

1. Behandlerzentrierung und digitale Leistungserbringung

ACHIM HEIN

Im Verlauf der letzten 25 Jahre kristallisiert sich aus ethisch-versorgerischer Sicht eine Essenz an Prinzipien heraus, die digitale Behandlungsangebote erfüllen müssen: den Erhalt und die Zentrierung der Behandlungsleistung auf die Führung und Verantwortung des Behandlers und die klare Abgrenzung zur reinen Technologieanwendung. Im vorliegenden Artikel werden Kernaussagen dargestellt, diskutiert und an praktischen Erfahrungen gespiegelt.

1.1. Behandlerzentrierung als neues Mindset

Die Digitalisierung bringt zahlreiche Möglichkeiten, bei deren Umsetzung gewohnte Begrifflichkeiten neu definiert werden müssen. Das Verständnis herkömmlicher Zuordnungen, wie Anwendung bestimmter Leistungsmengen an bestimmten Orten, ist nicht mehr ausreichend, um Patientensicherheit, Therapieerfolg und Rechtssicherheit zu gewährleisten. Im Unterschied zum prädigitalen Zeitalter lösen sich tradierte Vorstellungen, dass eine Behandlung grundsätzlich an einem bestimmten Ort oder zu fixen Zeitpunkten stattzufinden hat, immer mehr auf. Es hat sich gezeigt, dass erweiterte Definitionen der Leistungserbringung notwendig sind. Die medizinisch-therapeutische Supervision ist einer dieser zentralen Begriffe.

Bei digitalisierten Behandlungen muss der Supervisionsbegriff erweitert werden. Früher verstand man darunter die Verordnung einer Therapie oder eines Medikaments, einschließlich der Führung des Patienten durch den Behandler. Nach Verordnung von z.B. Medikamenten mit Vorgaben zur Dosierung waren Fortschrittskontrolle und Intervention im Rahmen der Folgetermine abgebildet. Der Behandler hatte keine Möglichkeit, die Dosierung und Einnahme zu begleiten und eine Falscheinahme zu verhindern. Schon die räumliche Trennung von Behandler (in seiner Praxis) und Patient (zu Hause) machte eine Begleitung unmöglich.

Bezogen auf digitalisierte Behandlung kann die Missachtung der Anweisungsanordnungen der verordneten Therapeutika, etwa Therapieleistungen, ein Risiko für den Patienten darstellen. Wäre mittels der digitalisierten Behandlung der Patient befähigt, per selbstmotivierten Eigenhandelns mehr als die verordnete Therapiemenge „einnehmen“ zu können, so könnte dies zu einer Verschlechterung seines Zustands führen und dem Ziel der Verordnung entgegenwirken. Es könnte sogar zu einer Gefährdung führen, die ohne den Einsatz der Digitalisierung nicht aufgetreten wäre. Dieses ist nun nicht mehr alleinig dem Handeln des Patienten zuzuordnen.

Es entsteht ein ethisch-rechtliches Spannungsfeld, das angepasste Regelungen erfordert. Das althergebrachte Verständnis ist nicht ausreichend, um Patienten und Ärzte ausreichend zu schützen.

Eine Gefährdung wird mit dem Einsatz des Prinzips der von EvoCare postulierten *Kurativen Supervision* oder auch *Behandlerzentrierung* verhindert. Bei der behandlerzentrierten Kurativen Supervision ist die notwendige Bedingung der Verordnung um die hinreichende Bedingung erweitert, der zufolge der Patient tatsächlich auch nur die verordnete Menge an (digital verabreichter) Therapie zu sich nehmen kann – nicht mehr! Diese Definition ist zwingend anzuwenden.

Sie unterscheidet Lifestyle-Angebote von qualitätsgesicherten kurativen Methoden. Die Kurative Supervision vereint die Notwendigkeit der Vorgaben durch den Arzt um den „Schutzmechanismus“ zur Sicherstellung und Einhaltung der Vorgaben. Sie ist nicht nur Grundlage zum Schutz des Patienten und entfaltet Wirkung im Sinne der Qualitätssicherung, sondern auch Bedingung für die haftungsrelevanten Zulassungsfragestellungen und Vergütungsnachweise. Ihre Befolgung ist auch zur rechtlichen Würdigung essenziell.

