

Ein etabliertes Projekt zur digitalisierten Fortsetzung der Behandlung



Foto: EvoCare

Beispiel anhand der Zulassung als Rehabilitative Behandlung – Möglichkeiten für Schlafmedizin und COPD-Behandlung.

Vor 20 Jahren begann der Autor, sich dem Thema eHealth und Telemedizin zu widmen. Streicht man aus der Summe der gemachten Erfahrungen diejenigen Erkenntnisse, die man anderen ersparen will, so kristallisiert sich eine Essenz an Prinzipien heraus, welche Behandlungsangebote „digital“ beachten sollten und nach Ansicht des Autors müssen: den Erhalt der Behandlungsleistung als solche und die Abgrenzung zur reinen Technologieverwendung. Im vorliegenden Artikel werden Kernaussagen dargestellt, diskutiert und an Erfahrungen gespiegelt sowie die Möglichkeiten für Schlafmedizin und COPD dargestellt.

ACHIM HEIN

Kurative Supervision – oder Der Arzt ist der Chef im (digitalisierten Behandlungs-) Ring

Die Digitalisierung bringt zahlreiche Möglichkeiten, bei deren Umsetzung „alte“ Begrifflichkeiten neuen, erweiterten Definitionen unterzogen werden müssen. Das Verständnis von Begriffen, wie bspw. Anwendung bestimmter Leistungsmengen an bestimmten Orten, ist im digitalen Zeitalter nicht mehr ausreichend, um Methodik, Patientensicherheit, Therapieerfolg und Rechtssicherheit zu gewährleisten. Im Unterschied zum prädigitalen Zeitalter sind alte Vor-

stellungen, wie bspw. die Örtlichkeit der Leistung oder fixe Zeitpunkte der Leistungserbringung aufgelöst. Es hat sich gezeigt, dass mit der Digitalisierung erweiterte Definitionen und Prinzipien der Leistungserbringung notwendig sind. Die medizinisch-therapeutische Supervision ist einer dieser zentralen Begriffe.

Bei digitalisierten Behandlungen muss der Supervisionsbegriff generell erweitert werden. Früher – vor der Digitalisierung – verstand man



© EvoCare

Schlaf 2018; 7: 176–182

Abb. 1 Hauptindikationen von EvoCare

darunter die Verordnung, inkl. Anleitung und Führung des Patienten, durch den Behandler. Nach Verordnung von bspw. Medikamenten, mit Vorgaben von Dosierung und Einnahme-Anleitung waren Fortschrittskontrollen und Intervention im Rahmen der Folgetermine abgebildet. Obgleich die Supervision notwendigerweise zu „verordnen“ war, entzog sich die tatsächliche Einnahme des Therapeutikums dem direkten Einflussbereich des Behandlers. Die Supervision war die notwendige Bedingung – nur wenn verordnet war, durfte die „Therapie“ eingenommen werden. Über diese notwendige Bedingung hinausgehende Bedingungen gab es – aufgrund der fehlenden Machbarkeit – nicht. Der Behandler konnte nicht die Dosierung und Einnahme unmittelbar kontrollieren und eine evtl. Falscheinahme verhindern. Alleine die räumliche Trennung von Behandler (in seiner Praxis) und Patient (zu Hause) machte eine Kontrolle unmöglich. Der Patient durfte nach notwendiger Supervision die Therapie nutzen, konnte aber das Therapeutikum – ggf. entgegen den Anweisungen – falsch einnehmen.

Bezogen auf digitalisierte Behandlungsmethoden kann eine Missachtung der Anweisungsanordnungen (Dosierung) der verordneten Therapeutika, bspw. Therapieleistungen, ein Risiko für den Patienten darstellen. Dieses wäre nun nicht mehr alleine dem Handeln des Patienten zuzuordnen. 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 des Zustands des Patienten führen und dem Ziel der Verordnung entgegenwirken. Es könnte zu einer Gefährdung führen, die ohne den Einsatz der Telemedizin und Teletherapie nicht aufgetreten wäre. Eine solche Gefährdung wird mit dem Einsatz des Prinzips der von uns postulierten „kurativen Supervision“ verhindert.

