

Transkription Interview 2

Befragter: D2

Alter: 39 Jahre

Geschlecht: Männlich

Interviewer: Marie Kunze

Ort: Sprechzimmer von D2

Datum, Uhrzeit: 04.09.2019, 12:00 – 13:15Uhr

Sonstiges: -

00:00:01

I: Also, für den PRÄVENTIONSBEREICH liegt der Fokus hauptsächlich auf solchen GESUNDHEITSAPPS mit denen man Gewicht tracken kann oder auch Essen oder auch Sport eben. Und auch solchen sportlichen Trackern hier für das Handgelenk. [I deutet auf das eigene Handgelenk.] Und für den THERAPIEBEREICH liegt der Fokus hauptsächlich auf SENSOREN und INSULINPUMPEN. Ich habe jetzt am Ende auch noch eine Frage zu den Closed Loop Systemen, aber weil die ja in Deutschland jetzt noch nicht auf dem Markt sind, ist das eben so ein bisschen nebensächlich. Da wäre jetzt erst mal so die erste Frage: Wie sind Sie denn VERTRAUT mit den ganzen Technologien?

00:00:32

D2: Also, gerade was das DIABETESTHERAPEUTISCHE Umfeld anbelangt sind wir, BIN ICH SEHR GUT damit vertraut. Wir auch als Schwerpunktpraxis betreuen da sehr viele Patienten. Auch weil Sie es jetzt gerade so ein bisschen gesagt haben, das Thema LOOPEN, (da können wir sicherlich), eigentlich finde ich das SEHR, SEHR interessant. Da wird VIELES zum Teil falsch WAHRGENOMMEN in der Öffentlichkeit. Da sind vielleicht auch Erwartungshaltungen von Patienten, (von Anwendern?), nicht immer mit der MOMENTANEN Realität vereinbar.

(Aber?) da gibt es eine SEHR, SEHR interessante Szene, die sich selber Looper nennt. Da könnten wir aus meiner Sicht gerne DETAILLIERT auch darauf eingehen, wenn Sie das wollen. Was das Thema PRÄVENTION anbelangt, im Diabetesbereich (ist?), ich sage es mal so, MEIN Erfahrungsschatz etwas BEGRENZT, weil PRÄVENTION nicht immer unbedingt das ist, was, ich sage das jetzt mal fachlich INKORREKT, wissenschaftlich INKORREKT, Spaß macht. Wenn man VERSUCHT durch Lebensstilinterventionen seinen Lebensstandard zu VERBESSERN und GESÜNDER zu leben, dann ist das wohl immer mit (einem?) Aufwand verbunden. Mehr Bewegung, tausend Schritte pro Tag, ähm, zehntausend Schritte pro Tag ist ja so eine empfohlene Richtlinie. Das führt jedoch dazu, dass man in gewisser Weise aus seinem BEQUEMLICHEN Umfeld, aus seinem RHYTHMUS, herauskommt. Und genauso ist das natürlich bei dem Thema ERNÄHRUNG. Also, insofern, glaube ich, ist da auch, sagen wir mal, die INTERESSENSLAGE von Anwendern teilweise eher REDUZIERT oder vielleicht auch die WAHRNEHMUNG, dass man so ein Angebot dort nicht ganz so GROß / Und DIESE Themen werden jetzt, sagen wir mal, im diabetesspezifischen Bereich, im Diabeteszentrum bei uns, oder GENERELL in Schwerpunkteinrichtungen, GAR NICHT unbedingt MASSIV fokussiert, weil auch die POLITIK und die gesellschaftliche Ausrichtung nicht (...) IN DEM MAßE auf Prävention, auf PRIMÄRPRÄVENTION, setzt, wie es eigentlich NOTWENDIG ist. Das haben Studien, alte Studien, neue Studien / Es gibt gut evaluierte wissenschaftliche (Theorien und?) Programme. Auch hinsichtlich der PRIMÄREN Vorsorge von Diabetes, von anderen Volkserkrankungen, wie Übergewicht, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die aber nur TEILWEISE wirklich die politische Geltung kriegen, die sie BRAUCHEN. Und viele (Akteure?) versuchen den immer wieder Anschub zu liefern, aber wenn dann tatsächlich, beispielsweise die Landesregierungen, und VOR ALLEN DINGEN die Bundesregierung, das nicht in dem Maße verankert, wie es eigentlich SEIN MÜSSTE und auch das PRÄVENTIONSGESETZ eigentlich viel ZU KURZ gedacht ist für das, was man ERZIELEN KANN und eigentlich auch MUSS, sieht man im Grunde auch schon, wie das vielleicht gesamtgesellschaftlich GEWICHTET ist.

00:03:04

I: Okay. Ja, das Interview besteht aus DREI Frageblöcken. Wir fangen erst einmal an mit ein paar Fragen zu dem PRÄVENTIONSANGEBOT. Und da würde mich jetzt als ERSTES interessieren welchen NUTZEN Sie denn für die Bevölkerung im EINSATZ von solchen digitalen Präventionsmöglichkeiten sehen?

00:03:21

D2: Der Nutzen ist DER, dass man eigentlich auf ein DEVICE, sagen wir mal auf das Smartphone, zurückgreifen kann / Oder auf andere smarte Lösungen, die sich in unserem Alltag RASANT SCHNELL verbreitet haben und die natürlich auch gar nicht mehr wegzudenken sind. Man könnte also VIEL erreichen, indem man vernünftige, ich nenne es jetzt mal Apps, implementiert, die den Alltag BEREICHERN. Und im Grunde genommen leben wir ja in einer Zeit von smarten Lösungen. Smartphones, Smartwatches et cetera. Insofern ist da EIGENTLICH sehr, sehr viel Potenzial gezielt Präventionsmaßnahmen auf DIGITALER Ebene zu implementieren. Da gibt es sicherlich verschiedene Bestrebungen. Wahrscheinlich auch SEHR, SEHR viele Projekte, die REGIONAL konstruiert werden. Wo auch vielleicht so ein bisschen eine BÜNDELUNG FEHLT, um Dinge einfach dann auch, ich sage jetzt einfach mal, zu STANDARDISIEREN im weiteren Sinne, und auch an die Öffentlichkeit zu tragen. Also GRUNDSÄTZLICH ist das auf jeden Fall eine Möglichkeit sehr, sehr VIEL zu tun für die Generation derer, die einfach digital AUFWACHSEN oder mit digitalen Produkten VERTRAUT sind und das auch in ihrem Alltag einfach schon, mehr oder weniger, UNBEWUSST permanent nutzen. Also Stichwort Smartphones, Smartwatches et cetera. Für die, sagen wir mal, Generation der GROBELTERN, der GROßVÄTER, ist das vielleicht NOCH NICHT SO in dem MAÑE ein Punkt, den man vielleicht mit ins Feld führen kann. Aber auch da sehen WIR zumindest VIELE Menschen, die sich dem öffnen und auch sehr, SEHR NEUGIERIG sind und beispielsweise dann auch DIABETESTECHNOLOGIE auf dieser Ebene nutzen.

00:05:02

I: Also, das ist ja jetzt der GESUNDHEITLICHE Nutzen, den Sie damit meinen. Und inwiefern sehen Sie da auch so einen FINANZIELLEN Nutzen für die Bevölkerung?

00:05:14

D2: Das ist (ad hoc?) eigentlich eine relativ schwierige Frage. Ein finanzieller Nutzen, wenn man jetzt nur auf PRÄVENTION, auf digitale Prävention, wenn ich das richtig verstanden habe, abzielt, (kann es?) zum Beispiel sein, dass man sich einfach Produkte AUSSUCHEN kann, (...) VERGLEICHEN kann, hoffentlich aufgrund einer vernünftigen Basis, und vielleicht auch dann PREISVERGLEICHSANALYSEN machen kann. Das wäre vielleicht ein Nutzen. Also, ich habe das jetzt auf so gesamtwirtschaftliche Aspekte (abgezielt?). Dann, muss ich jetzt fairerweise sagen, bin ich vielleicht nicht HUNDERTPROZENTIG der RICHTIGE

Ansprechpartner. Aber da kann man sicherlich eine ganze Menge erzielen. Man kann vielleicht auch Personalressourcen schonen, indem man einfach immer MEHR in diesen Bereich investiert, digitale Dinge VORANBRINGT. Sagen wir mal Anleitungen in Apps implementiert, Videos et cetera. Und dann einfach JEDERZEIT demjenigen, der es anwenden möchte, die Möglichkeit zu geben auch Dinge UMZUSETZEN, also, sportliche Dinge umzusetzen et cetera. Und damit ist man vielleicht ein bisschen flexibler, ist nicht auf Fitnessstudiozeiten angeboten, ähm, angewiesen ODER auf Sprechstunden, sagen wir mal Ernährungsberatung et cetera pp. Also, da gibt es sicherlich eine MENGE an Möglichkeiten, die vielleicht doch zu Einsparpotentialen führen können.

00:06:39

I: Okay.

00:06:40

D2: Wollen Sie mal ganz kurz testen ob das alles so für Sie / [D2 deutet auf das Aufnahmegerät.]

00:06:42

I: Ja, nein, nein. Ich habe schon gesehen / Also, es läuft, es sollte gehen.

00:06:45

D2: Okay, gut.

00:06:47

I: Ich verlasse mich drauf. Ich habe schon ein Interview gehabt diese Woche und da hat auch alles geklappt. Genau. Dann, welchen ZEITLICHEN Nutzen sehen Sie darin?

00:06:57

D2: Die FLEXIBILITÄT, die Zeitrahmen auch SO einzutakten, dass es einem im Alltag PASST. Wenn jetzt ein Manager eine halbe Stunde Zeit hat zwischen zwei Terminen und gerade keine Mittagspause im klassischen Sinne machen möchte, dann kann er ja vielleicht auf eine App zurückgreifen, um präventive Angebote wahrzunehmen. (Also?), einfach das / Die ZEITLICHE FLEXIBILITÄT, zu jeder Tages- und Nachtzeit, individuell angepasst Dinge zu NUTZEN ist, denke ich, ein großer Vorteil.

00:07:23

I: Genau. Sie selber haben ja vorhin schon gesagt, dass Sie mit dem Präventionsangebot jetzt NOCH NICHT selber SO viel Erfahrung gesammelt haben.

