



TELEMEDIZIN IN DER HAUSARZTPRAXIS

Telemedizinanwendungen gibt es inzwischen in vielen medizinischen Gebieten. Doch wie steht es um die Nutzung von Telemedizin in der hausärztlichen Praxis? Das Institut für Allgemeinmedizin in Lübeck führt in einem neuen Forschungsschwerpunkt Studien sowie Analysen zu Barrieren und fördernden Faktoren für den Einsatz von Telemedizin durch.

Die Implementierungsforschung als Disziplin der Versorgungsforschung konzentriert sich auf Fragestellungen, wie Prozess- und Strukturinnovationen schneller umgesetzt werden können. Grundvoraussetzung für ein implementierungswissenschaftliches Projekt ist, dass ein „Evidence-gap“, also ein Gefälle zwischen vorhandener Evidenz und dem praktischen Versorgungsalltag existiert. In solchen Fällen können Barrieren und fördernde Faktoren strukturiert erhoben werden, um daraus eine „maßgeschneiderte“ Intervention abzuleiten [1].

Die größte Arztgruppe in Deutschland ist mit rund 38 000 die der Haus-

ärzte. Zu diesen gehören im engeren Sinn Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und praktische Ärzte. Sie sind idealerweise die ersten (wohnortnahen) ärztlichen Ansprechpartner im Gesundheitssystem. Ein Hausarzt kann ohne Über- oder Einweisung 80 Prozent aller Beratungsanlässe seiner Patienten abschließend in der Praxis klären [2]. Entsprechend zentral sind Hausärzte für ein funktionierendes Gesundheitssystem.

In Veröffentlichungen wird Telemedizin auch in Deutschland für die wohnortnahe Versorgung als sinnvoll eingeschätzt. So erscheint eine Reduktion von Hospitalisierungen durch frühzeitiges Erkennen von Komplika-

tionen, die Vermeidung von belastenden Doppeluntersuchungen und eine Zeitersparnis im Rahmen von Visiten möglich [3,4].

BARRIEREN UND FÖRDERNDE FAKTOREN

Allerdings ergab beispielsweise eine Befragung von 316 Bürgermeistern und Landräten aus Niedersachsen als Repräsentanten der Bürgerschaft, dass 62 Prozent eine Fernbehandlung mittels Telemedizin als (eher) nicht geeignet einschätzen. In den Fällen, in denen Telemedizin positiv bewertet wurde, geschah dies nur für ein spezielles Patientenkollektiv und eher nicht für ältere Patienten. Neben der unterstellten unpersönlichen Behand-

lungsform wurden auch Bedenken bezüglich der Behandlungsqualität geäußert [5].

Bei einer deutschlandweiten Befragung von Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, die in einem Alter waren, dass sie als „Digital Natives“ gelten können, ergab sich ein positiveres Bild. Die Befragung erreichte rund fünf Prozent (N=388) aller für diesen Facharzt in Deutschland geförderten Ärzte. Die Einschätzung, dass Informationen mit Telemedizin besser über Sektorengrenzen gebracht werden können, teilten 61 Prozent, dass Telemedizin den Zugang zu Spezialisten verbessern könnte, vermuteten 55 Prozent sowie 36 Prozent, dass sie Mobilitätseinschränkungen von Patienten abbildern kann. 70 Prozent der Teilnehmer gaben an, dass bisher nur ein Bruchteil des telemedizinisch Möglichen eingesetzt wird, und konsequenterweise wünschten sich 51 Prozent Schulungen im Bereich der Telemedizin.

Barrieren, Telemedizin dennoch nicht zu nutzen, waren in 61 Prozent Datenschutzgründe, in 42 Prozent das erlebte Fehlen von nutzerfreundlicher Software und mit 41 Prozent Investitionskosten [6].

