

Versorgung aus der
Ferne

Die Arzt-Patient-
Beziehung unter den
Bedingungen der
Telemedizin

Autorin

Denise Kluska

Auf den Punkt

- Telemedizin ermöglicht eine medizinische Versorgung und Überwachung von Patienten über räumliche Grenzen hinweg, bei der die Kommunikation zwischen Arzt und Patient elektronisch vermittelt stattfindet.
- Im Spannungsfeld zwischen Nähe und Distanz gerät die Telemedizin schnell in den Verdacht, die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient zu beeinträchtigen und die Beziehungspartner voneinander zu entfremden.
- Anhand einer Befragung von Patienten und deren niedergelassenen Ärzten, die ein Jahr lang an einem telemedizinischen Monitoring-Programm teilgenommen haben, konnte jedoch gezeigt werden, dass eine ergänzende telemedizinische Betreuung keinen negativen Einfluss auf die Beziehung der Patienten zu ihren niedergelassenen Haus- und Fachärzten hatte.

Zentrale Einrichtung der
Westfälischen Hochschule
Gelsenkirchen Bocholt
Recklinghausen in
Kooperation mit der
Ruhr-Universität Bochum

 **Westfälische
Hochschule**

**RUHR
UNIVERSITÄT
BOCHUM** **RUB**

Problemaufriss

Im Zeitalter der Informationstechnik werden immer mehr Lebensbereiche durch den Einsatz von Kommunikationstechnologien und mobilen Lösungen durchdrungen, mithilfe derer Informationen und z.T. auch Dienstleistungen im Alltag ständig und vielerorts verfügbar sind. Innerhalb der Medizin haben sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten zwei Zweige entwickelt, die Informations- und Kommunikationstechnologien nutzen, um räumliche Grenzen zu überwinden: die Telematik und die Telemedizin¹. Die *Telematik*² dient der elektronischen Erfassung und Verwaltung von Patienten- und Gesundheitsdaten und ermöglicht somit die elektronische Vernetzung von Krankenhäusern, Arztpraxen, Kostenträgern und anderen (administrativen) Akteuren des Gesundheitswesens, während per *Telemedizin* direkte Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden können, wie zum Beispiel eine medizinische Überwachung chronisch erkrankter Patienten durch die Übertragung medizinischer Messwerte und Vitaldaten (Telemonitoring). Dabei nehmen Patienten selbstgesteuert Messungen im häuslichen Umfeld vor und übermitteln die Werte an ein telemedizinisches Zentrum oder ein Krankenhaus.

Traditionell erfolgt die medizinische Versorgung von Patienten während der persönlichen Konsultation eines Arztes. Der persönliche Kontakt zu einem Arzt bildet damit die Grundlage einer jeden medizinischen Behandlung und den Grundstein für die Entwicklung einer persönlichen, vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient. Die Arzt-Patient-Beziehung ist eine zentrale Institution der Medizin, nach deren Credo eine umfassende Patientenbetreuung nicht nur durch die rein medizinische Versorgung, sondern auch durch die psychosoziale Unterstützung eines Arztes gekennzeichnet ist. Insbesondere chronisch erkrankte Patienten profitieren von einer kontinuierlichen, persönlichen Betreuung durch einen Arzt ihres Vertrauens, der auf die individuellen Fragen, Ängste und Sorgen seines Patienten rund um dessen Gesundheit eingeht.

Vor dem Hintergrund, dass die Arzt-Patient-Beziehung für eine optimale Patientenbetreuung unerlässlich ist, offenbaren sich die Grenzen einer Fernbetreuung per Telemedizin: Der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung steht eine medizinische Fern-Betreuung per Telemedizin paradox gegenüber (Koch/Schmidt 2003: 3). Deshalb stellt sich infolge der zunehmenden Entwicklung und Etablierung der Telemedizin im medizinischen Versorgungsalltag die Frage, ob der Einsatz einer telemedizinischen Anbindung zur häuslichen Überwachung gleichzeitig zu einer Unterbrechung der Beziehung zum regulär behandelnden Haus- oder Facharzt führen kann und inwiefern die Telemedizin Einfluss auf die persönliche Beziehung zwi-

¹ Die Vorsilbe „Tele-“ stammt aus dem Griechischen (τῆλε) und bedeutet „fern“ (Gemoll 2006: 791).

