

Steuern oder gesteuert werden – das ist die Frage

Thomas Kühlein

Vor einigen Jahren betrat eine etwa 75-jährige Patientin mein Sprechzimmer. Sie hatte Diabetes und kam zu einer DMP-Routineuntersuchung. Gestresst von der üblichen Arbeitsflut in einer großen ländlichen Gemeinschaftspraxis habe ich offensichtlich meine Wahrnehmung ausgeschaltet und bin nach Schema F verfahren. Dass die Patientin eine fast dekompensierte Herzinsuffizienz hatte und unter Belastungsdyspnoe litt, habe ich einfach nicht bemerkt. Dieses Versagen meinerseits und die Gefahr der schematischen Routinen haben sich mir tief eingepägt.

Eva Blozik und Kollegen berichten in diesem Heft von den Erfolgen einer telemedizinischen Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus [1]. Telemedizin erfährt in meiner subjektiven Wahrnehmung zunehmend Aufmerksamkeit bei bislang – in Deutschland – noch geringem Stellenwert in der Praxis.

Bei der hier evaluierten Form handelt es sich um ein Programm in der Schweiz für „Schulung und Coaching“ von Diabetikern, unterstützt durch telebiometrische Erfassung der entsprechenden Laborwerte. Voraussetzung zur Teilnahme von Ärzten ist laut Website der Anbieterfirma Medgate die Absolvierung eines Kurses „Telemedizin in der Praxis“, der Basiswissen zur Telemedizin sowie deren Einsatz im klinischen Alltag vermittelt. Zudem beteiligt sich das Unternehmen am Mantelstudium Telemedizin/eHealth der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich [<http://www.medgate.ch/f%C3%BCrAerzte/tabid/56/Default.aspx>].

Drei, zugegeben provokative, Thesen

1. Telemedizin ist Teil einer Entwicklung hin zu einer Standardisierung der Versorgung. Diese erzeugt ein Gefühl von Kontrolle und Sicherheit, das den Test der hausärztlichen Realität noch nicht bestanden hat.

Evidenzbasierte Medizin (EbM) stützt sich unter anderem auf randomisierte kontrollierte Studien, in denen – streng genommen – Individuen nicht vorkommen. Dennoch wird EbM oft als eine hochindividuelle Form von Medizin bezeichnet. Als solche wurde sie in Deutschland jedoch nur selten aufgegriffen. Stattdessen wird sie im Sinne einer Standardisierung verstanden und auch verwendet [2]. Dieses Argument ist weder gegen EbM gerichtet (sondern nur gegen die falsche Verwendung des Begriffes) noch gegen eine stärkere Standardisierung der Medizin. Im Gegenteil, da Individualität bislang stärker auf Seiten der Ärzte als auf Patientenseite zu finden ist [3] und wichtige Entscheidungen in der Hektik des Alltags leicht vergessen werden, tut Standardisierung dringend not.

Der erste wesentliche Schritt einer Standardisierung bestand historisch im Aufkommen von Krankenakten, die nicht mehr in der Art eines Notizbuches in der Hand des einzelnen Arztes, sondern in Form einer standardisierten Akte in der Hand der Stationschwester waren. Damit war das Organisationszen-

trum der Medizin nicht mehr der Arzt, sondern die auch der Forschung besser zugängliche Krankenakte [4, 5]. Diese bessere Zugänglichkeit öffnete allerdings die vertrauliche Eins-zu-eins-Beziehung zwischen Arzt und Patient dem externen Blick. Messung und Buchführung (Protokollierung) wurden so sehr zum Kennzeichen medizinischer Tätigkeit, dass auch heute noch in Cartoons am Krankenbett eine Fieberkurve hängt.

Forschung im Sinne randomisierter kontrollierter Studien ist ohne Standardisierung nicht denkbar. Die klinische Studie ist die empirische Brücke zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Praxis. Das dazu nötige Protokoll riskiert allerdings auch den Ersatz ärztlicher Urteilskraft und Entscheidung sowie die Entlastung von Verantwortung.

Warum erwähne ich das alles beim Thema Telemedizin? Chronic-Care-Management und Telemedizin erscheinen mir als verlängerte Arme der Wissenschaft. Sie erzeugen ein messbares artifizielles Setting, innerhalb dessen sie signifikante Effekte zu erzeugen suchen, die sich gut kontrollieren lassen. Diabetes mellitus Typ 2 ist dafür ein ideales Beispiel. Im Grunde handelt es sich für viele, wenn nicht die meisten Betroffenen, nicht primär um eine Krankheit, sondern eher um einen Risikofaktor insbesondere für kardiovaskuläre Erkrankungen. Hier lässt sich wunderbar messen, schulen und über Therapiestandards diskutieren.

