


# **Druck**punkt

Das Magazin für Prävention und Behandlung von Bluthochdruck



**Sodium und Gomorrha**  
Die Salzdebatte wird neu belebt

**Herzrhythmusstörungen**  
bei Hypertonie

**Hypertonie bei entzündlichen**  
Erkrankungen



**AKTUELL**

- 6 Stellungnahme der Deutschen Hochdruckliga – Blutdruckmessung und Zielblutdruck
- 7 Wissenschaftliche Taskforce DHL: Wirksamkeit der Nierenervenverödung in der SPYRAL HTN-OFF MED-Studie nachgewiesen

**GESUNDER BLUTDRUCK**

- 8 Natrium und Gornorra: Die Salzdebatte wird neu belebt
- 12 Herzrhythmusstörungen bei Hypertonie – häufig und im Einzelfall gefährlich
- 16 Hypertonie bei entzündlichen Erkrankungen
- 19 Nichtalkoholische Fettlebererkrankung: Plädoyer für einen gesunden Lebensstil
- 25 Fetale Programmierung kardio-metabolischer Erkrankungen

**AKTIV LEBEN**

- 27 2 Jahre Präventionsgesetz aus Sicht des Präventionsmediziners

**RICHTIG MESSEN**

- 30 Wunsch oder bald Wirklichkeit: Digitale Gesundheitshelfer in der Versorgung?

**GESUND ESSEN**

- 33 Gesund ernähren, länger leben: Studie belegt Wirkung der DASH-Diät

**AUS DER HOCHDRUCKLIGA**

- 35 Kongress der Europäischen Hypertoniengesellschaft (ESH)
- 36 Deutsche Hochdruckliga und Deutsche Hypertonie Stiftung: Wissenschaftspreise und Ehrungen 2017
- 37 Aus den Selbsthilfegruppen
- 38 European Society of Hypertension: Van Zwieten Preis an Prof. Thomas Unger
- 38 Impressum

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

## Wunsch oder bald Wirklichkeit

# Digitale Gesundheitshelfer in der Versorgung?

Verschlafen wir die Digitalisierung im Gesundheitswesen? Unterstützen digitale Gesundheitshelfer überhaupt die Therapietreue? Wie kann die Therapie sektoren- und facharztübergreifend verbessert werden? Diesen Fragen geht ein Workshop auf dem diesjährigen DHL-Kongress nach. Wir haben Vertreter der Deutschen Hochdruckliga und der Deutschen Diabetes Gesellschaft im Vorfeld der Veranstaltung interviewt. Am Gespräch nahmen teil: Professor Florian P. Limbourg, Hannover, Mitglied der Sektion „Versorgungsstrukturen/ Hypertonie-Zentren DHL®“ und assoziiertes Mitglied der Kommission „Telemedizin und E-Health“, Dr. Matthias Kaltheuner, Leverkusen als Vertreter der Deutschen Diabetes Gesellschaft und Mark Grabfelder, Geschäftsführer der Deutschen Hochdruckliga.



Foto©: Yanik Chauvin

**Druckpunkt: Welchen Beitrag werden digitale Gesundheitshelfer in Zukunft für die medizinische Versorgung von Hypertonikern und Diabetikern leisten? Ersetzt die App bald den Arzt?**

**Prof. Limbourg:** Auf unsere Gesellschaft rollt eine mächtige Welle von chronischen Erkrankungen zu, die bereits in einigen Jahren unser Gesundheitssystem überlasten könnten. Digitale Gesundheitshelfer und -systeme haben das Potential, das Management und die Prognose von Patienten mit chronischen Erkrankungen, wie zum Beispiel der Hypertonie, zu verbessern.

Anwendungsgebiete sind sowohl auf Patientenseite, aber auch auf Seiten der Ärzte, Gesundheitspartner und Kostenträger vorstellbar. Beispiele hierfür sind Apps zur Verbesserung der Therapietreue, digitale Systeme zur verbesserten Kommunikation von Daten oder Symptomen zwischen Arzt und Patient, die Datenkommunikation zwischen zwei Ärzten, aber auch ein Gesundheitsnetzwerk mit Patient, Ärzten und erweiterten Versorgungsstrukturen. Eine zentrale Rolle könnte auch die Funktion der „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Empowerment) für den Patienten darstellen.

Idealerweise stellen digitale Gesundheitshelfer den „Kit“ für ein Netzwerk

dar, in dessen Zentrum das Patientenwohl bei effektiver Nutzung von Ressourcen steht. Eine wichtige Funktion solcher Netzwerke wäre der Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung.