00:07:32

D2: Auf Ebene der, sagen wir mal, BERUFSPOLITISCHEN, gesundheitspolitischen SACHLAGE schon. Da versuchen wir in Bundesland auch Dinge voranzubringen. Aber es ist jetzt nicht UNSER hauptsächliches ARBEITSUMFELD. Also, PRÄVENTION, PRIMÄRPRÄVENTION, bieten wir natürlich auch an. Auch im herkömmlichen, ich nenne das jetzt mal im ANALOGEN Sinne, dass wir also Schulungen anbieten, Ernährungsberatungen anbieten, theoretisch auch über sporttherapeutische Dinge im Detail reden können. Aber das ist in dem HAUPTAUFGABENGEBIET eher eine Randnotiz. Und wenn man jetzt auf die DIGITALE Prävention setzt, dann sind wir einfach noch NICHT in dem Status, dass man das wirklich BREIT anwendet. Und da ist der Erfahrungsschatz sicherlich sehr GERING, würde ich jetzt mal so behaupten.

00:08:21

I: Okay. Dann reden wir noch mal über den Aufwand. Also, welchen AUFWAND sehen Sie denn im Gebrauch von solchen digitalen Angeboten? Auch wieder für die BEVÖLKERUNG jetzt hauptsächlich.

00:08:35

D2: Na, im Grunde genommen, wie mit vielen anderen Dingen, der Aufwand ist zunächst einmal sich damit zu BESCHÄFTIGEN, sich darauf EINZULASSEN. Vielleicht auch SELBER zu recherchieren: Was PASST für mich? (So es denn auch?) einen gewissen, sagen wir mal, ZERTIFIZIERUNGSSCHARAKTER im Hintergrund schon GIBT, wo man auch wirklich weiß, das SIND Produkte auf die man sich, sagen wir mal, durch CE-Zertifizierungen VERLASSEN kann. (Es ist?) einfach der Aufwand, das EINZELN zu sagen ‚Ich ÖFFNE mich diesem System. Ich investiere ZEIT, im Sinne von Aufwand, um eine Recherche zu betreiben UND dann vielleicht verschiedene Produkte einfach mal AUSZUPROBIEREN.‘ Und das ist natürlich auch AUFWENDIG, (weil?), sagen wir mal, BERUFS- und PRIVATLEBEN, was irgendwo sich immer mehr VERDICHTET, noch hineinzubringen. Andererseits kann es natürlich langfristig auch wieder zum BESSEREN ZEITMANAGEMENT führen und den GESAMTAUFWAND REDUZIEREN,

weil man zum Beispiel nicht mehr darauf angewiesen ist zu fixen Zeiten Sport, ähm, sportlicher Betätigung NACHZUGEHEN im Fitnessstudio, ich sage jetzt mal, im Fußballverein et cetera. (Obwohl?) das keine Wertung ist gegen solche NORMALEN sportlichen Betätigungen. Die haben (ja auch immer?) einen SOZIALEN Charakter, eine Komponente. Also, AM ANFANG sicherlich, würde ich sagen, (ist?) im Einzelfall schon AUFWAND. Recherche, Aussuchen, vielleicht auch FINANZIELLER Aufwand / Logischerweise wird ja nun nicht alles KOSTENLOS einem dargeboten. In der SUMME, wenn man WIRKLICH VERSUCHT das dann in den Alltag zu implementieren, die (Schrittzahl?) zu steigern, einfach durch (Monitoring?), durch Feedback et cetera, kann es einem auch wieder ERLEICHTERUNG bringen.

00:10:04

I: Jetzt haben Sie ja schon gesagt, dass es auch mit einem FINANZIELLEN Aufwand verbunden ist. Würden Sie dann sagen, dass der FINANZIELLE Aufwand bei DEN DIGITALEN Angeboten HÖHER ist als bei analogen?

00:10:15

D2: Ja und nein. Das kann ich eigentlich gar nicht genau beurteilen. Dafür müsste man einfach Dinge vergleichen. Wenn man zum Beispiel drei Stunden in der Woche regelmäßig Sport macht, (nehmen wir?) mal wieder das (unv.) Beispiel Fitnessstudio, müsste man da wirklich rangehen und dann sagen ‚Okay, da hat man dann eine monatliche Gebühr oder ein Abo. Und im Vergleich dazu bietet mir die App vielleicht GLEICHWERTIGES oder BESSERES an und ich habe vielleicht nur einmal Kosten. ODER dann auch wieder Monatskosten.‘ INSGESAMT könnte ich mir schon vorstellen, aufgrund einfach des Zeitalters der DIGITALISIERUNG und auch künstlichen Intelligenz, was ja auch ein Krisenthemengebieten in der Medizin ist, dass langfristig der finanzielle Aufwand eher GERINGER ist.

00:10:55

I: Okay. Und wenn man jetzt mal so den erwarteten Aufwand in Relation setzt zu den ERWARTUNGEN, die man an diese Technologien hat, würden Sie dann sagen, dass der Aufwand GERECHTFERTIGT ist?

00:11:07

D2: Bezogen auf digitale Prävention oder bezogen auf andere Sachen?

00:11:12

I: Nein, auf digitale Prävention.

00:11:18

D2: Bezogen auf den EINZELNEN, den THERAPEUTEN oder auf die GESAMTBEVÖLKERUNG?

[D2 und I lachen beide.]

00:11:23

I: Auf die Gesamtbevölkerung.

00:11:27

D2: Wenn dieses Thema RICHTIG verankert sind und auch WIRKLICH demjenigen quasi signalisieren ‚Dieses Device BRINGT mir was.‘, dann ist der Aufwand GERECHTFERTIGT und die Erwartungen werden sich dann auch irgendwo widerspiegeln. Ich würde Ihnen jetzt mal ein Beispiel geben, was Sie vielleicht kennen oder auch (in irgendeiner?) Art und Weise schon von anderen gehört haben. Es gibt, zum Beispiel, die wissenschaftliche ERKENNTNIS, dass die, dass der DROHENDE VERLUST, sagen wir mal materielle Verlust, durchaus eine Motivation darstellen kann Dinge regelmäßig zu tun. Der Professor NAME, der einen Lehrstuhl an der Universität Ort hat und auch Lehrstuhlinhaber für Fachbereich ist, Fachgebiet, hat in diesem Zusammenhang SELBER Forschungsprojekte ENTWICKELT. Und auch, sagen wir mal, die werden wissenschaftlich begleitet, die werden evaluiert, implementiert. EINE App heißt APP-NAME. Weiß ich nicht, ob Sie das auch kennen? Das ist im Grunde genommen eine App, wo man JEDEN TAG eine Wette gegen SICH abschließt ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Zum Beispiel zehntausend Schritte am Tag zu LAUFEN. Und in dem Moment, wo man dieses Ziel NICHT erreicht, spendet man einen symbolischen Beitrag, den man natürlich (individuell?) festlegen kann, wie man immer möchte, also, von mir aus einen Cent, an die GESAMTCOMMUNITY derer, die dann (darin?) teilnimmt. Und aus den Erkenntnissen, die man gewonnen hat BISHER, scheint wohl diese, sagen wir mal, das SZENARIO etwas zu VERLIEREN, etwas weg genommen zu bekommen, DURCHAUS langfristig auch (MOTIVATIONSSCHUB?) zu sein. Das wäre zum Beispiel ein Punkt, wo man vielleicht im Sinne von WETTEN ein Konzept entwickeln kann, um EINEN Teil der Bevölkerung langfristig an solche digitalen Produkte zu BINDEN und HERANZUFÜHREN. Dann ist der Aufwand GERECHTFERTIGT, weil derjenige sich damit einfach IDENTIFIZIERT und sagt ‚Das PASST für

MICH. Und es macht mir einfach SPAß mich selber zu überbieten und MEINEN Wetteinsatz jeden Tag halt nicht zu VERLIEREN.' Und das wäre vielleicht ein Ansatz, den man sicherlich dann auch verfolgen kann. Wenn man das einfach nur mit der Gießkanne austreut und immer nur visualisierungsbezogen AUFRISCHT, dann ist das vielleicht nicht das, was man BRAUCHT. Also, man braucht halt irgendwie Konzepte, die dann auch so ein bisschen in das Thema PSYCHOLOGIE, MOTIVATION des EINZELNEN mit hineinziehen. Und das wäre zumindest ein Prinzip, was offensichtlich funktioniert. Natürlich nicht für jeden geeignet.

00:13:57

I: Das / Also, die App kannte ich noch nicht, aber das klingt echt spannend.

00:14:00

D2: APP NAME. APP NAME. Können Sie ja mal gucken.

00:14:02

I: Gucke ich mal nach.

00:14:02

D2: Das Grundprinzip ist so. Universität Ort. Professor Name. Also, das kenne ich BEWUSST auch aus diesem Diabetesbereich, aus der Diabetologie. Da gibt es Projekte die er, wie gesagt, MACHT über seinen Lehrstuhl. Auch teilweise in Kooperation mit KOSTENTRÄGERN. Und die können durchaus auch so ein bisschen dem Sinne der (Pilotierung?) dienen. Also, das scheint ganz gut zu funktionieren. Die Frage ist nur: Wie kriegt man das wieder in die BREITE? Wie kriegt man das Ganze auch wieder SO transportiert, dass man wirklich eine (große?) Zahl von Menschen damit ERREICHT? Aber das wäre ja nur EIN Aspekt, wo man sagen kann, man kann über VERLUST motivieren. Genauso gut vielleicht auch über das Gegenteil, dass man sagt, man GEWINNT einfach einen gewissen Obolus, wenn man GEWISSE Ziele hat, die man sich täglich, oder immer im gewissen Rhythmus wiederkehrend, setzt, einfach ERREICHT und damit seine Wette quasi GEWINNT.

00:15:02

I: Okay und dann / (Also?), als letzte Frage noch zu dem digitalen Präventionsangebot: Welche SOZIALEN EINFLÜSSE könnten denn, Ihrer Meinung nach, eine ROLLE spielen, wenn Sie jetzt an die Integration von solchen digitalen Angeboten in der Bevölkerung denken? Als

soziale Einflüsse kann jetzt zum Beispiel so etwas sein wie NAHESTEHENDE PERSONEN oder auch der Einfluss von sozialen MEDIEN.