Ein Beispiel: Patient nach Herz-Operation. Zur Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit wird u. a. kontrolliertes Ergometertraining mit maximaler Belastungsintensität und maximaler Pulsfrequenz verordnet. Poststationärer, „digitalisierter“ Behandlungsort ist das Wohnzimmer des Patienten. Wäre der Patient nun in der Lage, die Vorgaben des Arztes eigenmoti-

MEDIZINISCHE INHALTE - THERAPIEPROTOKOLLE				
Indikation	Prävention	Reha	Akut	Möglichkeiten
Herzinfarkt	✓	✓	-	KBT, AKT, KET, VPM, PAS, KOM
Schlaganfall	✓	✓	-	SPT, AKT, AGT, KET, APK, KOM
Schädel-Hirn-Trauma	-	✓	-	SPT, KBT, AKT, SPT, PAS, VPM
Multiple Sklerose	✓	✓	-	SPT, AKT, AGT, KET, PAS, KOM
Morbus Parkinson	✓	✓	-	SPT, AKT, AGT, KET, PAS, KOM
Hirn-OP	-	✓	-	SPT, AKT, AGT, KET, PAS, KOM
KHK	✓	✓	-	KBT, KET, VPM, INF, APK, PAS
Herzinsuffizienz	✓	✓	-	KBT, KET, VPM, INF, APK, PAS
Adipositas	✓	✓	✓	AMO, KBT, KET, VPM, INF, APK, PAS
Diabetes	✓	✓	-	AMO, KET, VPM, INF, APK, PAS
Demenz	✓	-	-	KBT, AGT, SPT, AGT
Verhaltensstörung	✓	✓	✓	AKT, APK, KOM, INF
Depression	✓	✓	✓	AKT, KOM, INF
Psychosomatik	-	✓	-	AKT, PAS, KOM, APK
Onkologie	✓	✓	-	KBT, KET, AKT, AGT, VPM, PAS
Nomenklatur	KBT	Kontrolliertes Bewegungstraining	VPM	Vitalparametermonitoring
	KET	Kontrolliertes Ergometer Training	KOM	Kontaktmanagement
	AKT	allgemeine kognitive Trainings	PST	Patientensteuerung
	SPT	Sprachtraining	INF	Informationsmanagement
	AGT	Aufmerksamkeit-/Gedächtnistraining	APK	Arzt-/Patientenkommunikation
	AMO	allgemeines Monitoring	PAS	Patienteneinstellung

Abb. 2 Anwendungsgebiete von EvoCare

© EvoCare

viert – nach Gusto – zu ändern, also bspw. die Wattzahl zu erhöhen, könnte dies negative Folgen für ihn haben. Es könnte zu Wundheilungsstörungen führen, aber auch zu massiven Überlastungen mit ernsteren Folgen. Neben den medizinischen Konsequenzen wären dann rechtliche nicht ausgeschlossen. Es entsteht ein Spannungsfeld, das weiterer Begrifflichkeiten und Regelungen bedarf. Das althergebrachte Verständnis der Verordnung ist bei der Digitalisierung von Behandlungsleistungen nicht ausreichend, um Patient und Arzt in ihrer Behandlungsinteraktion ausreichend zu schützen.

Bei der kurativen Supervision ist die notwendige Bedingung der Verordnung um die hinreichende Bedingung erweitert, dass der Patient tatsächlich auch nur die verordnete Menge an Therapie zu sich nehmen kann – nicht mehr! Dies muss bei kurativen, digitalisierten Behandlungsmethoden verfahrens- und konstruktionsbedingt sichergestellt sein. Im digitalen Zeitalter ist – schon allein aufgrund der digital machbaren Möglichkeiten – diese Definition essenziell und auch unmittelbar zwingend anzuwenden. Sie unterscheidet Lifestyle-Angebote von qualitätsgesicherten kurativen Methoden. Diese kurative, notwendige und hinreichende Supervision vereint die Notwendigkeit der Vorgaben durch den Arzt um einen „Schutzmechanismus“

zur Sicherstellung und Einhaltung der Vorgaben – im Bereich der kurativen Versorgung ist dies strikt zu befolgen! Es ist nicht nur Grundlage zum Schutz des Patienten und entfaltet Wirkung im Sinne der Qualitätssicherung der Behandlung, sondern auch Bedingung der haftungsrelevanten rechtlichen Zulassungsfragestellungen. Die stringente Befolgung, unter Gesichtspunkten der rechtlichen Würdigung, ist essenziell.

