



Patienten in der Eigenverantwortung

Utopie oder sinnvolle Option für die Zukunft?

Ohne Patienten läuft im Gesundheitswesen nichts. Doch mit ihnen haben es alle Beteiligten schwer: Sind sie zu krank, brauchen sie zu viel Zeit und Budget; sind sie zu gesund, kommt kein Geld rein. Zu mündig sollten Patienten besser auch nicht sein, denn dann werden sie noch schwerer zu kontrollieren. Ein Dilemma unseres Gesundheitssystems.

von Dr. Christine Hutterer

Grenzen des Gesundheitssystems

Über einige Jahrzehnte funktionierte unser Gesundheitssystem trotz des Unsicherheitsfaktors Patient relativ prächtig. Doch in der letzten Zeit kommen mehrere ungute Entwicklungen zusammen und zeigen die Grenzen des Systems auf. Die Menschen werden älter, bald jeder Dritte leidet an chronischen Erkrankungen, die häufig lebensstilbedingt sind und die daher großteils vermieden werden könnten. Hinzu kommt der Ärztemangel, der in einigen Regionen schon deutlich spürbar ist und sich in den kommenden Jahren im Hausarzt-, aber auch im Facharztbereich verstärken wird.

Angeichts dieser Entwicklungen stellt sich die Frage, inwieweit Patienten, respektive die Bevölkerung, ihr Schicksal selbst in die Hand nehmen müssen bzw. können und welche Veränderungen sich im Gesundheitswesen noch ergeben werden.

Internet und Digital Health als Partner

Ein inzwischen wesentlicher Faktor in Gesundheits- und Krankheitsfragen ist das

Internet. Weltweit ist jede 20. Anfrage auf Google zum Thema Gesundheit/Krankheit. Mehr als 80 Prozent der Patienten informieren sich vor oder nach einem Arztbesuch im Internet über ihre Beschwerden oder Behandlungsoptionen. Doch den meisten Akteuren im Gesundheitswesen – Krankenkassen, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte – ist diese Dynamik nicht vertraut und zudem suspekt. Die Information, aber auch die Fehlinformation, passiert jedoch direkt vor den Toren des Gesundheitssystems. In den letzten Jahren drängen zudem Wearable-Technologien mit Macht herein, über die wir in der DZSM-Ausgabe #3 berichtet haben. Nutzer dieser Geräte sammeln freiwillig eine Reihe von Daten, die im Rahmen von Präventionsberatung, aber auch für die Diagnostik und die Therapie vieler Erkrankungen sinnvoll genutzt werden könnten. Hani Eskandar ist Entwicklungsleiter von Informations- und Kommunikationstechnologien (information and communications technology) bei der International Telecommunications Union (ITU). Er sprach auf der >

diesjährigen re:publica, Europas größter Konferenz zu Entwicklungen in Internet und Gesellschaft, über die Schwierigkeiten, selbst digitale Innovationen mit hoher Evidenz im Gesundheitswesen auf breiter Basis zur Anwendung zu bekommen. Noch immer sind die Vorbehalte sehr groß, besonders gegenüber Daten, die ein Patient selbst gesammelt hat. Herr Eskandar erläuterte in seinem Vortrag mit dem Titel »Fighting chronic diseases with digital innovation« auch, warum

Ärzte diese Daten nicht nutzen: »1. Sie vertrauen den Daten nicht, 2. Sie haben nicht die Zeit, sich die Daten anzusehen und 3. werden sie dafür nicht bezahlt.« Hier fordern Experten von allen Beschäftigten im Gesundheitswesen aktives Umdenken. Denn wenn beispielsweise mit Apps zur Raucherentwöhnung oder zum Diabetesmanagement nachweisbare Erfolge zu erreichen sind, dann sollten sie den Patienten auch von denjenigen empfohlen werden, dem sie in Gesundheitsfragen trotz allem noch immer am meisten vertrauen: den Ärzten.