00:15:27

D2: Naja, SOZIALE Einflüsse sind jetzt sicherlich ein weites Feld. Zum einen kann der SOZIALSTATUS natürlich förderlich, wohl auch genau das Gegenteil, sein. Das würde ich jetzt aber gar nicht unbedingt erläutern, weil sicherlich auch Menschen mit GERINGEREM Einkommen heutzutage ja sehr digitalaffin sind und irgendwo schon mit Apps umgehen und das auch in ihrem täglichen Leben implementieren. SOZIALE BINDUNGEN, Beziehungen, sind tatsächlich SEHR, SEHR WICHTIG. Auch vielleicht das Lernen von den Eltern, von Erziehungsberechtigten, kann dann eine Rolle spielen. Natürlich auch, sagen wir mal, das eigene UMFELD, der Freundes-, der Bekanntenkreis, der einfach EMPFEHLUNGEN abgibt, also, im Sinne einer PEERGROUP Gruppendynamik dann entwickelt. Man lernt Dinge, einfach durch Hörensagen und vielleicht durch Erfahrungen anderer, BESSER einzuschätzen und ist dann vielleicht offener gegenüber diesen Sachen, auch das mal auszuprobieren. Das kennt man ja, sagen wir mal, in SELBSTHILFEGRUPPEN oder in, sagen wir mal, FREUNDESKREISEN, dass man durch BERICHTE, durch Erfahrungsberichte (eher?), quasi mit der Mundpropaganda, einem gewissen EINFLUSS durchaus unterlegen ist. Das macht sicherlich / Das spielt eine WESENTLICHE Rolle mit. Sozialen Medien (...) würde ich jetzt ein bisschen KRITISCH sehen, weil ich zumindest der Wahrnehmung unterliege, dass die, sagen wir mal, mediale Landschaft immer auf SCHNELLEBIGKEIT, auf REIZÜBERFLUTUNG, auf INFORMATIONENÜBERLADUNG ein Stückchen weit setzt. Auch gerne eher vielleicht menschlich, in der menschlichen Psychologie verankert, auch eher NEGATIVE Dinge hervorgehoben werden. Dann auch in den, sagen wir mal, Onlineportalen, ich will jetzt keine Namen nennen, dass das POSITIVE vielleicht dann immer so ein bisschen runterfällt. Und, sagen wir mal, die BREITE an Angeboten, sich digital zu informieren, scheint doch eher Verwirrung zu stiften. Ob DAS der richtige Kanal ist, um Dinge auf den Weg zu bringen, halte ich für eher KRITISCH, würde das eher (auch?) anzweifeln. Wobei, sagen wir mal, die MÖGLICHKEIT, die MACHT dieses (Tools?) einfach sehr, sehr groß ist. Man muss das einfach nur ein Stückchen weiter auch in die richtige Richtung bringen. Und das geht vielleicht NICHT IMMER einher mit den, sagen wir mal, wirtschaftlichen Auflagen bezogenen Zielen der einzelnen sozialen Medien einher. Gut, anderes Beispiel, was dagegen spräche, wäre das Thema auch wieder soziale Kontakte. Gruppen, Facebook et cetera. Da funktioniert das

sicherlich SCHON. Das wäre sicherlich ein POSITIVBEISPIEL für soziale Medien. Also, es gibt ja UNGLAUBLICH viele CHATS, FOREN, vermeintliche auch FACHFOREN, die einen einfach informieren zu gewissen Themengebieten. Es gibt also für Diabetiker Facebook-Gruppen, die sich intern einfach austauschen und dann, bei gewissen Problemen, die Dinge auch PREISGEBEN und andere können sich dann auch wiederum Informationen einholen. DAS kann sicherlich funktionieren. Wobei auch da vielleicht ein Stückchen weit eine EXPERTISE als Grundlage schon nicht verkehrt ist. Auch da kann man wiederum viel Positives und Negatives damit anrichten im, ja, übertragenen Sinne.

00:18:45

I: Und wie schätzen Sie im ALLGEMEINEN den Einfluss von EXPERTEN oder Wissenschaftlern jetzt in diesem Kontext ein?

00:18:52

D2: Also, ich denke, wenn das GEZIELT und auch gut aufgesetzt ist, sehr GROß. Man kann da nicht dem Experten unterstellen, dass er Informationen nicht grundsätzlich für eine breite Öffentlichkeit auch transportieren kann. Das kann man ja tatsächlich alles auch gut aufbereiten. Das (würden Sie auch?) zum Beispiel bei dem, was ich Ihnen eben gerade gesagt habe, dem Ankersteps, sehen. Es gibt ja auch digitale SCHULUNGS- und BUSINESSPROGRAMME, auch im DIABETESBEREICH oder im Bereich von Blut, also, von VOLKSKRANKHEITEN WIE DIABETES, Fettstoffwechselstörungen und Hypotonus, was vom Fraunhofer Institut entwickelt wurde. (Wo dann?) natürlich NICHT NUR ein Betroffener interviewt wird, wo dann auch der Experte teilweise dann noch seinen ergänzenden Kommentar dazu gibt. Und das ist sicherlich auch GUT konzipiert und so aufgestellt, dass man das auch in der Breite einfach TRANSPORTIEREN kann. Also, GRUNDSÄTZLICH, wenn das auch wieder die RICHTIGEN BAHNEN kriegt, dass ICH zum Beispiel nicht permanent mit Ihnen Fachchinesisch rede, dann kann das durchaus SINNVOLL sein, weil ZUMINDEST natürlich auch eine gewisse öffentliche AKZEPTANZ gewisser Berufsgruppen einfach GEGEBEN ist. Ich würde auch (da jetzt?) keine KLISCHEES bedienen, aber es gibt einfach Berufsgruppen die PER SE erst einmal einen sehr großen VERTRAUENSbonus haben und andere vielleicht eher WENIGER. Auch DA gibt es viel Subjektives dazu. Aber man kann das durchaus sinnvoll NUTZEN.

00:20:16

I: Okay. Das wären dann erst mal so alle Fragen zum Präventionsangebot gewesen. Dann kommen wir mal zum THERAPIEANGEBOT. Also, jetzt / Die Fragen jetzt beziehen sich hauptsächlich auf Sensoren und Insulinpumpen. Wenn Sie gerne auch etwas zu den Closed Loop Systemen sagen wollen, dann können Sie das wirklich gerne machen. Wichtig ist jetzt für mich, dass ab jetzt eben IHRE Sichtweise in Ihrer täglichen Arbeit zählt und wir das nicht mehr aus der Sicht von der Bevölkerung jetzt befragen. Genau. Dann wieder die erste Frage: Welchen NUTZEN erhoffen Sie sich denn vom Gebrauch digitaler Diabetestherapien in Ihrem Berufsalltag?

00:20:51

D2: Digitale Diabetestechnologien und -therapien haben den Alltag im Grunde genommen schon LÄNGST überholt und uns ÜBERRANNT. Wir sind in einer Zeit, wo allein schon das digitale Krankenblatt, die Krankenakte, schon fast allgegenwärtig ist. Die WENIGSTEN Praxen sind noch komplett auf Papierform. Allein da sieht man schon, dass Digitalisierung einen riesen Fortschritt geboten hat. Viele Patienten kommen mit ihren Geräten und haben die Erwartungshaltung, zum Beispiel, dass wir die Daten hier persönlich auslesen, einer Datenmanagementsoftware unterziehen und dann quasi das Therapiegespräche führen. ODER schicken im Vorfeld, (Datenschutzreform betone ich jetzt mal so?), UNS die medizinischen Daten VOR einem (Sprechstundentermin?). Die SENSORTECHNOLOGIE nimmt immer mehr ZU. GENERELL die Diabetestechnologie hat ENORM dazu beigetragen in dem Bereich Diabetologie FORTSCHRITTE zu erzielen. Noch in den Sechzigerjahren gab es keine BLUTZUCKERMESSUNG für die breite Bevölkerung. Da gab es nur die Möglichkeit URINZUCKERWERTE zu messen. Wenn man noch ein paar Jahre zurückblickt musste man teilweise einen viertel Liter Blut abnehmen, UM ÜBERHAUPT einen BLUTZUCKERWERT zu bestimmen. Ein Typ-1-Diabetiker ist dazu, in Anführungsstrichen, VERPFLICHTET sich MEHRFACH am Tag zu kontrollieren und zu wissen, wie er seine Therapie steuert. Zum damaligen Zeitpunkt wäre das gar nicht mit dem Leben vereinbar gewesen (zu sagen?), man nimmt jetzt viermal einen halben Liter Blut ab oder einen viertel Liter Blut, um dann einfach zu gucken, wie läuft insgesamt die Stoffwechsellage. Und da hat sich RASANT etwas geändert. Miniaturisierung, Prozessqualitäten, Messgenauigkeiten haben sich DEUTLICH VERBESSERT, sodass wir von der THERAPIEÜBERPRÜFUNG, der EINZELNEN Therapieüberprüfung, zur THERAPIESTEUERUNG kommen. Also, Therapiesteuerung der

Insulinpumpen DURCH Sensoren ODER DURCH auch regelmäßig Blutzuckermessen. Auch da gibt es beispielsweise wieder (Apps, die?) das Ganze auch VERBINDEN, wo man letztendlich MAHLZEITENEINFLÜSSE mit einbeziehen kann. Wo man Mahlzeiten zum Beispiel fotografiert. Man kriegt einen relativ validen Aussagewert, wie viel Kohlenhydrate in Form von Broteinheiten sind in der Mahlzeit, kann das dann wieder ins Verhältnis setzen zu der eigentlichen Therapiesteuerung, also sprich, der INSULINTHERAPIE. Also, das hat einen ENORMEN Stellenwert mittlerweile in der Diabetologie.

00:23:11

I: Also steigert das auf jeden Fall die QUALITÄT für Ihre Arbeit?