² Der Begriff „Telematik“ setzt sich aus den Komponenten Telekommunikation und Informatik zusammen (vgl. Mohr et al. 2004: 35; Häcker et al. 2008: 7; Haas 2006: 6) und bezieht sich demgemäß ausschließlich auf die medizinische Datenverarbeitung.

schen Arzt und Patient nimmt? Darüber hinaus wirft eine telemedizinisch organisierte Patientenbetreuung die Frage auf, ob sich neue Beziehungen zu den Ärzten, die eine telemedizinische Betreuung leisten, unter den Bedingungen von Telemonitoring entwickeln können.

Diese Fragen werden in der vorliegenden Arbeit anhand der Ergebnisse einer eigenen Befragung zur Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung unter den Bedingungen von Telemedizin beantwortet. Befragt wurden 228 telemedizinisch betreute Patienten, jeweils zwei niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie zwei telemedizinisch tätige Ärzte. Um zunächst der Fragestellung stärkeren Ausdruck zu verleihen, wird vorab aufgezeigt warum die Arzt-Patient-Beziehung überhaupt so wichtig für die medizinische Versorgung von Patienten und deren Genesung ist. Daran anschließend erfolgt eine kurze Vorstellung der deutschen Telemedizin-Landschaft sowie des Telemonitoring als konkretem Setting der durchgeführten Befragung.

Die Arzt-Patient-Beziehung – eine Allianz für die Gesundheit

Die Arzt-Patient-Beziehung ist ein dyadisches Verhältnis, das über die rein medizinische Versorgung hinaus dem Zweck dient, den Patienten bei der Krankheitsbewältigung und im Versorgungsprozess zu unterstützen und zu begleiten. Die idealtypische Arzt-Patient-Beziehung besteht in einer vertrauensvollen und als hilfreich empfundenen Beziehung zwischen Arzt und Patient (Wilken 2010: 48; Fritzsche/Wirsching 2006: 56). Die wichtigste Grundlage der Arzt-Patient-Beziehung besteht in gegenseitigem Vertrauen, welches sich im Verlaufe persönlicher Begegnungen sowie wechselseitiger (Face-to-face-) Kommunikation entwickelt und manifestiert.

Die Bildung interpersonellen Vertrauens wird im persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient durch konkrete Erfahrungen bestimmt (vgl. Schnee 2006: 172), da erst durch die persönliche Begegnung und Kommunikation zwischen Arzt und Patient die zwischenmenschlichen Bedingungen für Vertrauen (z.B. Ehrlichkeit, Offenheit) offenbar werden. Gleichzeitig ist das Vertrauen zwischen Arzt und Patient ein Einflussfaktor für die Qualität der Kommunikation nach der Formel: je größer das zugrunde liegende Vertrauen ist, desto offener und vertraulicher ist der Austausch. Dem Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung wird mithin ein direkter therapeutischer Effekt zugeschrieben, da das Vertrauen in die Person des Arztes nicht nur die Offenheit, sondern auch die Kooperationsbereitschaft des Patienten fördert (vgl. Stevenson 2006: 231). Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung ist ein sehr sensibles Gut, das z.B. durch Fehldiagnosen, Behandlungsfehler oder ein unseriöses Auftreten des Arztes erschüttert werden kann. Als besonderes Merkmal besitzt die Arzt-Patient-Beziehung mit der ärztlichen Schweigepflicht eine über das persönliche Vertrauen hinausgehende, rechtlich geschützte Vertraulichkeit. Diese ermöglicht es Patienten, offen über ihren Gesundheitszustand,

ihre Lebensqualität und -situation, aber auch über intime oder unangenehme Aspekte ihrer Erkrankung berichten zu können, ohne dass jemand Drittes davon erfährt. Im Gegenzug muss auch der Arzt dem Patienten vertrauen können – beispielsweise muss der Arzt auf das Bemühen des Patienten um Vollständigkeit und Wahrhaftigkeit seiner Schilderungen vertrauen können, um nicht etwa eine Fehldiagnose zu stellen. Die persönliche, vertrauensvolle Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist darüber hinaus für die Zufriedenheit und das Einlassen des Patienten auf die Behandlung (Ong et al. 1995: 913f), für die Entwicklung von Therapietreue und somit letztendlich auch für das Erreichen der Behandlungsziele bedeutsam (DiMatteo/Haskard Zolnierek 2009: 826).