Diesem Prinzip der notwendigen und hinreichenden Supervision (kurz kurative Supervision) folgt die vom Autor entwickelte **EvoCare-Methode**. Sie ist Gegenstand zahlreicher Evaluationen der letzten 20 Jahre (www.telemedizin.de) die bspw. durch Träger der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt wurden. Sie wurde als erste digitalisierte Behandlungsleistung in der Regelversorgung anerkannt und zugelassen.

Zurück zu unserem Beispiel: In der digitalisierten Behandlung ist es mittels kurativer Supervision dem Patienten nun nicht mehr möglich, die Verordnungsvorgaben des Arztes/Therapeuten zu Intensität und Belastung etc. eigenständig zu verändern. Er kann sein Ergometer nicht beeinflussen, keine Wattzahl variieren oder die Belastung erhöhen, er kann „nur“ genau das machen, was für ihn verordnet wurde! Die notwendige Ordnungsbedingung ist nun um die hinreichende Bedingung der strikten Einhaltung der Ordnungs-Vorgaben erweitert. So werden Arzt und Patient optimal unterstützt und auch geschützt; der Behandlung-Outcome erreicht dann hervorragende Resultate (siehe TRIC-Studie unter www.telemedizin.de).

Welches „Therapeutikum“ dabei zur Anwendung kommt, spielt keine Rolle, die kurative Supervision gilt grundsätzlich und sie ist im digitalisierten Behandlungsprozess immer sicherzustellen. Das Prinzip gewährleistet nicht nur Patientensicherheit, Compliance, Outcome, Akzeptanz, Qualität und rechtliche Sicherheit für Behandler und Leistungsträger, sondern es wird so auch eine Steuerbarkeit im Gesundheits-System gewährleistet, was wiederum für eine Finanzierung der Leistung vonseiten der Leistungsträger essenziell ist! Eine digitalisierte Behandlung muss die Anforderungen an Theoriebasierung in der geschilderten Ausprägung sowohl verfahrens- als auch konstruktionsbedingt sicherstel-

len – dies ist mit der kurativen Supervision als Fundament gesichert.

Behandlung versus Technologie

Gerade in der Diskussion um die Digitalisierung ist es wichtig, folgendes zu unterscheiden. Es gibt (a) Behandlungsverfahren-/Methoden, (b) Leistungsanbieter und (c) Dritte/Externe Dienstleister.

- a) Ein Behandlungsverfahren ist eine medizinische Vorgehensweise, der ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, welches sie von anderen Verfahren unterscheidet.
- b) Leistungsanbieter sind medizinische Einrichtungen, Ärzte, Therapeuten, Praxen, Kliniken etc.
- c) Drittanbieter sind bspw. Technologieanbieter

In der Diskussion um digitalisierte Behandlungsleistungen werden diese Dinge gerne vermischt.

Digitalisierte Behandlungs-Methoden sind nicht zu verwechseln mit Technologie-Assistenz-Systemen, denn Anwendung von Technik ist nicht gleich Behandlung!

Technologieanbieter schaffen technische Anwendungen, häufig allerdings, ohne die dahinterliegenden leitliniengerechten Behandlungsstrukturen und Regelwerke durchdrungen zu haben, die für einen Einsatz als im ersten Gesundheitsmarkt bezahlbare Regelversorgungsleistung erforderlich sind. Im Gesundheitsbereich lässt man sich von dem Einsatz eines neuen Mediums den Blick auf das wesentliche verklären. Apps & Co sind modern und versprechen Lösungen bei den Problemen unserer Zeit im Gesundheitswesen. Es fehlen aber häufig die dahinterliegenden Versorgungsstrukturen, Behandlungsmethoden, Leitlinien und Regeln. Hierfür bedarf es eines strategischen Konzeptes – für die Behandler von den Behandlern! Es bedarf des Willens, sich langfristig diesem Bereich anzunehmen, denn dies ist unabdingbar, da die Digitalisierung die Zukunft der Behandlung maßgeblich beeinflussen und verändern wird.