00:23:14

D2: Es steigert die QUALITÄT. Es steigert die GENAUIGKEIT. Wir können auch WIRKLICH jetzt STANDARDISIERT Dinge analysieren, Daten analysieren. Was früher eigentlich nur, das ist jetzt nicht negativ bewertet, auf die alleinige Zuarbeit von dem Patienten, von dem Anwender, zurückzuführen ist, also, auf das analog geführte Tagebuch. Das kann man teilweise NICHT LESEN. Das wurde teilweise NICHT MITGEBRACHT. ODER die Werte, die dort drinnen waren, sind auch jetzt (kein angreifbarer?), (unv.) nicht persönlich gemeint, waren einfach MÄRCHENWERTE sozusagen, also, die SCHÖNEN Werte präsentiert. Darauf kann man KEINE THERAPIEÜBERPRÜFUNG, -ANALYSE oder -ANPASSUNG machen. Heutzutage ist das de facto nicht MÖGLICH. In dem Moment, wo die Daten GESPEICHERT werden IN einem Blutzuckermessgerät, in dem Sensor, teilweise auch ALLES ZUSAMMEN in einer Pumpe. Und die werden ausgelesen und dann SIND das einfach die Werte, die tatsächlich auch ERHOBBEN worden sind. Und die SIND dann auch noch in Form von Grafiken, Statistiken visualisiert und SO aufbereitet, dass NICHT NUR ICH als THERAPEUT einen Mehrwert daraus habe, weil ich einfach sehr, sehr schnell MUSTER erkenne und damit, also, Problemzonen, die bald behoben werden können, sondern auch derjenige, der das SELBER MACHT kann das nutzen, um zwischenzeitlich die Therapie zu überprüfen und anzupassen oder sich zu einem Notfallsprechstundentermin halt hier einzufinden. Also, es hat einen ENORMEN Stellenwert. AM ANFANG, wenn man die Dinge implementiert, hat das natürlich einen ENORMEN, zunächst einmal, Aufwand an ZEIT, an SCHULUNGEN. Man muss das Personal schulen, jeder muss IM UMGANG mit dem AUSLESEN, zum Beispiel, ALLER Geräte zurechtkommen und da gibt es sicherlich auch Fehlerquellen, (niedrige?) Lernkurven. Aber wenn sich ein System erst

einmal etabliert hat, hat das definitiv für den GESAMTEN Ablauf, von der Anmeldung bis zum Rezept am Ende der Therapiebesprechung, einen POSITIVEN Einfluss auf das Thema ZEIT, ZEITMANAGEMENT und EFFEKTIVITÄT auf dessen, was man medizinisch und therapeutisch dann mit dem Patienten bereden will. Also, das ist SCHON in der SUMME eine Erfolgsgeschichte.

00:25:15

I: Okay. Und wenn wir jetzt mal den FINANZIELLEN Nutzen für Sie anschauen. Ist für Sie ein finanzieller Nutzen vorhanden? Inwiefern würden Sie das einschätzen?

00:25:26

D2: Es ist ein Nutzen, dass man PROZESSE, INTERNE Prozesse, in AMBULANTEN diabetischen (Einrichtungen?), sicherlich auch in Kliniken, Prozesse OPTIMIEREN kann. Abläufe, ZEITLICHE Abläufe, werden dann einfach so sehr komprimiert, dass man MEHR Zeit hat für die eigentliche Behandlung und alles Drumherum so ein bisschen auf das Notwendigste zurückgefahren wird. Das heißt, über den MEHR ZEITGEWINN kann man sicherlich auch INDIREKT FINANZIELLE Dinge wieder positiv (herausstellen?). Man kann also mehr Patienten behandeln damit, zum Beispiel. ANDERE finanzielle Vorteile sehe ich jetzt nicht ZWINGEND, weil man natürlich auch so ein bisschen darauf ANGEWIESEN ist, dass man HARDWARE, SOFTWARE von UNTERSCHIEDLICHEN Herstellern ERWIRBT, AKTUALISIERT und im Grunde genommen so ein bisschen dem ZWANG unterliegt zumindest die GROßEN Anbieter vorzuhalten, damit man dann auch möglichst ALLE PUMPEN, BLUTZUCKERMESSGERÄTE und SENSOREN auslesen kann. Und DA ist es zum Beispiel eine große Forderung der Arbeitsgruppe DIABETESTECHNOLOGIE der deutschen Diabetes Gesellschaft, aber auch der Fach- und Regionalgruppen, das hier auf LANGE Sicht STANDARDISIERUNG kommt. Dass man VEREINHEITLICHUNGEN hinkriegt. Dass man NICHT für JEDES Gerät eine EIGENE Hardware braucht, ein EIGENES USB-Kabel, ein EIGENES Auslesegerät. Und MÖGLICHST auch, was die Datenanalyse, also, das digitale DATENMANAGEMENT, anbelangt, sich auch auf den STANDARD einrichtet. Da gibt es also SEHR, SEHR viel KRITIK und WUNSCH. Einfach, dass sich die Industrie ÖFFNET, die Schnittstellen tatsächlich FREILEGT, damit man mit einem Produkt nicht nur ein Produkt dann auch wirklich bedienen kann, sondern VIELE, irgendwo standardisierte, ABRUFEN kann. Da gibt es mittlerweile erste Erfolgsansätze, dass sich Firmen auch öffnen (und sagen?) ,Man kann nicht nur MEINE Pumpe und MEIN

Blutzuckergerät, so einfach formuliert, auslesen, sondern auch ANDERE Geräte, inklusive SENSOREN.' Damit man einfach diese PROZESSE ein Stückchen weit in DIE Richtung geht, wie es vielleicht beim, sagen wir mal, Handykabel mittlerweile europaweit gehandhabt wird. Da sind (wir einfach auch?) angewiesen auf die Mitarbeit der Industrie, die sich aber mittlerweile dem auch ein Stückchen (weiter?) öffnen. Also, ZUM EINEN Vorteil Ressourcenschonung, Zeitreduktion, damit vielleicht INDIREKT finanzielle Verbesserungen. Auf der ANDEREN SEITE ist es aber definitiv so, dass man auch gewissen ZWÄNGEN unterliegt, was den KAUF, der Akquise, von HARDWARE- und SOFTWARELÖSUNGEN anbelangt. Und da sind sicherlich auch definitiv NACHTEILE, wobei ich die jetzt gar nicht groß herausstellen will, gegeben. Und was uns GENERELL so ein bisschen fehlt, ist einfach der (...) der WUNSCH, SCHNELL die Dinge mit VORANZUBRINGEN. Also, damit meine ich im Grunde genommen, dass, jetzt mal ein bisschen politisch, aber vielleicht auch nicht richtig KORREKT, die Ärzteschaft sich einfach MEHR INTEGRIERT in diesen Prozess der Digitalisierung und künstlichen Intelligenz. Dass wir einfach auch ein bisschen mehr uns EINBRINGEN oder noch Einfluss kriegen IN DIESE ENTSCHEIDUNGSPROZESSE. Denn WIR sind ja letztendlich DIEJENIGEN, die dann telemedizinische Anwendungen UMSETZEN müssen. Wir sind da (aber noch?) ein Stückchen weit (...) NICHT GUT aufgestellt, um zu sagen ‚Wir brauchen DIE UND DIE Projekte. Wir brauchen DIE UND DIE STANDARDISIERUNG. Wir wollen, DAS UND DAS in unseren Praxen haben.' Und die FINANZIELLE VERGÜTUNG, wie zum Beispiel jetzt (gesprochen?) auf TELEMEDIZIN, ich könnte ja einen Patienten mit einer PUMPE, der GUT läuft, der quasi jetzt kein AKUTMEDIZINISCHES Ereignis hat, auch TELEMEDIZINISCH betreuen, die GIBT ES NICHT. Es wird IMMER herangetragen, wir sollen, im Grunde genommen, Telemedizin betreiben, wir sollen ein Stückchen weiter in Richtung ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSAKTE und -KARTE vorgehen. Da werden GESETZLICHE NORMEN geschaffen, auch Regeln aufgestellt, denen wir SOFORT unterliegen, denen wir SOFORT ZWANGHAFT, auch mit FINANZIELLEN Sanktionen, unterliegen. OBWOHL eigentlich die Industrie, die Partner, GAR NICHT die PRODUKTE, die ENDLÖSUNGEN, haben. Aber trotzdem sind wir VERDAMMT quasi auf diesen ZUG aufzuspringen. Und unser jetziger Bundesgesundheitsminister ist ja da BESONDERS aktiv und bringt manchmal so ein bisschen wie so mit einem Maschinengewehr neue Gesetzesentwürfe hervor. ODER teilweise auch mal (ohne?) eine Rücksprache zu halten. Was ist WIRKLICH schon gegeben? Wo gibt es SCHNITTPUNKTE und SCHWACHSTELLEN und PROBLEMZONEN? Und WIE kann man,

vielleicht dann auch LANGFRISTIG, der ENTBÜROKRATISIERUNG dienlich sein? Auch DAS ist ein riesiges Problem. Aber da werden wir ein Stückchen weit, dass ist jetzt auch nicht irgendwie in eine Richtung kritisch gemeint, sind wir SELBER, als, sagen wir mal, THERAPEUTEN, als ÄRZTLICHE BERUFSGRUPPE, nicht gut aufgestellt. Und wir werden auch ein Stückchen weit, weil wir da als nicht einheitlich angesehen werden, nach außen auch von den anderen, den Industriepartnern, vielleicht auch von den gesetzlichen Krankenkassen, außen vor gelassen. Also, das ist ein Punkt. Auch wie kann man das finanziell WIDERSPIEGELN, wenn zukünftig wir, beispielsweise, Patienten in BASEL betreuen oder dergleichen? Weil sie einfach sagen, wir sind das Diabeteszentrum und haben JAHRELANG die Therapie auch begleitet. Das lässt sich telemedizinisch prinzipiell machen. Ausnahmen sind NOTFÄLLE, medizinische Notfälle, die natürlich eine vor Ort Visite beim Arzt, zum Beispiel dann eben in der Schweiz, bedürfen. Und WIE kriegen wir das realisiert? WIE kriegen wir das auch SO KONFORM, dass die Krankenkassen, die (Behörden?), die kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und und und, auch da Rahmenbedingungen schaffen, wo sich finanzieller Aufwand auch WIDERSPIEGELT? Da gibt es letztendlich GAR NICHTS, AUßER Pilotprojekte, AUßER über das BMG geförderte Projekte, die aber im Grunde genommen noch gar nicht ETABLIERT sind. Was mache ich mit meiner ZEIT, wenn ich plötzlich fünfzig Patienten zweimal in der Woche in einer telemedizinischen Sprechstunde versorgen MÖCHTE, wenn der WUNSCH BESTEHT, ich aber in keiner Weise ein Stückchen weit diesen Aufwand, diesen ZEITLICHEN Aufwand, widergespiegelt bekomme? AUßER ich nehme wieder Einzellösungen zwischen Patient und Arzt, wo ich Verträge oder, sagen wir mal, gewisse Eigenlösungen schaffe. Das kann aber nicht DAS ZIEL sein. Das Ziel muss im Grunde genommen sein, dass es ein, sagen wir mal, einen DIGITALISIERUNGSPAKT gibt, zumindest im Gesundheitswesen. Wo wirklich alle Entscheidungsträger auch VERNÜNFTIG Konzepte entwickeln, die dann AUCH MÖGLICHST BUNDESWEIT ANWENDUNGEN finden. Auch das ist ein Problem, dass im Grunde genommen dieses FÖRDERALISTISCHE Prinzip unserer Bundesrepublik manchmal auch ein HEMMSCHUH ist.