Diese Determinanten in Bezug auf die Implementierung von telemedizinischen Versorgungsansätzen können auch in der internationalen Literatur gefunden werden. Hier sind es vor allem Fragen nach den Kosten bzw. der Vergütung sowie zur Evidenz der Qualität von Telemedizin, die die Ärzte beschäftigen [7]. An diesen Punkten gilt es daher bei zukünftigen Projekten anzusetzen. Um die Frage nach „in welchen Situationen eine ebenbürtige Qualität der Versorgung erzielt werden kann“ und um die Frage nach „belastbarere Evidenz“ zukünftig noch eindeutiger beantworten zu können, ist es zentral, bei telemedizinischen Projekten bereits in der Planungsphase die Bedürfnisse der Beteiligten – die der Patienten und der Behandler

– mit einfließen zu lassen. Ebenso sollte stets an die nötige Begleitevaluation gedacht werden. Ein hierfür etabliertes Modell ist das „Model for Assessment of Telemedicine Applications“, abgekürzt MAST [8]. Im MAST werden unter anderem die Patientenperspektive, Aspekte der klinischen Effektivität, soziokulturelle, ethische und juristische Aspekte mit berücksichtigt. Das dort empfohlene Vorgehen sieht vor, dass nach einer Literaturrecherche zu dem Thema, welches adressiert werden soll, in mehreren Schleifen Reflexionen über das Thema, Planung (z.B. einer Pilotstudie), Umsetzung (z.B. der Studie) und Beobachtung (z.B. der Ergebnisse der Pilotstudie) einander abwechseln sollen. In diese Zyklen fließen u.a. die Ergebnisse aus Interviews, Workshops und Fokusgruppen mit ein. Dieses Vorgehen sichert eine hohe Akzeptanz und Alltagstauglichkeit der jeweiligen telemedizinischen Anwendung bei den diese zukünftig anwendenden Personenkreisen.

FAZIT

Der Praktiker sieht sich heute zu oft Geschäftsmodellen gegenüber, die diesen zeit- und damit kostenaufwendigen Weg der Entwicklung nicht gegangen sind. Möglicherweise auch deswegen werden diese Produkte, die oft gar nicht erst für den breiten Einsatz in der gesamten (!) Bevölkerung konzipiert wurden, nicht gut angenommen. Daher sollten implementierungswissenschaftliche Erkenntnisse bei telemedizinischen Projekten zukünftig stärker berücksichtigt werden. ■



■ **PROF. DR. MED. JOST STEINHÄUSER**

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Kontakt: jost.steinhaeuser@uksh.de

LITERATUR

1. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N, Wensing M, Fiander M, Eccles MP, Godycki-Cwirko M, van Lieshout J, Jäger C. Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 29;(4):CD005470. doi: 10.1002/14651858.CD005470.pub3.
2. DEGAM Zukunftspositionen 2012. http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapier/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf
3. Marx G, Beckers R. „Telemedizin in Deutschland.“ *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2015; 58(10): 1053-1055
4. Elmer A. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens. *GGW* 2017 Jg. 17, Heft 3 (Juli), 23–30
5. Kuhn B, Amelung VE. Ärzteversorgung als Gemeindeaufgabe? – Einschätzungen der niedersächsischen Kommunalpolitik zur ambulanten ärztlichen Versorgung. 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Kongresse_und_Veranstaltungen/Fruhere%20Kongresse/DEGAM2016_abstract_v05_FINAL.pdf
6. Waschkau A, Allner R, Fischer S, Steinhäuser J. Telemedizinische Anwendungen in der Hausarztpraxis. 51. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Kongresse_und_Veranstaltungen/Fruhere%20Kongresse/2017_Degam%20abstract_booklet.pdf
7. Rojahn K, Laplante S, Sloand J, Main C, Ibrahim A, Wild J, Sturt N, Areteou T, Johnson KI. “Remote Monitoring of Chronic Diseases: A Landscape Assessment of Policies in Four European Countries”; *PLoS ONE* 11(5), 2016
8. Kidholm K, Ekeland AG, Jensen LK, Rasmussen J, Pedersen CD, Bowes A, Flottorp SA, Bech M. A model for assessment of telemedicine applications: mast. *Int J Technol Assess Health Care.* 2012 Jan;28(1):44-51. doi: 10.1017/S0266462311000638