Welche Bedeutung die Arzt-Patient-Beziehung für Patienten einnimmt, wird durch die Bedürfnisse und Erwartungen angezeigt, die Patienten an den idealen Arzt stellen: Laut vorliegender Studien wünschen sich Patienten vor allem Informationen, Aufklärung und Beratung von ihrem Arzt (Little et al. 2001; Baum et al. 1996). Persönlichkeitsmerkmale, die das Verhalten des idealen Arztes bestimmen sollten, sind aus der Sicht von Patienten überwiegend Merkmale, die sich auf das Zwischenmenschliche der Arzt-Patient-Kommunikation beziehen wie Zuhören können, Ehrlichkeit, Freundlichkeit, Verständnis, Empathie (vgl. Little et al. 2001; Dierks et al. 1995). Auch bezüglich der Erwartungen an die ärztliche Behandlung werden von Patienten insbesondere Bedürfnisse nach zwischenmenschlicher Unterstützung in Form von psychischer Unterstützung genannt (vgl. Baum et al. 1996). Um es auf eine Formel zu bringen: Patienten erwarten von ihrem Arzt nicht nur medizinische, sondern insbesondere auch zwischenmenschliche Kompetenzen. Dies gilt insbesondere für die Behandlung von chronisch erkrankten Patienten: Hier nimmt die Arzt-Patient-Beziehung durch die langfristige und regelmäßige Versorgung sowie psychosoziale Begleitung der Patienten durch den Haus- bzw. Facharzt einen besonderen Stellenwert ein (Badura 1996; von Kardoff 2008: 253).

Aus ärztlicher Sicht ist die Interaktion mit Patienten integraler Bestandteil professioneller Berufsarbeit. Die Arzt-Patient-Beziehung ist dementsprechend als eine zweckgerichtete (Dienstleistungs-)Beziehung zwischen Experten und Laien einzuordnen, die sich am Bedarf des Patienten nach gesundheitlicher Hilfe orientiert. Für die Arbeit des Arztes gilt das Gespräch als das „wichtigste Handwerkszeug“, da der Anamnese- und Behandlungsprozess zu einem gewichtigen Anteil im Gespräch mit dem Patienten besteht. Für den Arzt besteht das Ziel der Kommunikation mit seinem Patienten in erster Linie darin zu erfahren, was dem Patienten fehlt, zur Erörterung des Befundes, der Behandlungsmaßnahmen und der Medikation sowie zur Förderung der Kooperationsbereitschaft des Patienten. Eine gleichermaßen wichtige Funktion des ärztlichen Gesprächs besteht in der psychosozialen Unterstützung des Patienten im Bewältigungsprozess. Die Bedürfnisse des einzelnen Patienten, z.B. nach Informationen oder psychi-

scher Unterstützung können jedoch nur dann adäquat verstanden und berücksichtigt werden, wenn dem Patienten während der Konsultation genügend (Gesprächs-)Raum und -Zeit gewährt werden, um alle Anliegen, Fragen und Probleme thematisieren zu können.