Unter digitalisierter Behandlungsmethode verstehe ich nicht, wenn Skype zum Patientenkontakt verwendet wird. Auch E-Mails sind Briefe – nur eben zeitgemäßer –, dadurch definiert sich keine neue Behandlungs-Methodik. Behandlungsmethoden muss ein theoretisches Fundament zugrunde liegen, das immer und grundsätzlich die persönliche (face-to-face) Behandlung mit der digitalisiert erweiterten Methodik fest verbunden hat. Das Eine darf nicht ohne das Andere! Auch hier wirkt das Prinzip der „kurativen Supervision“, d.h. auch bei digitalisierten Methoden muss eine persönliche Leistungserbringung zugrunde liegen.

Für viele spricht dem ersten Anschein nach die Verwendung der Digitalisierung gegen die Einschätzung einer Behandlungsmethode als persönliche, eigenhändige Leistungserbringung, da die Verwendung von „Computern oder Apps“ die Annahme nahelegt, die persönliche Behandlung solle durch „Geräte“ vorgenommen bzw. ersetzt werden. Diese Annahme ist bei Anwendung der kurativen Supervisions-Methode unzutreffend! Bei der prädigitalen klassischen Therapieerbringung kann der Behandler im Rahmen seiner Behandlung auf Therapeutika zurückgreifen und diese zur Verwendung durch den Patienten zum Zwecke der Behandlung anwenden, dies können Therapeutika aller Art sein, wie Medikamente, Übungsmaterial, Monitorings, Fragebögen, etc.. Der Behandler bestimmt Art, Menge und Dosierung. Er überwacht und interveniert. Bei der digitalisierten Methode wird gleichartig verfahren und die Möglichkeiten werden erweitert! Der Behandler greift im Rahmen seiner Behandlung auf digitalisierbare Therapieinhalte zurück und wendet diese, zur Verwendung durch den Patienten, zum Zwecke der Behandlung, an. Wie auch bei der klassischen Therapie übernimmt die Behandlung und Überwachung des Patienten ausschließlich der Arzt. Dieser erhält von seinen „Therapiewerkzeugen“ Rückmeldung des Patientenverhaltens anhand der Auswertung zu-

grunde liegender Daten, wie Compliancequoten, Fragenbögen, Befindlichkeitsangaben, Bilder, Filme, Daten, Fehlerquoten, Geschwindigkeiten u.v.m. Diese wertet er entsprechend seiner fachlichen Kompetenz aus, um fachgerecht zu intervenieren, d. h. supervidierend zu steuern, zu überwachen und zu adaptieren. Die Therapieleistung wird durch die ausgebildete Fachkraft erbracht und ist nicht automatisiert. Der Arzt erhält zwar digitale Unterstützung, aber es ist der Behandler, der die Elemente der Behandlung auswählt, bestimmt und verantwortet – nicht eine Maschine. Die Technik ist nur ein Werkzeug zur Überbringung und Interaktion des Behandlers mit seinem Patienten.

So, wie es der Autor ist, der aufgrund seiner Erkenntnisse und Erfahrungen die intellektuelle Leistung erbringt, diese Zeilen zu verfassen (es schreibt hier nicht ein Computer), so ermöglicht der Arzt aufgrund seiner Kompetenz die Behandlungsleistung und nicht der Computer – dies gilt auch dann, wenn der Arzt sich moderner Medien bedient.