Diesem Prinzip der Behandlerzentrierung folgt beispielsweise die EvoCare-Methode. Sie war Gegenstand

zahlreicher Evaluationen in den letzten 25 Jahren (www.telemedizin.de), wurde als erste digitalisierte Behandlung zugelassen und ist heute regelhaft im Einsatz. In der digitalisierten Behandlung mittels derartiger Behandlerzentrierung ist es dem Patienten nicht möglich, die Verordnungsvorgaben des Therapeuten eigenständig zu verändern. Er kann „nur“ genau das machen, was für ihn verordnet wurde. So werden Arzt und Patient optimal unterstützt und geschützt; das Behandlungsergebnis erreicht hervorragende Resultate. Welches Therapeutikum dabei zur Anwendung kommt spielt keine Rolle. Die Behandlerzentrierung gilt absolut und ist jederzeit sicherzustellen. Das Prinzip gewährleistet Patientensicherheit, Compliance, Qualität und rechtliche Sicherheit.

1.2. Behandlerzentrierung versus Technologie-Anwendung

Gerade in der Diskussion um die Digitalisierung ist es wichtig, Behandlungsmethoden von Leistungsanbietern und technischen Dienstleistern zu unterscheiden. Dies wird häufig vermischt. Digitalisierte Behandlungs-Methoden sind auch nicht zu verwechseln mit Apps, denn Anwendung von Technik ist nicht gleich Behandlung!

Digitalen Behandlungsmethoden muss ein theoretisches Fundament zugrunde liegen, das immer und grundsätzlich die persönliche Behandlung mit der digitalisiert erweiterten Methodik fest verbindet. Der Behandler greift auf digitalisierbare Therapieinhalte zurück und wendet diese, zur Verwendung durch den Patienten zum Zwecke der Behandlung an. Wie bei der klassischen Therapie übernimmt der Therapeut die Behandlung und Überwachung des Patienten. Dieser erhält von seinen digitalen „Therapiewerkzeugen“ Rückmeldung zum Patientenverhalten und wertet sie aus, um fachgerecht zu intervenieren.

Der Arzt erhält zwar digitale Unterstützung, aber es ist der Behandler, der die Therapie auswählt, bestimmt und verantwortet – nicht eine Maschine.

Damit ist die Rollenverteilung von Technologie und Behandler klar: die Technologie verschafft ihm die bestmöglichen Informationen und unterstützt bei der Entscheidungsfindung. Die Entscheidung selbst aber trifft der Arzt aufgrund der Gesamtheit aller Umstände, seiner menschlichen Intelligenz und Kreativität, die das menschliche Gehirn einzigartig macht.

1.3. Technik allein macht nicht glücklich und auch nicht gesünder

Patienten erwarten tägliche Betreuung, neue Verordnungen, Therapeutenkontakt, Rat und Tat – auch im digitalen Bereich. Sie akzeptieren unter konkreten Bedingungen Technologie, aber nur als Überbringer der Leistungen ihres vertrauten Arztes oder Therapieteams. Die langjährige Erfahrung zeigt, dass sofern das vertraute Behandler-Team die Supervision der Patienten übernommen hatte, Compliance- und Akzeptanzraten von 80% und mehr bestehen. Wird hingegen eine die Supervision per App – also ohne vertrautes Team – vorgenommen, sinkt die Compliance gegen Null. Die Patienten fühlten sich allein gelassen (Schellenberger et al. 2014).

„Patienten lieben es, wenn sie von uns auch zu Hause unterstützt werden“, so eine Klinikleitung. Voraussetzung dafür ist das richtige Heranführen der Akteure an die digitale Behandlung. Geschieht dies auf die richtige Weise, sind Patientenakzeptanz, Compliance und Motivation unabhängig von Alter, Geschlecht und Bildung – so die Studienlage. Behandlerzentrierung durch das vertraute Behandler-Team ist der Schlüssel zur Erfolg (ebd.).