Zum Heilungsprozess beitragen können Patienten in erster Linie durch das Einhalten der ärztlichen Empfehlungen und der verschriebenen Medikation (Compliance). Neuerer Entwicklungen verweisen zudem darauf, dass Patienten mehr und mehr eine aktive Rolle bei der Krankheitsbewältigung einnehmen und zunehmend zu Experten für die eigene Erkrankung werden. Betitelt wird das aktive Krankheitsmanagement von Patienten häufig mit dem Begriff „Patienten-Empowerment“. Darunter fällt zum einen das Eigenengagement von Patienten, welches sich beispielsweise in einer gezielten Suche nach Informationen über die eigene Erkrankung - insbesondere von chronisch erkrankten Patienten - und/oder der Durchführung von Selbsthilfemaßnahmen äußert. Zum anderen kann das Empowerment von Patienten durch die Anleitung eines Arztes³ zur Selbsthilfe oder Empfehlungen zur gesunden Lebensführung bzw. Lebensstiländerungen gefördert werden. Patienten-Empowerment emanzipiert Patienten jedoch keineswegs von einer ärztlichen Betreuung, da gerade Krankheitserfahrungen untrennbar mit privaten Gefühlen und Emotionen verbunden sind. Dementsprechend bedürfen - insbesondere schwer chronisch kranke - Patienten an den Grenzen ihrer physischen und psychischen Belastbarkeit zuweilen Zuspruch, Trost, individuellen Rat oder Informationen durch ihren Arzt als persönlichem Ansprechpartner.

Die Telemedizin-Landschaft in Deutschland

Die Entwicklung der Telemedizin in Deutschland hat bis heute eine breite Innovationslandschaft mit einer Vielfalt telemedizinischer Dienste und Pilotprojekte hervorgebracht, die für verschiedene medizinische Fachgebiete, Indikationen und Akteure entwickelt wurden.

Unterschieden werden können telemedizinische Dienstleistungen, die entweder nur zwischen Ärzten („Doc2Doc“) oder zwischen Arzt und Patient („Doc2Patient“) erbracht werden (Häcker et al. 2008: 8; Schultz/Salomo 2005:18). Dabei haben sich spezifische telemedizinische Verfahren in den einzelnen medizinischen Fachgebieten entwickelt, was in einer Ausdifferenzierung der Telemedizin in Teleradiologie, Telechirurgie, Teledermatologie, Teleophthalmologie, Telekardiologie etc. mündete.

Der am Institut Arbeit und Technik (IAT) entstandenen Telemedizin-Landkarte⁴ zufolge werden derzeit bundesweit 288 verschiedene telemedizinische Dienste und Projekte

³ oder speziell geschultes medizinisches Personal

⁴ Die Telemedizin-Landkarte ist im Rahmen des Forschungsprojektes E-Health@Home entstanden. <http://www.iat.eu/ehealth/>

durchgeführt. Dabei erreicht die Telemedizin bisher jedoch einen vergleichsweise geringen Marktanteil, welchem zugrunde liegt, dass telemedizinische Anwendungen bisher nicht gesetzlich und flächendeckend in der Regelversorgung verankert sind. Bei einem Großteil der telemedizinischen Anwendungen handelt es sich um Pilotprojekte, die nach der Förderphase häufig nicht weiter finanziert werden (Hilbert/Paulus 2011: 10; Dittmar et al. 2009: 22) bzw. kein marktfähiges Geschäftsmodell etablieren konnten.

Möglichkeiten, telemedizinische Dienste mit Krankenversicherungen abzurechnen, bestehen derzeit in begrenztem Maße. Nach § 140a SGB V können Kostenträger telemedizinische Dienste im Rahmen Integrierter Versorgungsverträge in ihre Leistungskataloge aufnehmen (Häcker et al. 2008: 86). Daneben wurden mit der Einführung einer Abrechnungsziffer im Operationen- und Prozedurenschlüssel für das Schlaganfall-Telekonsil im Januar 2011 erstmals konsiliarische Leistungen aus dem Doc2Doc-Bereich abrechnungsfähig.

Integrierte Versorgungsverträge sind der wohl derzeit am häufigsten genutzte Weg zur Abrechnungsfähigkeit, der jedoch eine nahezu unüberschaubare Anzahl an Einzelverträgen verursacht. Eine standardisierte Kostenübernahme telemedizinischer Dienste konnte bisher noch nicht implementiert werden. Das am 01.01.2012 in Kraft getretene „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VStG) sieht in § 87 Absatz 2a die Prüfung des möglichen Umfangs ambulant erbrachter telemedizinischer Dienstleistungen durch den Bewertungsausschuss bis Oktober 2012 vor, die dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) hinzugefügt und damit in Zukunft von niedergelassenen Ärzten bei den Gesetzlichen Krankenversicherungen abgerechnet werden können (BMG 2011b: 69). Damit bleibt jedoch zunächst offen, welche telemedizinischen Leistungen in welchem Umfang in Zukunft tatsächlich abrechnungsfähig sein werden.