Ohne Bedeutung ist dabei der Aspekt, dass die Leistungen nicht bei gleichzeitiger Anwesenheit des Patienten und Therapeuten in dessen Räumen erbracht werden. Die therapeutische Leistung ist die Auswahl, Supervision und Intervention der richtigen Behandlungsinhalte, deren Überwachung, Steuerung, Auswertung und Adaption. Bei Anwendung der Methode der ku-

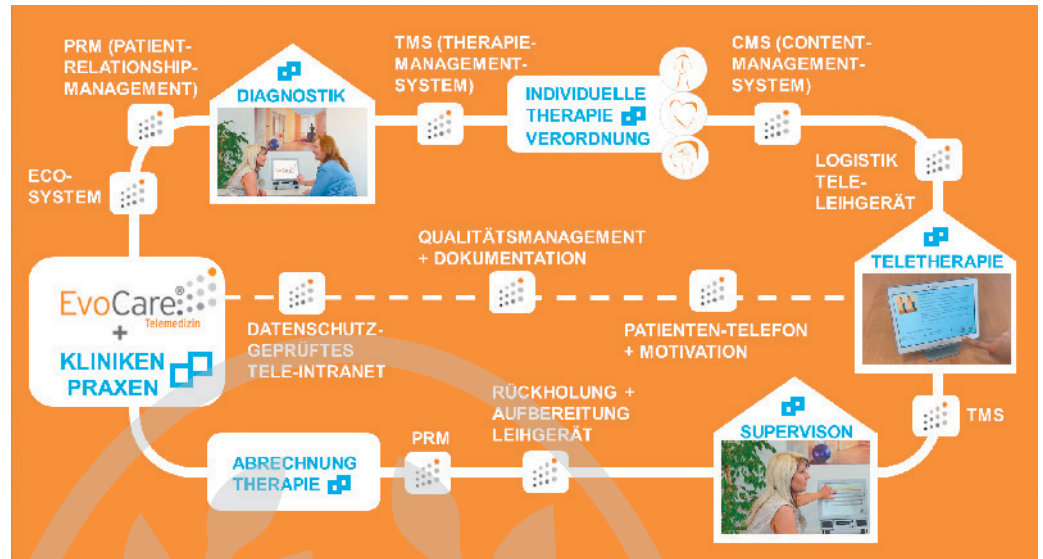


Abb. 3 EvoCare-Prozesse mit Kliniken und Praxen

© EvoCare

rativen Supervision muss jede Behandlung zuvor persönlich in der Praxis vorbereitet worden sein – und zwar jede einzelne Therapie, individuell und über den gesamten Behandlungszeitraum – also auch für die digitalisierten Therapien zu Hause. Es ist ausschließlich der Therapeut, der die Therapie supervidiert und interveniert. Im Unterschied zu Assistenz-Systemen, Avatar, App & Co ist es bei dieser Methode folglich nicht ein „Gerät“, was über die Therapie entscheidet, Qualität auswertet, Therapie-„Kommandos“ erteilt oder mit den Patienten interagiert – mit der kurativen Supervision liegt dies ausschließlich in den Händen der Therapeuten und erfüllt alle Anforderungen an eine persönliche Leistungserbringung. Dieser Meinung hat sich auch das Verwaltungsgericht Berlin angeschlossen.

„Technik allein macht die Omi nicht glücklich und auch nicht gesünder!“

In Zeiten des Hypes von Digitalisierung im Gesundheitswesen ist eine Fokussierung der Diskussion auf Technologien zu vernehmen – diese ist irreführend und lenkt den Behandlungs-Blick in die falsche Richtung, wenngleich Technologie natürlich ein Instrument des „Enabling“ bleibt.

Schauen wir uns einmal die Erwartungshaltung der Patienten an. Patienten erwarten eine Behandlung, eine ordentliche Betreuung, ein „um sich kümmern“. Diese Erwartungshaltung bleibt auch dann bestehen, wenn mittels digitalisierter Methode die Behandlung nach Hause transportiert wurde. Auch hier wollen die Pa-

tienten ihre tägliche Betreuung, neue Verordnungen, Therapeutenkontakt, Barrierefreiheit in der Nutzung, Rat und Tat...