Die Weisheit der Massen

Selbst solche Ärzte, die Statistiken lieber aus dem Weg gehen, wissen, dass eigentlich nur randomisierte, doppelt verblindete, placebokontrollierte Studien aussagekräftig sind. Doch nun sagen Wissenschaftler in den USA, dass unter bestimmten Voraussetzungen eine Bottom-up-Strategie, also die Weisheit der Massen, die medizinische Forschung im Bereich Medizinversorgung vorantreiben kann. Die Firma Colorplast, ein Hersteller künstlicher Darmausgänge,

praktiziert das bereits. Sie bat die Träger um Rückmeldung, wie sie mit dem Stoma im Alltag – beim Schwimmen, Radfahren, Sex – zurecht kommen und was verbessert werden sollte. Dieses Vorgehen lässt sich auch auf viele andere Fragestellungen anwenden. Die Entwicklung digitaler Hilfsmittel für Krankheiten wird voranschreiten, auch wenn die Akteure im Gesundheitswesen darüber nicht glücklich sind. Dr. Alexander Schachinger, Spezialist für Digital-Healthcare-Themen (Health 2.0) und Gründer der EPatent RSD GmbH, machte das in seinem Vortrag auf der re:publica anschaulich: »Wenn Technikinnovation das Alleinstellungsmerkmal eines Berufes angreift, gibt es Reibereien. Die Mönche, die Bücher kopiert haben, fanden den Buchdruck auch nicht so toll.«

Direktzugang zum Physiotherapeuten?

Unter diesem Aspekt ist wahrscheinlich auch die vehemente Ablehnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gegenüber einem Direktzugang zu Physiotherapeuten zu verstehen: »Zum einen sind Diagnose und Indikationsstellung ärztliche Kernkompetenzen und müssen es auch bleiben. Zum anderen kennt nur der Arzt die komplette Krankheitsgeschichte seiner Patienten und somit das Gesamtbild. Deshalb muss er den Überblick behalten und die Koordination übernehmen. Entfällt diese durch einen nicht steuerbaren Direktzugang, so stellt sich zudem die Frage, wer die Gesamtverantwortung für eine Behandlung trägt. Eine solche Zergliederung kann nicht im Interesse der Patienten sein«, erklärt Roland Stahl, Pressesprecher der KBV. Ob diese extreme Position zu einer konstruktiven Diskussion führen wird, bleibt abzuwarten. Denn die braucht es, um die Konsequenzen des Direktzuges abzuschätzen. Michael Preibsch,

Physiotherapeut in eigener Praxis und stellvertretender Vorsitzender des Physio-Deutschland Verbandes, sieht es als grundsätzlich sinnvoll an, Patienten den direkten Zugang zu den Spezialisten für Bewegung, den Physiotherapeuten, zu ermöglichen. Denn vom Heilhilfsberuf, wie Krankengymnasten früher eingestuft wurden, sind heutige Physiotherapeuten weit entfernt. »In der Ausbildung fehlt nur noch ein etwa einwöchiger Unterrichtsblock mit Screening-Verfahren, damit Physiotherapeuten für die Diagnosestellung qualifiziert wären. Damit kann ein Therapeut herausfinden, ob er einen Patienten behandeln kann oder ob eine (zusätzliche) Abklärung bei einem Arzt notwendig ist.«

Explodierende Kosten? Wohl nicht!

Neben der Frage der Qualifikation geht es natürlich auch immer ums Geld. In Deutschland wird, wie auch in den Niederlanden vor der Einführung des Direktzuges zum Physiotherapeuten, befürchtet, dass die Kosten dadurch deutlich steigen würden. Eine Studie aus den Niederlanden zeigte jedoch, dass Patienten mit gleichen Beschwerdebildern, die direkt einen Physiotherapeuten aufgesucht hatten, weniger Behandlungstermine bis zur Schmerzfreiheit benötigten als Patienten, die erst einen Arzt aufgesucht hatten (doi: 10.2522/ptj.20130309). In die wirtschaftliche Berechnung mit einzubeziehen wären auch die Kosten für Arbeitszeit, die für zusätzliche Arztbesuche auf Seiten der Patienten anfallen, Arbeitszeit in Arzt- und Physiotherapiepraxen, die für Änderungen der Rezepte benötigt werden, und andere.