In der Studie von Blozik et al. fielen HbA_{1c} und BMI signifikant ab. Bei bei-

den Endpunkten handelt es sich um Surrogatparameter. Zwar wird angeführt, dass die Höhe des HbA_{1c} einen Hinweis auf die Sterblichkeit von Patienten gibt. Es scheint aber auch richtig, dass eine Senkung des HbA_{1c} keinen wesentlichen Beitrag zur Reduktion dieser Sterblichkeit leistet, unter Umständen sogar den gegenteiligen Effekt haben könnte [6]. Bei aller Studiensignifikanz bleibt also die Frage, ob denn Telemedizin auch für Patienten relevant ist. Eine jüngste Studie, die vielleicht größte und qualitativ beste zu diesem Thema, fand keinen Effekt auf gesundheitsbezogene Lebensqualität oder psychologische Endpunkte (auch nicht für Patienten mit Diabetes) [7].

2. Telemedizin ist bislang nicht die dringend benötigte Entlastung für den Hausarzt. Sie ist Teil einer Entwicklung, die als „Industrialisierung der Familienmedizin“ bezeichnet wurde.

Hausärzte werden weniger. Patienten, insbesondere alte multimorbide Patienten, werden mehr. Da tut Entlastung dringend not und die Telemedizin erscheint als attraktives Angebot. Blozik et al. evaluieren ein telemedizinisches Betreuungsprogramm der Firma Medgate, ein privatwirtschaftliches Unternehmen, das mit dem Slogan „doc around the clock“ für sich wirbt. Auf der Website des Unternehmens heißt es: „Die Bedürfnisse der Patienten nach verbesserter Lebensqualität und Selbstbestimmung stehen für Medgate immer im Zentrum. Als Gatekeeper in Managed Care Modellen tragen wir zu einer nachweislich effizienten Patientensteuerung bei“ [<http://www.medgate.ch/f%C3%BCrPatienten/tabid/57/Default.aspx>].

Mit der Steuerung kommt der englische Begriff der *Clinical Governance* ins Spiel. Steve Iliffe, Autor des Buches „From General Practice to Primary Care – The Industrialization of Family Medicine“ [8] versucht eine Begriffsbestimmung: Danach stellt *Clinical Governance* einen Versuch dar, die chaotisch erscheinende Praxis „... unter die Kontrolle einer administrativen Maschine zu bekommen, die Wissen kodifiziert, versucht Variationen und die Unsicherheiten der Praxis zu reduzieren und Leistungsperformance gegen festgesetzte Regeln und Ziele zu messen“. Nimmt man einen solchen Definitions-

versuch zum Maßstab, erfüllt Telemedizin alle Voraussetzungen, um in dieser Umgebung zu reüssieren. Sie vollzieht den logischen Schritt von der individuellen klinischen Steuerung zur klinischen Fernsteuerung.

Die Rekrutierung der Patienten in Bloziks Studie basiert auf freiwilliger Teilnahme interessierter Patienten, die mutmaßlich motivierter waren und Effekte leichter erreichen konnten als „normale“ Patienten. Welche Wirkungen die telemedizinische Intervention auf Patienten haben würde, die – unter normaler hausärztlicher Betreuung – gewünschte Zielwerte nicht erreichen, bleibt dahingestellt.

3. Telemedizin könnte dennoch sinnvoll sein und wichtig werden.

Die telemedizinische Betreuung von leicht zu versorgenden, motivierten Patienten, bzw. die Übernahme einfacher standardisierbarer Prozesse durch Andere könnte durchaus eine Entlastung für den Hausarzt sein. Auch wenn es bislang anders klingt: Alle bisher genannten Einwände stellen meines Erachtens noch keinen guten Grund dar, Telemedizin, Standardisierung oder Hilfe von außen abzulehnen und uns in der Hausarztpraxis alten Stils zu verschanzen. In vereinfachter Bildersprache könnte die Option vielmehr lauten: vom Tiger gefressen werden oder ihn reiten.

Professionalität setzt voraus, dass man abbilden kann, was man tut, um es auf seine Qualität zu prüfen. Dort wo man gut ist, darf man laut davon sprechen. Wo man nicht gut ist, sollte man an einer Verbesserung arbeiten. Wir Hausärzte tun uns mit dieser Art kritischer Selbstbetrachtung bislang zumeist noch schwer. Bei trotziger Verweigerung von Transparenz und Erfolgskontrolle drohen jedoch zunehmend externe Steuerungsversuche. Die Telemedizin könnte eine solche Option darstellen. Solange wir nicht selbst das Ruder ergreifen, tragen wir vermutlich auch noch selbst die Schuld an dieser Entwicklung [9]. Elektronische Werkzeuge zur eigenständigen klinischen Steuerung wurden beispielsweise im Heidelberger CONTENT-Projekt entwickelt und exemplarisch getestet [10,11]. Sie warten darauf, in diesem Sinne genutzt zu werden.

Schon jetzt leisten Medizinische Fachangestellte (MFA) in unseren Praxen unschätzbare Hilfe und entlasten uns. Bislang sind mir keine Evaluationen bekannt, die Effekte dieser Arbeit auf HbA_{1c} und BMI diabetischer Patienten gemessen hätten. Bei entsprechender Patientenselektion könnte die Wirkung möglicherweise ähnlich wie bei telemedizinischer Einbindung sein.