Die Patienten wollen keine Roboter-App, die automatisiert Übungen vorschlägt und Messwerte rückspiegelt – wollten Sie das, wenn Sie Patient wären? Patienten akzeptieren unter konkreten Bedingungen Technologie als Überbringer der Leistungen ihres vertrauten Arztes oder Therapieteam – die „Omi“ akzeptiert keine Roboter-App als Ersatz für die ärztliche Betreuung.

Auch darf man ein freiwilliges Quantified-Self eines Gesunden nicht mit den Anforderungen eines Kranken vergleichen. Es ist aus meiner Sicht 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 konkret medizinisch indiziertes Gesundheitsziel zu erreichen. Ziele der kurativen Versorgung sind nicht gleichzusetzen mit den Zielen eines Lifestyle-Angebotes.

Woraus ich das schlussfolgere? Wir haben rund 50000 Patienten per kurativer Supervision im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation zu Hause behandelt. Sofern das vertraute Reha-Team die Supervision der Patienten übernommen hatte, waren Compliance- und Akzeptanzraten von 80% und mehr zu messen. Wurde hingegen die Supervision per App – also ohne vertrautes Team vorgenommen – sank die Compliance ins bodenlose – Akzeptanz gegen Null, teilweise völlige Verweigerung. Die Patienten fühlten sich dann alleine gelassen – und sind dies dann ja auch!

„Patienten lieben es, wenn sie von uns auch zuhause unterstützt werden“, so die Leitung einer medizinischen Einrichtung. Voraussetzung dafür ist die Einhaltung der korrekten Abfolgen und das richtige Heranführen der Patienten an die neue Art der Interaktion und Kommunikation mit dem Behandler. Letztlich ist genau dies die neue Möglichkeit, die die Digitalisierung mit sich bringt – eine erweiterte, ggf. intensivierte Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeit mit dem Behandler. Geschieht dies in der richtigen Art und Weise per kurativer Supervision, sind Patientenakzeptanz, Compliance und Motivation unabhängig von Alter, Geschlecht und Bildung gesichert. Kurative Supervision durch



Abb. 4 Behandlungsverfahren

das vertraute Behandler-Team ist der Schlüssel zur Compliance!

Möglichkeiten für Schlafmedizin und COPD-Behandlung.

Die Berufsprofile der Mitglieder der Fachgesellschaften spiegeln den interdisziplinären Charakter der Behandlungsoptionen für die Krankheitsbilder wider. Ein besonderes Augenmerk ist folglich der Interdisziplinarität zu widmen – hier konkret der Kombinationsmöglichkeit verschiedener Therapieoptionen. Neben Monitoring, Symptomtagebuch, medikamentöser Therapie- und Compliance-Kontrolle sind möglicherweise auch Bewegungstherapie, Ernährungsschulung, Befindlichkeitsüberwachung, Entspannungstherapie uvm. gewünscht. Auch muss der digitalisierte Behandlungsplan ein für jeden Patienten individuell auf seine Bedürfnisse zuschneidbares „Portfolio“ von Therapien enthalten können, was wiederum ggf. tagesaktuell adaptiert werden muss.

Wo sind nun die Anwendungsmöglichkeiten für Schlafmedizin und COPD-Behandlung?

Nach der Anerkennung der EvoCare-Methode ist die Umsetzung konkret beantwortbar, denn damit wurden Regeln vom Kostenträger definiert, die nun in anderen Fachgebieten und Sektoren angewandt und eingesetzt werden können.

Sie, die Fachärzte, geben die medizinischen Inhalte der Behandlung individuell spezifisch für jeden einzelnen Patienten vor. Diese können Sie aus den tausenden von in den digitalen Therapieschranken verfügbaren evidenzbasierten Therapieübungen aussuchen oder – was nahezu immer der Fall ist – aus neuen, durch Sie selbst erdachten und ggf. neu zu entwickelnden Therapiebestandteilen verordnen. Auch können Sie beliebig variieren und für Ihr Patienten-Kollektiv eine Intra- wie Intervariabilität der Behandlungsinhalte sicherstellen.

Um eine Frage unmissverständlich und klar zu beantworten – diese neue Art der Behandlung ist ein zusätzlicher Aufwand!