31:57

I: Okay. Und jetzt haben wir ja viel über so die gesetzliche und rechtliche Infrastruktur gesprochen. Wie schätzen Sie denn die TECHNISCHE Infrastruktur ein?

32:09

D2: Also, die technische Infrastruktur hat sich deutlich VERBESSERT. Wir brauchen heutzutage WENIGER Hardware zum Auslesen /

32:16

[Es klopf an die Sprechzimmertür von D2 und eine Schwester von D2 kommt herein.]

00:32:17

D2: Können wir mal ganz kurz pausieren?

00:32:19

I: Können wir, na klar, gar kein Problem.

32:21

[Das Interview wird für wenige Minuten unterbrochen und die Aufnahme pausiert.]

00:32:22

D2: Also, die Frage war: Wo ist der technische Fortschritt in den /

00:32:26

I: Technische Infrastruktur.

00:32:27

D2: Technische Infrastruktur. Also, da hat sich durchaus viel getan. Wir sind heutzutage nicht mehr angewiesen auf VIELE Hardwarelösungen. Da gibt es Standardisierung. Es gibt die Möglichkeit immer MEHR der cloudbasierten Datenauslesung von Glukosesensoren, von Messergebnissen. Da tut sich eine ganze Menge in puncto Standardisierung. Auch was die Analyse von Daten anbelangt, das Ganze nennt sich ambulantes Glukose Profil, AGP abgekürzt. Da gibt es Standards mittlerweile, die angesehen und auch akzeptiert sind hinsichtlich: Wie bereite ich Daten auf? Wie visualisiere ich zum Beispiel die Grunddaten? Wie gehe ich strukturierter an Analysen heran, um Muster zu erkennen, die Therapiebesprechung und -anpassung vorzunehmen? Also, in der Hinsicht tut sich (eine?) ganze Menge.

00:33:15

I: Und wenn Sie jetzt mal das FORTBILDUNGSANGEBOT für Diabetologen anschauen im Hinblick auf solche technologischen Entwicklungen, wie finden Sie das?

00:33:25

D2: Wir bringen uns A zu wenig ein. (Also?), jetzt mal insgesamt bezogen auf unsere Ärzteschaft. Wir haben ZU WENIGE Angebote. Vielleicht auch zu wenig im eigenen Interesse das Ganze mit zu PUSHEN oder auch zu sagen ‚Wir brauchen mehr Fortbildungen.‘ Angebote gibt es MEISTENS firmenseitig, dann immer auf ein Produkt bezogen. Wo beispielsweise im Diabetestherapiesektor natürlich auch die DIABETESBERATERINNEN, die Schulungskräfte, primär angesprochen werden, weil die oftmals PRIMÄRE Dinge einfach dann auch im Praxis Handling, im Umgang mit den Patienten, zu bewerkstelligen haben. Also: Wie funktioniert eine Pumpe? Wie weise ich ein? Wie lese ich die Dinge aus, damit dann der Arzt in der Sprechstunde einfach die Daten analysieren kann und dann in der Sprechstunde eine entsprechende Therapiefestlegung treffen zu können? Das heißt, EIN Teil der Fortbildungen ist PRIMÄR vielleicht gar nicht an die Ärzteschaft ADRESSIERT. Da wird also BEWUSST auch, sagen wir mal, im DIABETESSCHULUNGSSEKTOR Schulungen aufgelegt. Natürlich können auch mal Ärzte daran teilnehmen, das ist gar keine Frage. Und wenn man das jetzt so ein bisschen übergreifend sieht, dann gibt es auch zu wenig Angebote in puncto Digitalisierung, technischen Support. Wir MACHEN das allerdings trotz alledem, zumindest für BUNDESLAND, relativ HÄUFIG. Wir haben einen Arbeitskreis Diabetestechnologie, wo auch eine GROBE Teilnehmerzahl, Diabetesberater, Ärzte, kommen. Wo man NEUIGKEITEN VORSTELLT. Es gibt mittlerweile auch eine, ich nenne das jetzt mal eine Digitalisierungskampagne der Deutschen Diabetes Gesellschaft und auch REGIONALE Fortbildungsveranstaltungen, die sich so mit dem Thema Digitalisierung, künstliche Intelligenz im Bereich der Diabetologie widmen. Auch geht es da natürlich um technologische Fortschritte. Da gibt es auch BUNDESWEITE Veranstaltungen, wie zum Beispiel die DiaTec. Also, es gibt DEFINITIV Veranstaltungen. Auch INTERNATIONAL, EUROPÄISCH, AMERIKANISCHE Diabetestechnologiesymposien, -konferenzen. Also, ES GIBT DEFINITIV Veranstaltungen, aber in der SUMME, jetzt vielleicht auch im REGIONALEN, ländlichen Bereich, FAST keine. Beziehungsweise, denke ich, DEUTLICH zu wenig.

00:35:40

I: Wobei ich jetzt bei der DiaTec auch schon gesehen habe, ich war mal auf der Webseite, die war auch relativ schnell dann AUSVERKAUFT. Also /

00:35:46

D2: Ja, die sind eigentlich schon seit JAHREN an ihrer Grenze. Also, ich war jetzt zwei, drei Jahre NICHT dabei. Ja, ich war letztendlich bei dem EUROPÄISCHEN Kongress zuletzt. Und man MUSS jetzt quasi schon in so eine RESERVIERUNGSWARTESCHLEIFE sich eintragen. Das war zu MEINER Zeit eigentlich schon so, dass die Konferenzräume in Berlin eigentlich schon FAST den Rahmen SPRENGEN, dass man da manchmal alle unterkriegt. Also, die NACHFRAGE, klar, wenn das jetzt die Frage war, die ist schon GESTIEGEN. Sicherlich auch vielleicht bei den, sagen wir mal, JÜNGEREN ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, (NATÜRLICH?) den Diabetesberatern, die einfach damit auch KONFRONTIERT werden. Auch da gibt es, zum Beispiel, immer mal wieder, Bestrebungen EIGENE BERUFSZWEIGE zu implementieren, die sich dann, zum Beispiel, DIABETESTECHNIKASSISTENT nennt oder dergleichen. Also, SICHERLICH, das hat eine gewisse BELIEBTHEIT. Aber man darf NICHT vergessen, wenn das ein BUNDESWEITER Kongress ist und da sitzen dann vielleicht dreihundert Gäste oder vierhundert, das widerspiegelt ja nicht unbedingt die Realität BUNDESWEIT, bezogen auf alle Diabetestherapiezentren mit Beratern und Ärzten. Also, insofern, denke ich, gibt es da SCHON NOCH einen Bedarf solche Veranstaltungen vielleicht zu VERGRÖßERN. Nicht ANDERS aufzustellen, die Konzepte sind ja sehr, sehr GUT und auch ETABLIERT, aber vielleicht das Ganze weiterzuentwickeln. Neben diesem Arbeitskreis Diabetestechnologie bieten WIR zum Beispiel auch Insulinpumpenträgertreffen an. Also, quasi eine Selbsthilfefortbildung, wo sich dann auch Pumpenträger et cetera, treffen, um einfach auch im AUSTAUSCH zu sein UNTEREINANDER, aber auch neuste Sachen zu ERFAHREN aus MEDIZINISCHER Sicht, aus INDUSTRIELLER Sicht. Wo geht die Reise quasi hin in der Diabetestechnologie? Dann machen wir NÄCHSTES Jahr hier in Bundesland das erste Mal auch, ähm, nein, zum ZWEITEN Mal, einen DIABETESTECHNOLOGIE Workshop. Das ist SO EIN BISSCHEN das Konzept der DIATEC runtergebrochen auf BUNDESLAND. Auch unter der Leitung der SELBSTHILFE. Und, also, wir versuchen da schon gewisse Sachen (auch?) ANZUSTOßEN, aber es liegt natürlich einfach an dem Einzelnen, ob der motiviert ist oder NICHT Dinge einfach, sagen wir mal, im Sinne von Projektumsetzung, auf den Weg zu bringen, in die Wege zu bringen oder NICHT. Und in der SUMME, denke ich, wenn ich jetzt so

ein bisschen gucke was, ähm, was an Stammtischen, Qualitätszirkeln, an Fortbildungen läuft, dann sind das eher noch die KLASSISCHEN medizinischen Fortbildungen. Die natürlich einen HOHEN STELLENWERT und BERECHTIGUNG haben, aber VIELLEICHT nicht in dem Sinne auf die Diabetes, oder, sagen wir mal, die TECHNOLOGISCHEN oder die technisch ausgerichteten Fortbildungen.

00:38:15

I: Und wie schätzen Sie die Betreuung von ambulanten Leistungserbringern durch die HERSTELLER ein?

00:38:23

D2: Wechselhaft. Teils positiv sonnig, teils wolkig. [D2 lacht.] (Aber auch das liegt?) wieder nicht an den einzelnen Personen. Also, es gibt durchaus von VIELEN Firmen sehr, sehr engagierte Außendienstmitarbeiter, die bei jedem Problem relativ SCHNELL reagieren und auch versuchen zu helfen, vielleicht auch ein paar bürokratische Wege zu VEREINFACHEN firmenseitig. Die sich einbringen, wenn es darum geht auch mal an einem neutralen Ort Dinge VORZUSTELLEN. Also, so eine Art technische Einweisung zu machen. AUCH in KOOPERATION, nicht nur mit dem DIABETESTEAM, sondern auch mit der SELBSTHILFEGRUPPE. LEIDER ist es so, dass doch der personelle WECHSEL im MOMENT, zumindest in den letzten zwei Jahren, IN DEN EINZELNEN Firmen schon ein bisschen ZUGENOMMEN hat. Und DAMIT sich natürlich dann auch wieder so ein bisschen das Arbeiten, der Standard, verändert, weil man sich erst kennenlernen muss, weil vielleicht der ein oder andere ein GRÖßERES Gebiet betreut und dann DOCH weniger Zeit hat und und und. Also, man kann das im Grunde genommen vielleicht so zusammenfassen, dass, IN DER SUMME, es eigentlich ganz GUT läuft. Also, die Betreuung ist schon gegeben, UNTERLIEGT aber vielen Einflussfaktoren, die dann auch mal SCHNELL zu einer VERSCHLECHTERUNG führen können. PERSONELL, aber auch aufgrund von Firmenstrategien, die sich ändern. Läuft (aber?) INSGESAMT GUT, kann man schon so sagen.

