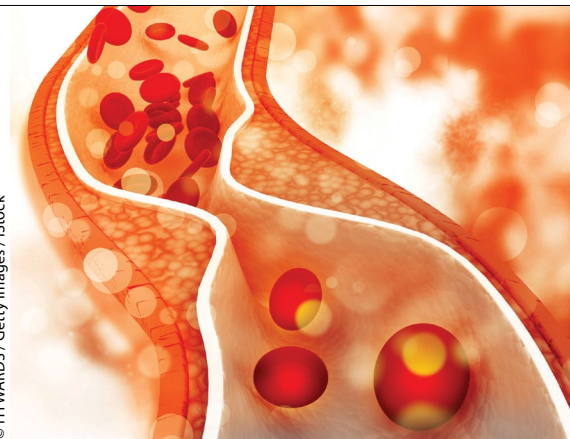
sel-Revaskularisationen oder dringende Rehospitalisierungen wegen instabiler Angina (MACEplus). Die Wahrscheinlichkeit, in den kommenden zwei Jahren kein solches Ereignis zu erleiden, war für Patienten mit Plaque-Rupturen um 50 % geringer als für Patienten, bei denen eine Plaque-Erosion als Infarktsache identifiziert wurde (Odds Ratio, OR: 0,49; $p=0,034$). Insbesondere Target-Vessel-Revaskularisationen, Klinikeinweisungen wegen instabiler Angina und erneute Infarkte kamen bei den Teilnehmenden mit Ruptur viel häufiger vor.

Personalisierte Therapie in Abhängigkeit der Infarktsache

Doch welche Konsequenzen haben diese Erkenntnisse nun für die Praxis? The-

rapeutisch betrachtet derzeit noch keine, wie Seppelt in der anschließenden Diskussion ausführte, denn momentan werden alle ACS-Patienten mit denselben sekundärpräventiven Medikamenten behandelt. Der Kardiologe hofft aber, dass sich die Behandlung künftig mehr an der zugrunde liegenden ACS-Entität orientiert, im Sinne einer personalisierten Therapie: also dass z. B. bei einem Patienten mit Plaque-Ruptur ein anderer Therapieansatz verfolgt wird als bei jemandem mit Plaque-Erosion. Deshalb sei es wichtig, im akuten Setting herauszufinden, ob eine Plaque-Erosion oder eine Plaque-Ruptur vorliege, so Seppelt. „Die intrakoronare Bildgebung beim Infarkt ist sehr wichtig“, machte er deutlich.

Veronika Schlimpert



© HYWARDS / Getty Images / iStock

Was beeinflusst die Klinik und Prognose von Infarktpatienten mehr: Eine Plaque-Ruptur oder eine Plaque-Erosion?

Seppelt C: Plaque ruptures and intact fibrous cap account for different outcomes in patients with acute coronary syndrome, Late Breaking Clinical Trials I, DGK-Jahrestagung 2022, 20.–23. April, Mannheim

Herzinsuffizienz-Telemonitoring startet: Das gilt es zu beachten

Das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz eröffnet ein neues Spektrum im Management von Herzinsuffizienzpatienten. Es werden jedoch hohe infrastrukturelle und methodische Anforderungen an die Beteiligten gestellt.

Kein Scherz, seit 1. April 2022 sind die Voraussetzungen für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz geschaffen. Zu diesem Zeitpunkt wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz publiziert (https://www.kbv.de/media/sp/QS-V_TmHi.pdf) und trat damit in Kraft. Voraus ging ein langes Verfahren, das 2016 begann und nun nach Erweiterungen und Umwegen ab dem 2. Quartal 2022 eingesetzt und abgerechnet werden kann.

Ein wichtiger Meilenstein war der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum „Telemonitoring bei Herzinsuffizienz“, (BAnz AT 30.3.2021 B4), der auch die drei wesentlichen Akteure nennt:

- Der Patient, der mittels Telemonitoring überwacht wird,
- der primär behandelnde Arzt (PBA), der Haus- oder Facharzt sein kann und
- das Telemonitoring-Zentrum (TMZ). Dabei kann das Monitoring bei Patienten mit Herzinsuffizienz aggregatbasiert oder mit externen Sensoren erfolgen.

Diese Patienten können ins Monitoring

Es gibt vier Einschlusskriterien: Die Patientinnen und Patienten müssen eine Herzinsuffizienz (NYHA II oder III mit Ejektionsfraktion < 40 %) aufweisen und entweder ein ICD oder CRT tragen oder aufgrund einer kardialen Dekompensation im zurückliegenden Jahr in Behandlung gewesen sein. Weiter muss, wie PD Dr. Ralph Bosch aus Ludwigsburg bei der DGK-Jahrestagung betonte, die Herzinsuffizienz leitliniengerecht behandelt werden und die Übertragung der Monitoringdaten muss gewährleistet sein ebenso wie das Selbstmanagement der Patientin oder des Patienten.

Aufgaben des TMZ

Das TMZ hat eine Reihe von klar definierten Aufgaben. Dazu gehören Dokumentations- und Statistikpflichten. Das sei in der Versorgung im kassenärztlichen Bereich ein Novum, betonte Bosch, der einige wichtige Punkte exemplarisch anführte.

Treten z. B. Warnmeldungen auf, muss das TMZ den primär behandelnden Arzt am selben Tag benachrichtigen und ihm/ihr alle wichtigen Fakten zum medizinischen Sachverhalt, Messwerte und gegebenenfalls den Handlungsbedarf mitteilen – und dies dokumentieren. Der PBA ist angehalten, innerhalb von 48 Stunden zurückzumelden, welche (Therapie-)Maßnahmen veranlasst wurden. Es besteht auch die Möglichkeit, bestimmte Aufgaben des TMZ an Dienstleister zu übertragen, wie z. B. die Bearbeitung von „Alerts“.

Wichtig für das Monitoring mithilfe interner Aggregate oder externer Sensoren sei auch, dass eine gute Anbindung an die eigene HI-Management-Plattform möglich ist, betont Bosch. Die Daten sollten auf Knopfdruck abrufbar sein. Hier sind auch die Hersteller gefordert.

Alle Anforderungen sind detailliert in der Qualitätssicherungsvereinbarung definiert. Die Abrechnungsziffern (EBM und GOÄ) sind online publiziert bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. der Bundesärztekammer. Eine außerbudgetäre Vergütung ist für 24 Monate vorgesehen, wie es danach weitergeht, weiß man nicht.

Dr. Carola Göring

Bosch R: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz – Implikationen des G-BA-Beschlusses für die tägliche Routine, DGK-Jahrestagung 2022, 20.–23. April, Mannheim