**Dr. Kaltheuner:** Digitale Gesundheitshelfer werden in Zukunft im Alltag der meisten Diabetiker einen selbstverständlichen Platz einnehmen. Die App ersetzt nicht den Arzt, sondern macht die Datenflut handhabbar. Der Arzt, der Diabetesberater und andere werden nicht minder wichtig, da die komplexe Krankheitssituation weiterhin viel Deutung bedürfen und viel Kompetenz im Umgang mit der Technik nötig sein wird.

**Grabfelder:** Die sprechende Medizin auf Augenhöhe trägt wesentlich zur erfolgreichen Behandlung bei. Sprechende Medizin braucht aber einen Arzt. Das kann digitale Medizin nicht leisten.

Digitale Helfer werden erfolgreich sein, wenn sie Hilfe zur Selbsthilfe leisten und eine sinnfüllende Vernetzung ermöglichen. Der Mensch braucht den Menschen. Wir müssen den Patienten abholen und zwischen zwei Arztterminen begleiten, um die Therapietreue zu verbessern. Optimalerweise führt der digitale Helfer den Patienten auf Wunsch online und offline mit seinem

Arzt, der Arzthelferin, dem Apotheker, Sportverein oder Freundeskreis zusammen.

„Dr. Watson“ von IBM bereitet die von den Fachgesellschaften erstellten Leitlinien auf und bietet eine leitlinienkonforme Diagnose an. Wo Medizin drauf steht, muss aber auch Medizin in Form ärztlichen Handelns enthalten sein. IBM müsste Dr. Watson als Medizinprodukt deklarieren. Wir müssen aufpassen, dass wir nicht die Deutungshoheit über die digitalen Schaltkreise verlieren. Digitale Dienste können beim schlüssigen Protokollieren zu Nachweis-/ Aufklärungszwecken helfen. Das digitale „medical decision supporting“ zeigt auf, ob leitlinienkonform diagnostiziert und behandelt wird. Behandlungsfehler könnten vermieden werden. Die Therapiehoheit darf nicht an einen Computer delegiert werden.

**Druckpunkt: Werden digitale Gesundheitshelfer überschätzt, verbessern sie überhaupt die Therapietreue oder die Gesundheitskompetenz?**

**Dr. Kaltheuner:** Die „Therapietreue“ bzw. die Motivation zum Selbstmanagement wird meines Erachtens unverändert von der Persönlichkeit und dem Stadium der Krankheitsverarbeitung bestimmt. Der bessere Einblick in das Krankheitsgeschehen durch eine neue Technik, wie beispielsweise bei der kontinuierlichen Glukosemessung, kann allerdings die Selbstwirksamkeit deutlich steigern und zu völlig neuem Verhalten verhelfen.

**Prof. Limbourg:** Es fehlen zurzeit solide wissenschaftliche Untersuchungen. Wir brauchen dringend unabhängige und nach wissenschaftlichen Qualitätskriterien durchgeführte Untersuchungen zur Beurteilung des Nutzen und der Effektivität von digitalen Gesundheitshelfern.

Die Politik muss ihre Rolle in der Sorge für das Gemeinwohl ernst nehmen, und diese Initiativen aktiv unterstützen. Idealerweise durch Förderung von Forschungsprojekten zur Qualität einzelner Anwendungen, aber auch zur Untersuchung von Netzwerkkonzepten, beispielsweise in regionalen Pilotprojekten.

**Grabfelder:** Es ist für uns nicht immer einfach, vor lauter Bäumen den Wald zu finden. Das gilt in der digitalen und analogen Welt. Mit Normalgewicht, Tabakverzicht, ausreichend Bewegung und einer ausgewogenen, salzreduzierten Mittelmeerküche sowie einem maßvollen Alkoholkonsum sorgen wir am besten vor. Zu dieser Einsicht gelangen wir auch ohne Big Data Techniken.

Wir sind heutzutage dank digitaler Hilfen ständig erreichbar. Die Arbeit ist verdichtet. Die Therapieempfehlung könnte lauten, regelmäßig abschalten zu lernen, zu entspannen und die reale Gegenwart zu suchen. Wir sollten mindestens theoretisch in der Lage sein, ohne digitale Hilfen in der analogen Welt zurechtzukommen. Es darf nicht unser einziges Ritual am Tag bleiben, allein auf unser Smartphone zu schauen und uns die Termine diktieren zu lassen. Ich brauche eigentlich keine App, um zu wissen, ob ich mich genug bewege oder genug schlafe. Vielleicht vergesse ich auch immer meine blutdrucksenkenden Medikamente. Wir brauchen vor allem Alltagsrituale, um auch einmal herunter zu kommen bzw. bei Bedarf auch Einnahmerituale für die Medikamente, z.B. kann ich die Tabletten immer neben den Zahnpfutzbecher stellen.