00:39:47

I: Okay. Das ist ja schon mal schön. [I lacht.] Dann kommen wir noch mal zurück zum NUTZEN. Und ZWAR würde mich jetzt noch interessieren, welchen NUTZEN sehen Sie denn im Einsatz von solchen digitalen Therapien für die ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG?

00:40:03

D2: Das ist ein SCHWIERIGES Themenfeld. (...) Einfach zusammengefasst hat es einen HOHEN Stellenwert, wenn sich derjenige auch dem Ganzen ÖFFNET. Wenn wir Patienten BETREUEN, die unter einer FEHLENDEN KRANKHEITSEINSICHT leiden, die gewisse Dinge einfach VERDRÄNGEN, die (unv.) PROBLEMEN, tatsächlichen Problemen, aus dem Weg gehen und uns BISHER KEINE Werte PRÄSENTIERT HABEN ODER Werte PRÄSENTIERT HABEN in Blutzuckertagebüchern, die einfach nicht der REALITÄT entsprechen, dann ist das sicherlich ein PUNKT, wo eine Arzt-Patient-Beziehung mal einen richtigen EINSCHNITT kriegen kann, weil man dann plötzlich AUCH SELBER konfrontiert wird mit Werten, die man dem Therapeuten, dem Arzt, bisher VORENTHALTEN hat. Also, das kann zu einer Vermeidungsstrategie (unv.) führen, dass der Patient NICHT kommt, oder seine Geräte beispielsweise NICHT mitbringt. Einfach aufgrund eines (Ausweichens?) dieser möglichen Konfliktsituation. In den MEISTEN Fällen funktioniert das aber trotzdem ganz GUT, wenn man dann einfach, sagen wir mal, psychologisch vernünftig an die Sache herangeht. Einfach erst einmal nur die Werte präsentiert, im Allgemeinen darüber redet und dann VIELLEICHT im Laufe der nächsten Besprechungen etwas ins Detail geht und vielleicht auch mal dieses Problemfeld anspricht. Also, es bedarf IMMER einer vernünftigen, soliden Vertrauensbasis zwischen Therapeut und Patient, zwischen Arzt und Patient. Und da kann es NEUE KONFLIKTPOTENTIALE am Anfang gerade geben, weil man letztendlich wirklich SEHR objektive Daten hat, weil man VIELE Daten hat, weil man MEHR hinter die Kulissen gucken kann (als das VORHER der Fall war?). Und in dem Moment, wo man nicht mehr hundertprozentig angewiesen ist auf die BLUTZUCKERTAGEBUCHPRÄSENTATION, und die Möglichkeit hat, die Daten anderweitig auszulesen, ist das schon ein Problemfeld. Neben den POSITIVEN Aspekten, das man viele DATEN hat, muss man fairerweise sagen, dass MANCHE Patienten auch eher FAUL werden, einfach nur noch Daten SPEICHERN, Daten nicht mehr hinterfragen, auch zu Daten nicht eigene Dokumentationen machen. Also, wirklich nur noch Glukosedaten abspeichern OHNE zu der Situation zu hinterlegen, WARUM beispielsweise Insulin gespritzt wurden ist. Oder WIE VIEL im Fall (unv.) der BE-Faktor, die GESAMTINSULINMENGE war, also auch die Kohlenhydrataufnahme. Wenn man also diese DIGITALEN Daten nicht versucht auch SELBER, als ANWENDER, als PATIENT, vernünftig zu BEARBEITEN und eine Dokumentation SO zu führen, dass man sie SELBER, und auch der Therapeut, dann noch IM ANSCHLUSS ANALYSIEREN kann, dann hat das auch wieder einen

NEGATIVEN Touch. Es gibt durchaus Leute, die dann einfach nur noch das Ganze als PASSIVEN SELBSTLÄUFER sehen und die Daten akquirieren. Wir lesen die hier aus und fragen dann natürlich warum an Tag XYZ plötzlich eine schwere UNTERZUCKERUNG vorgelegen hat. Das kann man im Einzelfall vielleicht noch nachvollziehen, in der Summe aber sicherlich NICHT über einen längeren Zeitraum. Und da FEHLT einem natürlich auch die BASIS dann die URSACHE entsprechend zu besprechen und Lösungsstrategien einem aufzuzeigen. Also, dieser FORTSCHRITT an Technologie kann bei dem Einzelnen auch dazu führen, dass man eher das als SELBSTVERSTÄNDLICH annimmt und man sich gar nicht mehr so richtig darum kümmert. Der Vorteil eines BLUTZUCKERTAGEBUCHES ist letztendlich, dass man sich wirklich damit beschäftigen kann. Man schreibt Dinge auf und in dem Moment, wo man vielleicht die Werte aufschreibt und auch gleich schreibt was man gemacht hat, da fragt man noch mal: ‚WAS lief an diesem Tag gut? Was lief nicht gut?‘, und macht sich BEMERKUNGEN. Erkrankungen, Sport et cetera, Alkoholkonsum, Feierlichkeiten. Man kann dann auch selber noch mal rückblickend analysieren warum an einem Tag etwas besonders GUT oder GUT lief und warum NICHT. Das MUSS man ein Stückchen weit auch, denke ich, ERLERNEN oder dem Menschen mit auf den Weg geben im Sinne von Schulungen und Wissensvermittlung, dass das NATÜRLICH auch im DIGITALEN Zeitalter als digitales Tagebuch, ich nenne das jetzt mal digitales ZUCKERTAGEBUCH, weitergeführt werden muss. Sonst ist das einfach nur ein Datensammeln, ohne dass man tatsächlich in die Tiefe gehen kann.

00:44:12

I: Okay. Und Ihre ERWARTUNGEN an die digitalen Therapien wurden die ERFÜLLT oder sagen Sie ‚Da ist noch Luft nach oben.‘?

00:44:19

D2: Also, da ist definitiv SEHR viel Luft nach oben. Ich hatte mir ja / Also, auch Standardisierungen, eine HARDWARE, eine SOFTWARE, bessere VISUALISIERUNG, ÖFFNUNG von SCHNITTSTELLEN. Man kann mit einem Mehr an (...) Daten natürlich auch THEORETISCH Therapien GLEICH beeinflussen. Ein Beispiel, man kann heutzutage, zumindest bei EINEM Programm, die Pumpe auslesen und mit den Daten kann dann, GLEICH am Computer mit KNOPFDRUCK, die Basalrate ändern. Also, die Insulinpumpentherapie, die INSULINMENGEN anpassen. Das MUSS im Einzelfall ja gar nicht immer SEIN, aber es würde natürlich, wenn das in der BREITE möglich wäre, auch das Anwenden und Anpassen ERLEICHTERN. Sowohl im

Ablauf der Sprechstunde, als auch für den Patienten, weil er sich dann darauf verlassen kann, dass das, was man vielleicht GEMEINSAM beschlossen und besprochen hat, gleich UMGESETZT wird. MOMENTAN ist es dann so, dass (letztendlich?) die Dinge BESPROCHEN werden und dann geht der Patient nach Hause und muss dann manuell das Ganze umprogrammieren in (der?) Pumpe. Also, diesen Schritt kann man vereinfachen. Man kann (da?) sicherlich, vielleicht auch DIGITAL, Dinge weiterentwickeln, dass man ALLE Anwendungen auf einem iPad, zum Beispiel, vereinheitlicht. Dass man das iPad dann auch FÜR SO EINE THERAPIEANPASSUNG mitbenutzt. Also, da gibt es sicherlich viele Dinge, die man in Zukunft noch nutzen KÖNNTE.

00:45:46

I: Und wie schätzen Sie die finanzielle VERGÜTUNG ein von solchen Therapien?

00:45:53

D2: Das hatte ich ja eigentlich schon gesagt. Also, finanzielle Vergütung von digitalen Therapien gibt es im AMBULANTEN Sektor, im DIABETESSEKTOR, FAST GAR NICHT. Es gibt, FAIRERWEISE muss man dazu sagen, mittlerweile EINE sogenannte Abrechnungsposition im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen, die man in einer gewissen Stückzahl tatsächlich auch dann zur Rechnung bringen kann. Wenn man den Aufwand aber IM ALLGEMEINEN dem GEGENÜBER stellt, technische Einweisungen, Schulungen, Nachschulungen, Überprüfungen, ob die Dinge richtig angewendet werden, widerspiegelt das in keiner Weise den GESAMTAUFWAND. Also, es gibt EIN BISSCHEN LICHT am Ende des Tunnels in dem Sinne, dass es ZUMINDEST im sogenannten EBM, im erweiterten Bewertungsmaßstab, eine POSITION, ein Kapitel, eröffnet worden ist für Diabetestechnologie, für das Anwenden von Realtime-CGM, also Echtzeit (interzellulärer Glukosemessung?), und das kann man auch (dann quasi als?) Abrechnungsposition zur Geltung bringen. Aber IN DER SUMME fehlen momentan noch die MÖGLICHKEITEN. Zum Beispiel auch, weil der PROZESS von einem evaluierten Schulungsprogramm für Glukosesensoren, für Pumpen et cetera, ähm, bis zum ABSCHLUSS der Evaluierung, bis zum ANRECHNEN beim BVA UND DANN wiederum die Implementierung von SCHULUNGSZIFFERN, die dann zur Abrechnung dienen, MEISTENS MEHRERE Jahre (unv.) / Man WENDET das aber NATÜRLICH schon AN ab dem Zeitpunkt, wo es das GIBT, um einfach den Patienten möglichst gut zu betreuen. Und in dieser Zwischenzeit, die sich wirklich über mehrere Jahre zieht, hat man im Grunde (immer?) das

Dilemma das Ganze entweder unter den TISCH FALLEN ZU LASSEN, im gesamtwirtschaftlichen Betrachtung gut, ODER zu sagen man stellt das in Privatleistung, so genannte IGeL-Leistungen, dem Patienten in RECHNUNG, was man natürlich unter Umständen einfach in der Summe NICHT MACHEN KANN.

00:47:43

I: Okay. Und welche SOZIALEN EINFLÜSSE spielen für Sie eine Rolle?

00:47:46

[Das Interview muss kurz unterbrochen werden, da das Telefon von D2 klingelt und D2 den Anruf entgegen nehmen muss.]

00:48:09

D2: So, noch mal von vorne.

00:48:10

I: Zehn Minuten noch? [I lacht.]

00:48:11

D2: Ja.