Die Barrieren, die dem Einzug der Telemedizin in die Regelversorgung im Wege stehen, sind also nicht etwa Sorgen um den Verlust einer persönlichen und patientennahen Betreuung und Versorgung, sondern schlichtweg Finanzierungs- sowie Rechtsfragen.

Telemonitoring – Die Königsdisziplin der Telemedizin

Das Telemonitoring ist das bisher am besten ausgereifte und am weitesten verbreitete telemedizinische Verfahren, das im Doc2Patient-Bereich Anwendung findet. Der Begriff „Telemonitoring“ bezeichnet die Fern-Überwachung des Gesundheitszustandes mithilfe elektronischer Übertragungswege bei Patienten, die an chronischen Erkrankungen⁵ leiden oder z.B. nach einem stationären Aufenthalt im häuslichen Umfeld re-

⁵ Telemonitoring-Programme sind in der Kardiologie und speziell für die Indikation Chronische Herzinsuffizienz bereits besonders gut ausgereift (Köhler et al. 2012: 21; Friedenberger et al. 2009: 87). Aufgrund der guten Studienlage gilt die chronische Herzinsuff-

habilitiert werden. Insbesondere für Risikopatienten eignet sich das Telemonitoring, um bei etwaigen Notfällen schnell reagieren zu können (Honold et al. 2009: 97). Telemonitoring-Programme sind zudem in der Regel an die begleitende Betreuung des Patienten durch den Haus- bzw. Facharzt geknüpft, der in regelmäßigen Abständen persönlich konsultiert wird, und stellen damit eine Ergänzung zur ambulanten leitliniengerechten Betreuung durch Haus- und Facharzt dar (Köhler et al. 2012: 22).

Telemonitoring bedeutet die regelmäßige Messung und elektronische Vermittlung von Vitalparametern oder Selbstberichten von Patienten per Telefon (Krieg et al. 2010: 131; Häcker et al. 2008: 9) und ist zumeist als langfristiges Programm angelegt, das insbesondere in kritischen Krankheitsphasen eingeleitet wird, z.B. nach einem akuten Vorfall. Patienten, die im häuslichen Umfeld per Telemonitoring überwacht werden, messen täglich oder mehrmals in der Woche mithilfe spezieller Hardware (z.B. elektronische Personenwaage, EKG- oder Blutdruck-Messgerät) die für ihre Erkrankung relevanten Vitalparameter und übermitteln die Werte an ein telemedizinisch angebundenes Krankenhaus oder telemedizinisches Service Zentrum (Häcker et al. 2008: 9; Friedenberger 2009: 86). Bei Unregelmäßigkeiten oder einer Verschlechterung der gemessenen Werte wird der Patient umgehend kontaktiert und über die einzuleitenden Schritte beraten. In akuten Notsituationen kann zudem schnell der Rettungsdienst alarmiert werden. Darüber hinaus kann sich der Patient bei krankheitsbedingten Beschwerden jederzeit an das Personal des zuständigen Krankenhauses bzw. Telemedizinischen Service Centers wenden. Anhand aktuell gemessener und übermittelter Vitalparameter können dort häufig die Ursachen geklärt und Maßnahmen gegen die Beschwerden eingeleitet werden. Auf diese Weise bietet Telemonitoring eine erhöhte Sicherheit für Patienten (Cebola et al. 2011: 612).