Moderates Ausdauertraining ist eine wichtige Therapieempfehlung. Laufen statt schnaufen ist das altbekannte Motto. Natürlich kann hier auch ein Brustgurt mit App helfen. Ich kann dabei in dem genau für mich passenden Belastungspuls trainieren. Vielleicht brauche ich auch den sozialen Druck einer virtuellen Gruppe, der mich an mein Bewegungsspensum erinnert. Vielleicht wird es auch bald eine virtual reality-Brille geben, die unseren vor uns stehenden Teller in der Größe an unseren zu erwartenden Kalorienverbrauch anpasst, oder das Smartphone verweigert seine Dienste, wenn wir zu lange vor dem Fernseher sitzen. Möglicherweise erkennen intelligente Sensoren bald, ob wir die verordneten Medikamente auch heruntergeschluckt haben. Es gibt auf alle Fälle einige empfehlenswerte Entspannungs-Apps. Hoffentlich wird auch bald die Arzt-Terminvergabe einfacher, sodass die Abstimmung mit der Arzthelferin wegfällt.

**Druckpunkt: Lässt sich die Diagnose und Therapie für Diabetes und Hypertonie überhaupt digitalisieren? Welche Rolle spielen dabei die Sektoren- und Facharztgrenzen bzw. die Krankenkassen?**

**Grabfelder:** Die Sektoren-, Facharzt- und Krankenkassengrenzen verhindern heute eine optimale Behandlung von Hypertonikern. Der Hausarzt weiß nichts von der Facharzt diagnose. Der Krankenhausarzt tauscht sich nicht mit dem Hausarzt aus. Digitale Helfer könnten vieles vereinfachen und verbessern.

Die Hypertoniker sind in Kliniken und Praxen allgegenwärtig, ohne dass sie besonders auffallen. Der individuelle Bedarf des Hypertonikers müsste aber in den Mittelpunkt gerückt werden. Die Behandlungsprozesse müssen sich an seinem Bedarf ausrichten. So können Drehtüreffekte verhindert werden. Das geht nur durch eine konzentrierte Zusammenarbeit über Sektoren-, Facharzt- und Krankenkassengrenzen hinaus. Wir dürfen auch die Apotheker nicht vergessen. Digitale Helfer könnten hier koordinieren.

Möglicherweise ist die Gesundheitsakte wie sie von der Techniker-Krankenkasse bzw. AOK geplant wird, ein trojanisches Pferd, um die Sektorengrenzen zu überwinden. In der Gesundheitsakte wird gespeichert, was der Patient wünscht. Das können Daten vom letzten Krankenhausaufenthalt, aber auch eigene Vitaldaten des Patienten sein. Er erlaubt seinem Hausarzt den Zugriff. Beide werten beispielsweise zusammen die Aufzeichnungen aus und schauen nach der optimalen Therapie. Der Facharzt wird hinzugezogen, kann sich schnell einen Überblick verschaffen und gezielt Empfehlungen geben. Der Patient hat die Hoheit über seine Daten. Das stärkt zudem seine Eigenverantwortung.

**Dr. Kaltheuner:** Diabetes mellitus ist eine sehr datenintensive Erkrankung, bei der Betroffener und Behandler gemeinsam mit den Daten umgehen müssen. Die digitale Technik ist prädestiniert dabei zu helfen, allerdings muss Sie nützlich gestaltet sein. Außerhalb der Diabetologie sind die Techniken kaum bekannt, insofern ist die ►

Kompetenz des Nutzers wichtig, um Ergebnisse auch an anderen Stellen in der Versorgung vermitteln zu können. Krankenkassen folgen zur Zeit einem Trend, jeweils Apps zu entwickeln, die durchaus sinnvoll gemacht sind, evtl. aber mehr der Kundenbindung dienen als der allgemeinen Nutzbarkeit.

**Druckpunkt: Verschlafen wir etwa die Digitalisierung im Gesundheitswesen? Sind wir zu unkritisch oder machen andere bald das Geschäft?**

**Prof. Limbourg:** Die Politik muss ihre Verantwortung wahrnehmen und die Rahmenbedingungen für digitale Gesundheitskonzepte schaffen. Momentan behindern die Datenschutzbestimmungen leider immer stärker viele innovative Ideen.

Letztendlich sollte die Politik eine qualitativ hochwertige Medizin und die damit verbundene Verbesserung der Prognose von Patienten mit Hypertonie in den Mittelpunkt der Überlegungen stellen. Digitale Gesundheitssysteme, die hierbei einen belegten Nutzen haben, sollten gefördert und auch erstattet werden. Wir brauchen große Pilotprojekte in Deutschland.

**Dr. Kaltheuner:** Wir verhalten uns wie meistens in Deutschland: Kenn ich nicht – brauch ich nicht – Quatsch – wenn die meisten es machen, muss ich wohl auch. Wir sind eher nur kritisch und kommen uns dabei toll vor und kümmern uns zu wenig um unsere Kompetenzentwicklung.