Es hat sich bewährt, dass die ärztlichen Verordnungen und Anweisungen möglichst engmaschig kontrolliert werden sollten, um Motivation

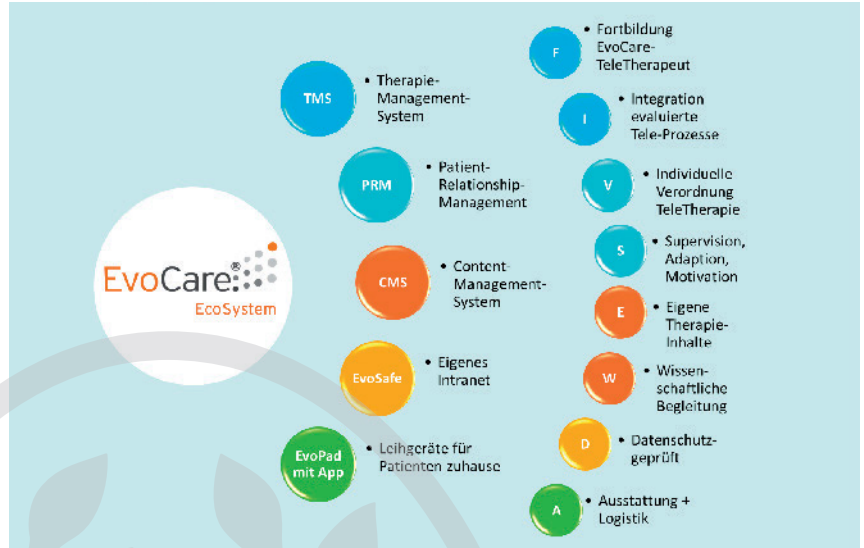


Abb. 5 Digitalisierte Behandlungsinhalte, stetig erweitert gemeinsam mit Fachärzten

und Compliance hoch zu halten. Dies ist routinemäßig delegierbar und kann per Delegation den Arzt erheblich entlasten. Es kann von geeigneten qualifizierten und geschulten Fachteams erledigt werden, die dem Arzt zielgerichtet zuarbeiten und dafür auf „Patient-Relationship-Management-Tools“ zurückgreifen, die eine enge Patientenführung ermöglichen.

Schon aus diesen wenigen erläuternden Sätzen wird ersichtlich, dass eine digitalisierte Behandlungsmethode etwas mehr benötigt als „Videotelefonie für den Arzt“, ein „bisschen Software am PC“ oder eine App. Sie muss ein verordnetes Zusammenspiel von unterschiedlichen Therapien so ausgeklügelt zum Patienten transportieren, dass die Behandlungs-Interaktion und -Kommunikation zwischen Behandler und Patient unter Beachtung der kurativen Supervision die Compliance optimal fördert und den Arzt dabei bestmöglich entlastet. Gleichzeitig sollte sich für den Arzt die Möglichkeit eröffnen, diese digitalisierte Behandlungs-Arbeit auch abrechnen zu können. Dazu hat bspw. die Deutsche Rentenversicherung zur An-

BEHANDLUNGsinHALTE



- EvoCardio (Ergometertraining)
- EvoLing (Sprachtherapie)
- EvoMove (Bewegungstherapie)
- EvoRelax (Entspannungstherapie)
- EvoCoching (Motivation)
- EvoCog (Kognitive Therapie)
- EvoDemenz (Psychomotorik)
- EvoFeed (Ernährungsberatung)
- EvoMonitoring (Vitalparameter)
- EvoFeedback (Kontakt)

Abb. 6 Behandlungs-Bestandteile als Kombination der Servicedienstleistungen und Technologien für Ärzte zur digitalisierten Behandlung zu Hause

Autor

**Dr. Ing. Achim Hein**

E16 1 AR London
19 Western Gateway
36 Aegean Apt.
Great Britain
www.telemedizin.de
E-Mail: achim.hein@dr-hein.com

wendung den Leistungserbringern einen konkret zu beschreitenden Weg vorgegeben, dem auch andere Kostenträger folgen. Bislang hatte vorher kein Leistungsträger Handlungsanweisungen für die Erbringung und Abrechenbarkeit digitalisierter Therapieleistungen konkret definiert. Die dort beschriebenen Anforderungen spiegeln unsere Methode und unsere in über 20 Jahren Patienten-Versorgung gesammelten Erfahrungen wider.