1.4. Kurative Supervision – Der Arzt ist der Chef im digitalisierten Behandlungsring

Nach der Anerkennung und Zulassung der behandlerzentrierten EvoCare-Methode wurden Regeln vom Kostenträger definiert, die in nahezu allen Fachgebieten und Sektoren gelten. Die Behandler geben die medizinischen Inhalte für jeden einzelnen Patienten vor. Diese können sie aus tausenden von Kollegen bereits verfügbar gemachten, evidenzbasierten digitalen Therapieschränken aussuchen, selbst gestalten und für Ihr Patientenkollektiv eine Intra- wie Intervariabilität sicherstellen. Es hat sich bewährt, dass die Anweisungen engmaschig geführt werden. Dies ist routinemäßig delegierbar und entlastet den Arzt erheblich.

Die COVID-Pandemie hat neue Wege eröffnet und sie sind mit der Zulassung von Plattformen wie EvoCare für Leistungserbringer einfach, sicher und lukrativ geworden. Der gesamte digitale Ablauf ist fertig verfügbar. Auch ist die wichtige Leistungsdelegation und die Vergütung geregelt.

1.5. Conclusio

Ein freiwilliges Monitoring eines Gesunden darf nicht mit den Anforderungen eines Kranken verglichen werden. Es ist etwas völlig anderes, die Pulsfrequenz beim Joggen zu beobachten, um selbst gesteckte Trainingsziele zu erreichen oder den Anweisungen eines Arztes Folge zu leisten, um dadurch ein medizinisch indiziertes Gesundheitsziel zu erreichen. Ziele der Kurativen Versorgung sind nicht gleichzusetzen den Zielen eines Lifestyle-Angebotes.

Technische Angebote ohne Behandlerzentrierung versetzen Menschen in die Lage, Menge und Art von Messwerten und Übungen eigenmotiviert machen zu können, anstatt durch ausgebildete Fachkräfte die richtige Behandlung für sich anzuwenden. Apps geben Therapiepläne vor und Therapeuten werden durch Maschinen ersetzt. Dies ist das größte Risiko für die Qualität des Gesundheitswesens in der Zukunft. Die behandlerzentrierte kurative Supervision durch den ausgebildeten medizinischen „Fachmann“ ist der wichtigste Garant für die Qualität der medizinischen Versorgung, vor allem im Zeitalter der Digitalisierung. Technik kann dies nicht ersetzen.

1.6. Chance und Verpflichtung

Patienten vertrauen dem Arzt und den neuen Möglichkeiten. Sie nutzen die Chancen der Digitalisierung, sofern sie hierbei angeleitet werden. Patienten erwarten auch zu Hause Feedbacks und Kommunikation mit dem Behandler-Team. Diese berechnete Erwartungshaltung ist eine zusätzliche Verpflichtung. Diese wichtigste Kerntätigkeit „Behandlung“ wird immer wieder nachrangig betrachtet, getreu dem Motto „Patient kriegt App und fertig“. Die behandlerzentrierte Supervision bedeutet Betreuungsarbeit, die zwar teilweise delegierbar ist, aber eingeplant sein sollte. Die neuen Chancen bringen also zugleich neue Verpflichtungen.

Digitalisierung hilft dann, wenn unter ärztlicher Regie und Einhaltung der geschilderten Prinzipien Technologie als „Transporteur“ der Anweisungen der Fachkräfte wahrgenommen und eingesetzt wird – nicht mehr und nicht weniger. Das ist eine große Chance für die Gesundheitssysteme.

Literatur

Schellenberger M, Dittrich M, Eichner G, Kleist B, Schupp W, Beyer WF (2014) Untersuchung der Wirksamkeit der Nachsorgekonzepte IRENA und EvoCare-Teletherapie bei Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates in Bezug auf körperliche Parameter. DRV-Schriften 103, 268-271



Dr. Achim Hein

Experte im Gesundheitswesen, Berater, Dozent und Referent (www.dr-hein.com). Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich eHealth, Telemedizin, Digitalisierung von Behandlungsleistungen und Demografiewandel. Erfinder der TeleTherapie als behandlerzentriertem Behandlungsverfahren, Mitglied im Expertenrat des G-BA, Zahlreiche Modell-Projekte zur Digitalisierung, Studien und Veröffentlichungen, Entwicklung von Leitlinien und Anforderungen sowie digitalisierten Behandlungsinhalten in den somatischen Hauptindikationen.