Mehr telefonische oder mit zunehmender Computergewöhnung auch elektronische Patientenbetreuung könnte uns tatsächlich im hektischen Alltag entlasten und mehr Zeit für diejenigen Patienten lassen, die diese Zeit auch wirklich brauchen. Natürlich muss, wie auch in Bloziks Studie geschehen, eine Fernbetreuung bei Patienten beginnen, die dazu bereit sind und die aufgrund fehlender Komplexität der Fälle auch geeignet sind. Die hier erfolgte Auswahl der Patienten ist somit kein Makel, sondern entspricht tatsächlich der Alltagsrealität. Die Schlussfolgerung der Studie, dass sich diese Studienergebnisse unter Alltagsbedingungen bestätigen ließen, scheint mir allenfalls für den kleinen Patientenkreis aufrecht zu erhalten, deren Alltagsbedingungen sich Studienbedingungen angleichen lassen.

Die Firma Medgate versucht mit Medizin Geld zu verdienen. Das tun wir niedergelassenen Ärzte auch. Die Firma Medgate gibt Wissenschaftlern Geld, damit sie ihre Arbeit von neutraler Seite evaluiert. Niedergelassene Ärzte dagegen begegnen einer solchen Evaluation ihrer Arbeit bislang meist mit Misstrauen, wenn nicht gar Widerstand.

Die Frage für die Zukunft lautet: Steuern oder gesteuert werden. Gemessen und gesteuert wird über Daten. Die entstehen vielfach automatisch als Routinedaten in unseren Praxisverwaltungsprogrammen. Wir haben sie in der Hand und machen nichts damit oder geben sie, wie im Falle der DMPs, weg. Eine gute elektronische Dokumentation um unsere Arbeit auswertbar zu machen scheint mir zentral, um unsere Arbeit selbst zu evaluieren. Standardisierung von Standardisierbarem und die Möglichkeit einzelne Versorgungsprozesse abzubilden, zu überwachen und zu evaluieren ermöglichen Delegation und damit Entlastung sowie Transparenz und damit Vertrauen.

Der eingangs geschilderte Fehler wäre möglicherweise nicht passiert, wenn

ich die Diabetes-Folgedokumentation delegiert hätte. Anstatt mich mit dem zur chronischen Krankheit avancierten Risikofaktor Diabetes mellitus Typ 2 zu beschäftigen, hätte ich vielleicht die Herzinsuffizienz der Patientin wahrgenommen und entsprechend früher reagiert.

Wir brauchen meines Erachtens dringend eine Diskussion, an welchen Stellen standardisiert werden kann und wie wir Entlastung annehmen und nutzen können. Allein davon zu reden, wird jedoch nicht genügen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Thomas Kühlein
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum
Voßstraße 2, Geb. 37
69115 Heidelberg
thomas.kuehlein@med.uni-heidelberg.de

Literatur

1. Blozik E, von Overbeck J, Bethke M. Telemedizinische Betreuung bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2. *Z Allg Med* 2013; 89: 221–226
2. Timmermans S, Kolker ES. Evidence-based medicine and the reconfiguration of medical knowledge. *J Health Soc Behav* 2004; 45 (Extra Issue): 177–193
3. De Sutter AI, De Meyere MJ, De Maeseeneer JM, Peersman WP. Antibiotic prescribing in acute infections of the nose or sinuses: a matter of personal habit? *Fam Pract* 2001; 18: 209–13
4. Reiser SJ. The clinical record in medicine. Part 1: Learning from cases. *Ann Int Med* 1991; 114: 902–907
5. Reiser SJ. The clinical record in medicine. Part 2: Reforming content and purpose. *Ann Int Med* 1991; 114: 980–985
6. Boussageon R, Bejan-Angoulvant T, Saadatian-Elahi M, et al. Effect of intensive glucose lowering treatment on all cause mortality, cardiovascular death, and microvascular events in type 2 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011; 343: d4169
7. Cartwright M, Hirani SP, Rixon L, et al. Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested study of patient reported outcomes in a pragmatic, cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2013; 346: f1035
8. Iliffe F. From general practice to primary care: the industrialization of family medicine. Oxford University Press, Oxford 2008
9. Kühlein T, Zoller M, Bhend H. „Wer die Daten besitzt, hat auch die Macht“. Oder: Warum wir Hausärzte lernen sollten mit Daten umzugehen. *Prim Care* 2010; 10: 271–2
10. Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Wie versorge ich meine Patienten mit Rhinosinusitis? Die CONTENT-Software als Werkzeug für ein praxisinternes Qualitätsmanagement. *Z Allg Med* 2008; 84: 1–6
11. Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. CONTENT, ein praxistaugliches Werkzeug zur Qualitätsmessung in der Hausarztpraxis – Ein Zyklus der Qualitätsverbesserung am Beispiel „akute unkomplizierte Kreuzschmerzen“. *Z Allg Med* 2009; 85: 159–164



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen ab sofort frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als Kitteltaschenkarte. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können nun auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (<http://leitlinien.degam.de>) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Pressekontakt:

Philipp Gehring
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: 069 65007245
Fax: 069 68974602
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de