Letztlich ist es durch die geschilderte Anerkennung für Leistungserbringer ganz einfach geworden. Sofern Ärzte und Einrichtungen für ihr Patientenkontext eine digitalisierte Form der Behandlung anbieten möchten, kann basierend auf der bisherigen Anerkennung ein „Medizinisches Anwendungs-Konzept“ für die jeweilige Einrichtung, Praxis oder Fachgebiet erstellt werden, indem diese medizinische Ziele und Inhalte definieren – der gesamte „nicht-medizinische Overhead“ ist geregelt und konzeptionell verfügbar – auch die Leistungsdelegation ist geregelt

und entsprechende „Service“-Dienste sind verfügbar. Nach Einreichung kann dies entsprechend der Vergütungssätze zu Anwendung kommen. Dann kann die Versorgung mit Vergütung schon losgehen...

Ein (er)mahnendes Wort zum Schluss – Chance und Verpflichtung

Patienten vertrauen dem Arzt und den neuen Möglichkeiten. Gerne nutzen sie die Chance der digitalisierten Behandlung „zu Hause“, sofern sie von ihrem Behandler hierauf hingewiesen wurden und hierbei angeleitet werden. Patienten vertrauen darauf, dass sich zu Hause „gekümmert“ wird – sie erwarten Feedback, neue Verordnungen und Kommunikation mit dem Behandler-Team, und das bis zu täglich! Die berechtigte Erwartungshaltung der Patienten, die ja der ärztlich empfohlenen digitalisierten Behandlung vertrauen, ist für Behandler eine zusätzliche Verpflichtung. Ich erlebe immer wieder, dass man diese wichtigste Kerntätigkeit in digitalisierten Behandlungs-Projekten erst hinter technischen Aspekten der Digitalisierung anstellt und deswegen unterschätzt. Die kurative Supervision bedeutet zusätzliche Arbeit, die zwar teilweise delegierbar ist, aber zu Beginn ihres Projektes eingeplant sein sollte – anderenfalls wird es zu Unzufriedenheiten auf Behandler- und Patientenseite kommen und der Outcome leiden.

Die neuen Chancen bringen also zugleich neue Verpflichtungen – auch dies sind „evidenzbasierte“ Erfahrungen aus vielen Jahren, die häufig nicht in technische Erfolgsberichte eingebettet sind.

Digitalisierung hilft dann, wenn unter ärztlicher Rigide und Einhaltung der geschilderten Prinzipien Technologie als „Transporteur“ der Anweisungen der Fachleute wahrgenommen und eingesetzt wird – nicht mehr und nicht weniger. Alleine das ist eine große Chance für die Gesundheitssysteme. Gestalten Sie mit und helfen Sie dadurch, die Dinge in die richtige Richtung zu bewegen.

Fazit für die Praxis

Technische Angebote versetzen Patienten heutzutage gerne in die Lage, Menge und Art von Messwerten und Übungen eigenmotiviert machen zu können, anstatt durch ausgebildete Fachkräfte die ärztlich vorgegebene, richtige Behandlung für sich anzuwenden – künstlich intelligente Maschinen geben Therapiepläne vor und Roboter-Avatar-Maschinen werten Ergebnisse aus.

Dies ist nach meiner Überzeugung ein großes, vielleicht das größte Risiko für der Qualität des Gesundheitswesens der Zukunft. Nach meiner Ansicht und aufgrund der gemachten Erfahrungen ist die kurative Supervision durch den ausgebildeten medizinischen „Fachmann“ der wichtigste Garant der Qualität der medizinischen Versorgung, auch und vor allem im Zeitalter der Digitalisierung – dies ist nicht durch Technik ersetzbar. Lifestyle-Apps sind keine kurative Versorgung und kein Ersatz für die qualifizierte medizinische Fachkraft wie Arzt und Therapeut.