Wie mündig ist ein Patient?

Die Kernfrage ist (aus Patientensicht) eigentlich, ob ein Patient als so mündig empfunden wird, dass er beurteilen kann, welche Berufsgruppe ihm höchstwahrscheinlich helfen kann. Bisher ist das offenbar nicht so, denn die Techniker Krankenkasse bietet sogar eine Kursreihe mit dem Titel »Kompetent als Patient« an. Hier können Patienten lernen, »Informationen zum Thema Gesundheit zu bewerten, Arztgespräche erfolgreich zu führen und Gesundheitsdienstleister zu finden sowie deren Qualität besser einschätzen zu können«. Denn wenn diese Frage bejaht wird, geht es »nur noch« um das Verhältnis zwischen Ärzten und Therapeuten, um die stets geforderte interdisziplinäre Behandlung. »Wenn die Hierarchie geklärt ist und sowohl Ärzte als auch Therapeuten die Kompetenz des anderen akzeptieren, dann gibt es keine Probleme«, ist sich Michael Preibsch sicher.



Michael Preibsch
Stellvertretender
Vorsitzender des Physio-
Deutschland Verbandes

Ergänzende Infos zum Thema



Der digitale Patient
Alexander Schachinger,
Nomos Verlag 2014,
ISBN: 978-3-8487-0961-8



**Journal of Medical
Internet Research:**
Wissenschaftliches
Journal zu digitalen
Entwicklungen im
medizinischen Bereich.
www.jmir.org



re:publica Audio-Vortrag
»Fighting chronic
diseases with digital
innovation«
[www.voicerepublic.com/
talks/fighting-chronic-
disease-with-digital-
innovation](http://www.voicerepublic.com/talks/fighting-chronic-disease-with-digital-innovation)

Direktzugang: Ohne Arzt zum Therapeuten?

Ein Positionspapier der CDU/CSU-Fraktion bringt den Direktzugang zum Therapeuten wieder ins Gespräch. Damit soll es Patienten möglich sein, einen Therapeuten direkt, also ohne vorherigen Arztbesuch, aufzusuchen und auch be-

handelt zu werden. In vielen Ländern gibt es ein solches System bereits, die Niederlande haben den Direktzugang 2006 eingeführt. Doch könnte das auch in Deutschland funktionieren? Welche Argumente sprechen dafür, welche dagegen? ■

PRO

Dr. med. Frank Jörder

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Manuelle Medizin, Notfallmedizin, Akupunktur, Weinheim



Sind Physiotherapeuten und -innen als primäre Kontaktpersonen für Patienten im Gesundheitssystem eine Option? Ja! Von Patienten werden Physiotherapeuten schon jetzt als wichtige Ansprechpartner in Gesundheitsfragen wahrgenommen und erlebt. In Zeiten, in denen sich der Arzt um Strukturdiagnosen, Ausschlussdiagnosen und OP-Indikationen Gedanken macht, sind es die Physiotherapeuten, die mehr Zeit mit einem Patienten arbeiten und mit ihrem Handwerk Symptome lindern und Funktionen verbessern. Die zwei Berufsgruppen könnten sich also perfekt ergänzen!

Sind Physiotherapeuten für den Erstkontakt ausgebildet? Zwar ist die dreijährige Physiotherapieausbildung nicht mit dem Medizinstudium und einer Facharztausbildung zu vergleichen, aber sie ist umfangreich, verlangt Disziplin und ein hohes Verantwortungsbewusstsein von Beginn an. Auch zukünftig würde von Physiotherapeuten keine Differenzialdiagnostik erwartet, sondern die Erkennung von »red flags« und eine entsprechende Weiterleitung des Patienten zum Arzt, sollte dies notwendig sein. Um dieser Verantwortung gewachsen zu sein, halte ich ausreichende Berufserfahrung, eine erweiterte Krankheitslehre sowie eine psychosomatische Grundausbildung für notwendig. Die Deutsche Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin bildet seit Jahren Ärzte und Physiotherapeuten in gemeinsamen Kursen aus und arbeitet daran, Kurse für solche Zusatzqualifikationsmodule für Physiotherapeuten anzubieten. Physiotherapeuten müssten sich dann auch mit Themen wie Budget, Heilmittelrichtlinien und der vermeintlichen Indikation »es tut mir gut« auseinandersetzen, die im ärztlichen Alltag zu vielen Ärgernissen führen.