**Grabfelder:** Es wird mit viel Geld spekuliert. Viele Apps sind umsonst. Wir bezahlen dann mit unseren Daten, ob wir es merken oder nicht, bzw. das Start-Up und seine Risikokapitalgeber spekulieren auf eine Übernahme durch einen großen Player. Amazon ist jetzt übrigens auch dabei. Das Projekt hat den verheißungsvollen Namen „1492“, das Jahr, in dem die neue Welt entdeckt wurde. Apple bietet Entwicklern mit „CareKit“ und „ResearchKit“ spezielle Tools an, um schnell klinische Studien zu gestalten und gleich auch die passenden Probanden zu finden. IBM wertet dann im Auftrag von Apple die Gesundheitsdaten im Health Book aus. Haben Sie schon einmal nachgeschaut, welche

Daten Ihr Smartphone über Sie sammelt und weitergibt?

Datenschutz und Datensicherheit verstehen sich von selbst. Beide Argumente werden aber auch ganz gern als Pseudoausrede vorgetragen, weshalb erforderliche und sinnvolle Veränderungen abgelehnt werden.



Foto ©: Mark Grabfelder

**Kaiser Wilhelm hat die Automobilisierung vor über hundert Jahren falsch eingeschätzt. Im ersten Automobil sah er keine Konkurrenz zur Fortbewegung mit Pferden. Die Stadt Mannheim erinnert in einer Skulptur nahe des Kongresszentrums an die erste Autofahrt von Carl Benz 1885 in Mannheim.**

Das eigentliche Problem ist aber ein ganz anderes, es gibt digitale Lösungen, die dem Patienten helfen, aber es fehlen die Krankenkassen, die auch bereit sind, für digitale Lösungen Geld auszugeben. Die Therapietreue könnte gesteigert werden, wenn der Patient zwischen zwei Arztterminen digital begleitet werden könnte bzw. die Möglichkeit hätte, kurz über Nebenwirkungen mit seinem Arzt zu sprechen. Das Videogespräch des Hypertensiologen DHL® mit seinem Patienten wird nach wie vor nicht vergütet, dabei könnten hierüber schnell Nebenwirkungsbeschwerden geklärt werden. Die Selbstverwaltung steht sich seit fast einem Jahrzehnt selbst im Weg, das zeigt die angezählte milliardenschwere elektronische Gesundheitskarte der Gematik. Wir brauchen mehr kleine, schnell funktionierende Lösungen und keine schwer beherrschbaren Großprojekte.

**Druckpunkt: Brauchen wir Gütekriterien für digitale Gesundheitsshelfer, reicht das Medizinproduktrecht nicht aus?**

**Dr. Kaltheuner:** Wir brauchen Gütekriterien, bei denen die Einhaltung der technischen Sicherheit gewährleistet und der Nutzen für die Anwender beurteilt wird. Dies können nur die Betroffenen in letzter Instanz. Dabei sind die Zielgruppen im Auge zu behalten, eine Diabetes-App ist für einen Nichtdiabetiker durchaus sinnlos.

**Grabfelder:** Ja, wir brauchen transparente Gütekriterien und wir brauchen die Validierung von digitalen Gesundheitsshelfern durch medizinischen Fachgesellschaften und betroffene Patienten. Die digitalen Angebote entfalten ihre Wirkung im Spannungsfeld zwischen Krankheitsvorsorge und Krankheitsbehandlung. Hierfür müssen, wie bereits gesagt, Wirksamkeitsnachweise erbracht werden. Der Gesetzgeber muss dafür das Geld in die Hand nehmen. Aber bitte nicht so kompliziert wie im Innovationsfond.

Wo erforderlich, brauchen wir Medizinprodukte. Keine Frage. Die Abgrenzungskriterien müssen wir uns immer vor Augen führen. Es kann nicht angehen, dass Krankenkassen pauschal die Finanzierung von digitalen Angeboten mit Hinweis auf die fehlende Deklaration als Medizinprodukt ablehnen. Nicht alles muss ein Medizinprodukt sein. Die Krankenkassen müssten selber genauer hinschauen, ob Krankenkassenangebote ggf. als Medizinprodukt zu deklarieren wären.

Unser Finanzierungssystem ist noch nicht auf die hybriden Angebote, die sowohl präventiv als auch kurativ wirken, ausgerichtet. Prävention muss sich für Krankenkassen wieder lohnen, der Risikostrukturausgleich gehört überdacht. Vielleicht würde sich dann etwas ändern. Sobald die Wirksamkeit und der Nutzen digitaler Angebote nachgewiesen sind, gibt es keinen Grund mehr, dass die Krankenkassen die Leistung verweigern dürfen. Wir brauchen keinen neuen Wein in alten Schläuchen, sondern neue Schläuche.

**Druckpunkt: Herzlichen Dank für die informative und spannende Diskussion.**