00:48:11

I: Okay. Welche SOZIALEN EINFLÜSSE spielen für Sie eine Rolle, wenn Sie jetzt an die Integration von solchen DIGITALEN Therapien in den Berufsalltag denken? Welche ROLLE spielt denn zum Beispiel die ERWARTUNGSHALTUNG von den PATIENTEN?

00:48:25

D2: Die spielt eine IMMENSE Rolle. Also, VIELE Patienten sind SEHR GUT informiert in CHATS, in FOREN, durch soziale Kontakte, Freundeskreise, haben teilweise aber auch eine FALSCHER Erwartungshaltung an Technologien. Es gibt zum Beispiel immer mal wieder die Erwartungshaltung, dass jeder einen SENSOR kriegen kann. Selbst derjenige, der, beispielsweise, NUR EINE TABLETTE braucht, eine Zuckertablette, am Tag. Da gibt es aber KEINE Kostenerstattung von Seiten der Kasse. Das heißt, da muss man ERWARTUNGEN mit REALITÄT in Einklang bringen. Dann gibt es MENSCHEN, die vielleicht auch die ERWARTUNG haben, dass diese diabetestechnologischen ERRUNGENSCHAFTEN einem das Leben im

Allgemein VEREINFACHEN. Das ist teilweise NATÜRLICH so. Wenn ich (...) JEDE MINUTE meine WERTE messen kann, dann habe ich natürlich einen VORTEIL im Vergleich zur BLUTZUCKERMESSUNG. Teilweise heißt das aber dann für den Einzelnen auch wieder ‚Ich muss mich um gewisse Dinge nicht mehr KÜMMERN.‘ ODER es gibt die Erwartungshaltung ‚Wenn ich eine INSULINPUMPE nehme, statt einer normalen INSULINSPRITZENTHERAPIE, dann wird die Insulinpumpe alles schon von alleine REGULIEREN.‘ Stichwort CLOSED LOOP. Das IST DE FACTO NICHT der Fall. Also, man MUSS heutzutage einfach auch weiter sich um SEINE ERKRANKUNG kümmern. Man MUSS das Diabetesselbstmanagement und ALLES, was dazugehört, Motivation, Eigenkontrolle, WEITERFÜHREN, um IN DER SUMME gut mit, zum Beispiel dem Diabetes, leben zu können. Es gibt KEINE TECHNISCHE HEILUNG. Der Begriff ist OHNEHIN eigentlich FALSCH, aber kursiert immer mal wieder in den Medien des Diabetes. Es gibt technische FORTSCHRITTE, die einem das LEBEN mit dem Diabetes ERLEICHTERN können. Sie sind aber TEILWEISE, zumindest am Anfang, mit einem erhöhten Aufwand verbunden, sich in diese Materie EINZUARBEITEN, mit technischen Dingen und auch deren FEHLERQUELLEN umzugehen, umgehen zu LERNEN. Sodass also teilweise die Erwartungshaltung nicht mit der Realität einhergeht. Und da sind wir ja (eigentlich?) gefordert das Ganze dann auch durch SCHULUNGEN, durch Wissensvermittlung, irgendwo an einen Punkt zu bringen, der dann auch tatsächlich BEIDERSEITIG dienlich ist. Zum einen, dass derjenige, der Patient, das einfach regelmäßig anwendet, dadurch nicht auf LANGE SICHT FRUSTRIERT, und zum anderen, dass einfach auch ALLES GENUTZT WIRD, was möglich ist. Also, ZUM TEIL gibt es einfach die Erwartungshaltung ‚Technik heilt mich. Pumpe läuft von ALLEINE.‘ Das ist natürlich ÜBERHAUPT NICHT mit der Realität vereinbar. Und man muss auch IMMER WIEDER gucken: Was sind eigentlich die ZIELE, die man sich setzt? Man kann bei den Sensoren WARNMELDUNGEN eingeben. Wenn diese Warnmeldungen nicht REALITÄTSNAH, also, WARNGRENZEN Unterzuckerung, HOHER Wert, eingegeben werden, dann wird ein Anwender aus Unwissenheit nach zwei Tagen, weil er alle fünf Minuten gewarnt wird, einfach die Sensoren IN DIE ECKE LEGEN und dann einfach diese Technik NICHT MEHR NUTZEN. Und dann ist einfach Mensch und Technik in dem Fall nicht KOMPATIBEL. Da liegt es eigentlich nicht an der Technik, sondern am FEHLENDEN WISSEN, am FEHLENDEN VERSTÄNDNIS. Dann gibt es Menschen, die sich einfach ABHÄNGIG fühlen von Technik. An einer PUMPE, eben an einem SCHLAUCH, einen SENSOR permanent unter der Haut zu tragen, den regelmäßig, alle paar Wochen, zu wechseln. Es gibt DURCHAUS

Menschen, die sich dadurch IN IHRER FREIHEIT EINGESCHRÄNKT fühlen. Die auch unter KLASSISCHEN, konventionellen Therapiemöglichkeiten andererseits gut ZURECHTKOMMEN. Die, also, IN DER SUMME, vielleicht gar nicht diese Technik BENÖTIGEN. Also, es ist durchaus ein sehr BUNTES Bild. Mensch und Technik passen nicht immer hundertprozentig zueinander.

00:51:58

I: Und wie schätzen Sie so die Rolle Ihrer KOLLEGEN ein? Also, würden Sie sagen, dass es zum Beispiel einen starken KONKURRENZKAMPF unter Diabetologen gibt im Hinblick auf solchen, auf das ANGEBOT von solchen digitalen Therapien?

00:52:11

D2: NEIN, das würde ich jetzt eigentlich GANZ KLAR und KATEGORISCH VERNEINEN. Einen Konkurrenzkampf gibt es da NICHT. Ich denke, es gibt EHER ein Bestreben auch SICH ABZUGLEICHEN, ERFAHRUNGEN auszutauschen. WELCHE Softwarelösung nimmt KOLLEGE A? WELCHE nimmt B? WELCHE ERFAHRUNGEN hat man damit gemacht? Also, ich habe EHER die WAHRNEHMUNG, dass diesbezüglich ÜBERHAUPT KEIN Konkurrenzkampf BESTEHT, dass man EHER ERLEICHTERT ist, wenn man von den ERFAHRUNGEN, die man persönlich sammelt, IN GEWISSER WEISE PROFITIERT und vielleicht IN GEWISSE FEHLERQUELLEN NICHT hineintappt, die der andere auch schon gemacht hat.

00:52:45

I: Okay. So, dann kommen wir zu den letzten Fragen. Also, ich glaube, die sind eigentlich RELATIV SCHNELL zu beantworten. Wie viele Patienten behandeln Sie denn so circa pro TAG?

00:52:59

D2: NUR ICH oder die GESAMTE Praxis?

00:53:01

I: Nur Sie.

00:53:03

[D2 schaut in seinem Computer nach.]

00:53:25

D2: Circa fünfzig.

00:53:27

I: Okay. Und WIE VIELE von diesen Patienten nutzen so ungefähr Sensoren und Insulinpumpen?

00:53:34

D2: Zwanzig bis dreißig.

00:53:35

I: Okay, also, ja, die gute Hälfte. Und WIE VIEL ZEIT brauchen Sie /

00:53:39

D2: Nein, also INSGESAMT nutzen zwanzig bis dreißig Prozent wirklich diese Technologien.

00:53:42

I: Ach so, okay.

00:53:47

D2: Vielleicht müsste man das auch mehr differenzieren. Wenn Sie jetzt sagen ‚ALLES ZUSAMMEN.‘, könnte der Prozentsatz schon HÖHER sein, weil viele heutzutage auch SENSORTECHNIK nutzen. Dann sind wir vielleicht bei fünfzig Prozent. Wenn es aber darum geht, sozusagen, INSULINPUMPE auch als Eigenständiges, dann sind (wir?) sicherlich eher so bei zwanzig bis dreißig Prozent.

00:54:03

I: Okay. Und WIE VIEL ZEIT brauchen Sie durchschnittlich für die EINFÜHRUNG von neuen Patienten in solche digitalen Therapien IM VERGLEICH ZU ANALOGEN?

00:54:13

D2: Das kann man NICHT GUT vergleichen, weil man eine PUMPE NICHT mit einer SPRITZE vergleichen kann. Also, IM VERGLEICH sicherlich MEHRERE STUNDEN. Sagen wir mal zwei bis vier Stunden mit Einweisungen, mit Schulungen, im Vergleich zum Erklären eines normalen Insulinpens.

00:54:26

I: Okay. Und wenn der Patient dann schon mit der Therapie VERTRAUT IST, wie viel Zeit brauchen Sie DANN NOCH, wenn der Patient zu einem Termin kommt IM VERGLEICH zu dem Analogen?

00:54:39

D2: Wenn ALLE Abläufe OPTIMIERT sind, also auch die praxisinternen Abläufe, spart man sicherlich, sagen wir mal, durchschnittlich FÜNF Minuten (pro Konsultation?).

00:54:49

I: Ist das viel oder wenig?

00:54:52

D2: Naja, das ist bei der ENGEN Minutentaktung, die man so generell hat im ambulanten Sektor / Wenn man mit ZEHN BIS 15 Minuten pro Patient RECHNET im Schnitt, sind fünf Minuten schon GAR NICHT MAL so irrelevant.

00:55:02

I: Genau, ja, schon viel.

00:55:03

D2: Also, schon BEDEUTEND.

00:55:05

I: Okay. Und wie würden Sie Ihren UMGANG mit digitalen Innovationen in Ihrem Beruf beschreiben? Fällt Ihnen das LEICHT oder ist es mit SEHR VIEL Aufwand verbunden?

00:55:15

D2: Also, ich bin dem SEHR OFFEN gegenüber. Ich finde das prinzipiell SEHR GUT, bezeichne mich da so ein bisschen als INNOVATIV. Der AUFWAND im EINZELFALL ist am Anfang schon doch ERHEBLICH.

00:55:28

I: Okay. Ja, wahrscheinlich kann man das jetzt gar nicht so pauschal sagen, aber wie viel Zeit

PRO WOCHE, würden Sie denn sagen, verbringen Sie ungefähr mit der Aneignung von NEUEM WISSEN oder BENÖTIGTEN FÄHIGKEITEN eben im Hinblick auf diese Therapien?

00:55:39

D2: (...)

00:55:42

I: Wenn es jetzt PRO WOCHE schwer zu sagen ist, können Sie auch gerne sagen pro Monat oder pro Jahr.

00:55:49

D2: Also, PRO MONAT würde ich jetzt mal schätzen ungefähr ZWEI BIS FÜNF Stunden.