Ein weiteres heißes Thema: Sicherlich rechtfertigt ein Mehr an Verantwortung eine höhere Vergütung, doch in Zeiten, in denen eine Facharzt-Quartals-»Flatrate« weniger wert ist als ein Mobilfunkvertrag im gleichen Zeitraum, wird es höchstwahrscheinlich keine Geschenke geben. Einmal abgesehen von allen noch zu lösenden rechtlichen, wirtschaftlichen, eine Zusatzqualifikation betreffenden und berufspolitischen Fragen: Ein Erstzugang für Physiotherapeuten hat sich in anderen Ländern bewährt und ist auch in Deutschland zu unterstützen. ■

CONTRA

Prof. Dr. Jürgen Michael Steinacker

Sektionsleiter Sport- und Rehabilitationsmedizin
Universitätsklinikum Ulm



Wenn unter dem Schlagwort »Patientenverantwortung« die Einführung des Direktzugangs zum Physiotherapeuten erlaubt werden soll, ist es begrüßenswert, den Patienten als mündig, eigenverantwortlich und kostenbewusst zu betrachten. Die Realität ist aber anders – Ressourcennutzung korreliert mehr mit Anspruchshaltung und dem sozialen Status des Patienten und weniger mit dem Schweregrad oder der Diagnose.

Aber der Beliebtheitsgrad ist nicht für die klinische Evidenz der Wirksamkeit einer Therapie entscheidend. Bei Schmerzsyndromen sind physiotherapeutische Methoden schmerzlimitierter körperlicher Aktivität unterlegen. Manuelle Methoden haben Erfolg bei akuten Schmerzen, aber nicht dauerhaft. Insofern ist der Arzt gefragt, therapeutische Empfehlungen zu geben. Dazu muss man sich Zeit für die Diagnosefindung nehmen. Da stellt sich die natürlich die Frage: Wie wird das bezahlt? Aber auch: Wie organisiert man das? Auch der freie Zugang zum Physiotherapeuten wird irgendwann einer Qualitäts- und Mengenkontrolle unterliegen müssen, wenn nicht unverantwortlich Ressourcen verbraucht werden. Soll dies künftig die Kassenbürokratie oder der Medizinische Dienst sein? Dabei wollen wir Ärzte nicht allein die Gatekeeper sein, sondern die Grundkompetenzen der Diagnose- und Indikationsstellung ausfüllen. Natürlich müssen wir Ärzte uns auch fragen, ob das immer erfolgreich ist. Im internationalen Vergleich haben wir relativ lange Krankheitszeiten und hohe Krankenschreibungsraten zum Beispiel bei chronischen muskuloskeletalen Problemen. Vielleicht sollten wir den Patienten, aber auch uns mehr in die Verantwortung für die Prozesse der Gesundung nehmen. Wir müssen auch die Kommunikation zwischen Ärzten und Therapeuten verbessern. Daran wird kein Weg vorbeiführen, wenn wir Patienten besser motivieren wollen, ihre Gesundheit aktiv zu gestalten und an der Therapie mitzuarbeiten. Die neuen Zeiten sind keine Zeiten für Monopole, sondern für Kooperationen. Die »European Initiative for Exercise in Medicine« geht genau in diese Richtung: Ärzte sollten bessere Indikationen stellen, in Netzwerken mit anderen Therapeuten arbeiten und dadurch Patienten ermöglichen, schneller gesund oder beschwerdefrei zu sein. ■