00:55:57

I: Okay. Und inwiefern legen Sie zukünftig GRÖßEREN Wert auf die Integration von digitalen Anwendungen in Ihren Berufsalltag?

00:56:06

D2: SEHR GROßEN WERT, weil ein Ziel, zum Beispiel, ist auch irgendwann eine PAPIERLOSE Praxis zu haben und das geht natürlich ohne Digitalisierung NICHT. Und in DIESEM ABLAUF von technologischen ERRUNGENSCHAFTEN (und?) Implementierungen hat das einfach einen enormen Stellenwert.

00:56:21

I: Genau. Und jetzt kommt die Frage zum Closed Loop System: [I lacht.] BEGRÜßEN Sie die Integration von Closed Loop Systemen?

00:56:29

D2: DEFINITIV. JA mit AUSRUFZEICHEN. Closed Loop heißt ja übersetzt, das ein (...), EIN ODER MEHRERE Devices als sogenanntes ARTIFICIAL PANCREAS EIGENSTÄNDIG arbeiten. (Und man hofft dann?) von äußeren Einflüssen, also, dass der Einfluss des PATIENTEN und damit die Fehlerquelle VERSCHWINDET. Das GANZE nennt sich, (fachlich inkorrekt?), auch technische Heilung. Wir SIND ABER noch lange nicht bei dem Closed Loop. Wir sind quasi vielleicht die HÄLFTE bis, sagen wir mal, DREIVIERTEL des Weges gegangen. Unter CLOSED LOOP versteht man, dass eine PUMPE mit einem SENSOR über einen mathematischen

ALGORITHMUS EIGENSTÄNDIG die Insulintherapie REGULIERT. Sowohl die GRUNDBEDARFS-, also die BASALINSULINTHERAPIE, als auch alles, was unter dem Thema (MAHLZEITENINSULINKORREKTUREN?) läuft. Wir sind MOMENTAN dabei AUTOMATISIERT die BASALRATE steuern zu können. Und das nennt sich HYBRID oder (unv.) Closed Loop System. (Das ist?) also IMMER NOCH ein OFFENES System. Wir können quasi AN EINER STELLE, Schraubchen, einen Automatisierungsprozess mittlerweile implementieren. Und es wird auch nicht mehr lange dauern, da ist das Ganze auch offiziell produktreif und wird auch in Deutschland ZUGELASSEN werden. Und DAMIT reguliert sich AUTOMATISCH der BASALINSULINBEDARF. Was einen ERHEBLICHEN Erleichterungsschritt für die Anwender betrifft, weil man LETZTENDLICH weiß, dass der INSULINBEDARF von Tag zu Tag SEHR GROßEN Schwankungen unterliegt und man mit einer programmierten Insulin- oder Basalrate NIEMALS die Realität HUNDERTPROZENTIG widerspiegeln kann. Durch einen sogenannten AUTOMODUS in der Basalratensteuerung gelingt einem in dem Punkt quasi eine, mehr oder weniger, GERADE LINIE im sogenannten ZIELBEREICH, im TIME IN RANGE, zwischen vier Millimol, oder 3,9 Millimol, und zehn Millimol. Da kann man ZIELE erreichen, also, zielbereichsbezogen, Time in Range, von achtzig, neunzig Prozent. Das heißt, wenn man jetzt 14 Tage zum Beispiel ANALYSIERT, kann man mit diesem HYBRID CLOSED LOOP DURCHAUS zu achtzig bis neunzig Prozent IM ZIELBEREICH sein. Das ist ENORM im Vergleich zu heutigen vierzig, fünfzig, vielleicht sechzig Prozent, manchmal auch siebzig im Einzelfall, (unter einer?) herkömmlichen Therapie. Und bringt LANGFRISTIG sicherlich VIEL, VIEL POSITIVES für den ANWENDER hinsichtlich der Gesunderhaltung, so nenne ich das jetzt einfach mal. Aber wir sind IMMER NOCH ein ganzes Stück entfernt von dem WIRKLICHEN Closed Loop. Da gibt es momentan SEHR, SEHR VIELE Bestrebungen, sehr viele unterschiedliche FORSCHUNGSZENTREN, die so ein bisschen im WETTLAUF miteinander stehen. CAMBRIDGE in Großbritannien mit einer Firma. Ich will jetzt hier keine Produktwerbung machen. Da gibt es in BOSTON ein Forschungszentrum, was einen SEHR INNOVATIVEN Ansatz hat, wo man quasi ZWEI HORMONE, Insulin und den Gegenspieler, in einer Pumpe vereint und DAS GANZE als Closed Loop entwickeln will mit einer SENSORTECHNOLOGIE. Also, da ist ENORM VIEL an PUSH, an DRIVE, an WEITERENTWICKLUNGEN. Da werden die NÄCHSTEN Jahre SEHR, SEHR spannend werden. Auch NÄCHSTES Jahr werden wahrscheinlich viele Anbieter NACHZIEHEN mit dem was JETZT als Hybrid Closed Loop wahrscheinlich Ende des Jahres auch ENDLICH mal in Deutschland

verfügbar ist. (In den?) USA GIBT ES DAS schon gut zwei Jahre, ÜBER zwei Jahre. Aber das EIGENTLICHE Closed Loop wird sicherlich noch EINE GANZE WEILE dauern, sicherlich noch MEHRERE Jahre wahrscheinlich. Um das einfach so in die REIFE und die BREITE zu bringen, dass es wirklich für JEDEN anwendbar und sicher ist, vom Kleinkind bis zum Greis, (braucht es?) Entwicklungsschritte, technische, SICHERE technische Abläufe, die NOCH NICHT komplett (vorhanden?) sind. So. Insofern TOLLE Entwicklung, die vor allen Dingen von der Szene der LOOPER, Do It Yourself, We Are Not Waiting, GETRIEBEN wird. Das sind quasi Menschen, die sich ihre Produkte selber ZUSAMMENBASTELN, aber nicht mechanisch, sondern quasi PROGRAMMIEREN diesen Nutzen. Also, PUMPE A, GLUKOSESENSOR B und dann quasi eine App auf dem Handy, um in diese Richtung VORANZUSCHREITEN und bewegen sich da zwar NICHT auf LEGALEM Sektor, aber auf einem Sektor, der für den TECHNISCHVERSIERTEN, MOTIVierten Einzelhändler SEHR, SEHR erfolgreich ist. Also, man KANN das NIEMALS zum heutigen Stand BEWERBEN oder gar Patienten dazu BERATEN, weil man sich dann juristisch definitiv in die ZWICKMÜHLE begibt, aber in der SZENE sozusagen funktioniert das wirklich SEHR, SEHR GUT. Aber AUCH DIE machen kein CLOSED LOOP, sondern die machen auch dieses HYBRID Closed Loop. Also, eigentlich diesen OFFENEN Kreis, den man im Sinne von Basalratenmodulation VERÄNDERT. Und DIESE Szene, die IMMER GRÖßER wird, gerade junge Menschen in GROBSTÄDTEN, die gut VERNETZT sind, die TECHNIKAFFIN sind, die TREIBEN quasi die Industrie dazu an, möglichst schnell weiterzuentwickeln, sich zu ÖFFNEN, KONNEKTIVITÄT, Schnittstellenöffnung zu GEWÄHRLEISTEN, auch diese Systeme in diese Richtung VORANZUBRINGEN und haben da auch zum Öffnen der einzelnen Sektoren so ein bisschen beigetragen. Also, das ist ein SEHR SPANNENDES Umfeld und wird sicherlich in der Zukunft VIEL, VIEL Nachfrage und POSITIVES mit sich bringen. Aber da sind wir wieder wirklich noch in einem Entwicklungsprozess, der noch NICHT KOMPLETT durchschritten ist.

01:01:51

I: Okay. Noch Zeit für eine Frage?

01:01:53

D2: Ja, aber dann ist auch SCHLUSS. [D2 und I lachen beide.]

01:01:56

I: Okay. Wie könnte das denn dann IHREN BERUFSALLTAG verändern, wenn es dann diese Closed Loop Systeme gibt? Was würde WEGFALLEN? Also, vielleicht auch so ZEITLICH gesehen, könnte es zu NOCH MEHR Ersparnis kommen?

01:02:08

D2: Es wird sich WAHRSCHEINLICH ein bisschen mehr VERSCHIEBEN um die technische DETAILBETRACHTUNG und dann auch INSULINFREIEN Steuerung IN EINEM funktionierenden CLOSED LOOP. WEG dann von der (Kunsttherapie?). Also, AKUTMEDIZINISCHE Ereignisse bei Diabetes KÖNNTEN sich dadurch durchaus in GERINGEREM Maße auftreten, aber vielleicht MEHR in die Tiefe gehen, in die Tiefe der Glukosewertbesprechung und auch Therapiesteuerung. Und möglicherweise gibt es dann natürlich auch Patienten, die, mehr oder weniger in Führungsstrichen, (Selbstläufer?) sind. GUTE Werte haben, sich GUT selber therapieren, KEINE Probleme haben. Wo man wirklich VIEL, VIEL Zeit SPART, über ALLGEMEINE Sachen redet, über gesundheitliche VORSORGE, die darüber HINAUSGEHT. Also, Vorsorge, Labortests, Screening et cetera. Den Patienten einfach BERÄT, auch natürlich weiter betreut in VOLLEM UMFANG. Man hat dann MEHR Zeit für andere Dinge. Also, das wird sich, denke ich, POSITIV auch entwickeln. Das sind zumindest auch die ERFAHRUNGEN von ZENTREN, zum Beispiel in BERLIN, die jetzt schon MEHR Looper behandeln. Also wir haben ungefähr ZWEI bis VIER. Aber das ist auch meine Wahrnehmung, wenn dieses System FUNKTIONIERT, ist der Aufwand im einzelnen Therapiegespräch, stundenbezogen, DEUTLICH GERINGER. Also, langfristig profitieren BEIDE Seiten davon. Der Anwender hat eine BESSERE Einstellung, BESSERE Zielwerte, hat seine Therapie IM GRIFF mit einem MOMENTAN SEHR HOHEN Aufwand, dass muss man fairerweise sagen. Und wir haben dann im Einzelfall weniger tagesaktuelle PROBLEME bei demjenigen. Also, es ist sicherlich eine positive Erscheinung.

01:03:38

I: Okay. [I lacht.] Gut, dann bin ich fertig.

01:03:42

D2: Vielen Dank.

01:03:42

/: Vielen Dank.