Um den Patienten aktiv in das Therapiemanagement einzubeziehen, beinhalten viele Telemonitoring-Programme ein regelmäßiges, telefonisch durchgeführtes Patienten-coaching, durch das der Patient angeleitet wird, seine Krankheit besser einzuschätzen, das Selbstmanagement zu verbessern und mehr Eigenverantwortung zu übernehmen (Friedenberger et al. 2009: 87). Infolge eines gesteigerten Patienten-Empowerments wird wiederum eine Steigerung der Compliance erwartet (Köhler et al. 2012: 22; Krieg et al. 2010: 131; Helms et al. 2009: 184; Friedenberger 2009: 86).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass beim Telemonitoring als etabliertes Verfahren der Telemedizin die Vorzeichen also auf Erfolg stehen. Doch wie verändern sich für die Patienten die Kontakte und Beziehungen zu ihren regulär behandelnden Ärzten durch die Teilnahme an Telemonitoring-Programmen ganz konkret? Dies soll nachfolgend anhand der Befragungsergebnisse aus Sicht von Patienten und Ärzten nachgezeichnet

fizienz sogar als „Referenzindikation“ für das Telemonitoring (Köhler et al. 2012: 30). So können vorliegende Studien für die Indikation Herzinsuffizienz, die allerdings vorwiegend aus dem amerikanischen Raum stammen, positive medizinische Effekte des Telemonitoring belegen, insbesondere hinsichtlich der Outcomevariablen Rehospitalisierungen und Mortalität.

werden, die selbst mindestens ein Jahr lang Erfahrungen mit Telemonitoring gemacht haben.

Eckdaten zur Befragung

Die Befragung, deren Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit vorgestellt werden, wurde im Rahmen des Telemonitoring-Programms „HerzAs“ des Instituts für Angewandte Telemedizin (IFAT) am Herz- und Diabeteszentrum Bad Oeynhausen durchgeführt. Das HerzAs-Programm wurde von April 2008 bis Dezember 2011 für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in den Stadien II-IV der NYHA-Klassifikation angeboten und basierte auf einem integrierten Versorgungsvertrag mit der AOK Westfalen-Lippe.

Das HerzAs-Programm bestand im Wesentlichen aus den im vorherigen Kapitel modellhaft beschriebenen Komponenten: der täglichen Messung und Übermittlung der Vitalwerte durch die teilnehmenden Patienten, Interventionen durch die Ärzte des IFAT bei Auffälligkeiten und Notfällen sowie einer sechswöchigen Patientenschulung. Dabei stand das erklärte Ziel im Vordergrund, die Patienten zu Experten für die eigene Erkrankung zu schulen und deren Eigenverantwortung nachhaltig zu verbessern (Schlingensiepen 2008). Zusätzlich zu der Fern-Betreuung durch das IFAT wurden die Patienten begleitend von ihren Hausärzten in regelmäßigen Abständen (nach drei, sechs, neun und zwölf Monaten) sowie von ihren Kardiologen (nach drei, sechs und zwölf Monaten) untersucht.

Für die Teilnahme an der quantitativ ausgerichteten Patientenbefragung konnten insgesamt 228 HerzAs-Patienten gewonnen werden, die einen standardisierten Fragebogen ausfüllten. Die Befragung der behandelnden Hausärzte und Kardiologen erfolgte über leitfadengestützte Experteninterviews (n jeweils = 2), die Ansprache der Ärzte erfolgte über das IFAT. Zusätzlich wurden zwei telemedizinisch tätige Ärzte des IFAT interviewt, um Aufschluss über die Entwicklung neuer Beziehungen per Telemedizin zu gewinnen.

Telemonitoring als Beziehungskiller? Auswirkungen von Telemonitoring auf die Arzt-Patient-Beziehung aus Sicht der Patienten

Die Ergebnisse der Patientenbefragung zeichnen ein sehr deutliches Meinungsbild der Patienten, das hinsichtlich der vermuteten Veränderungen in den Beziehungen zwischen HerzAs-Patienten und ihren Hausärzten sowie Kardiologen mit einer Überraschung aufwarten kann: Das zentrale Ergebnis ist, dass sich aus Sicht einer überwiegenden Mehrheit der Patienten *keine gravierenden Veränderungen* in den Beziehungen zu ihren Hausärzten und Kardiologen im Verlaufe des HerzAs-Programms ergeben

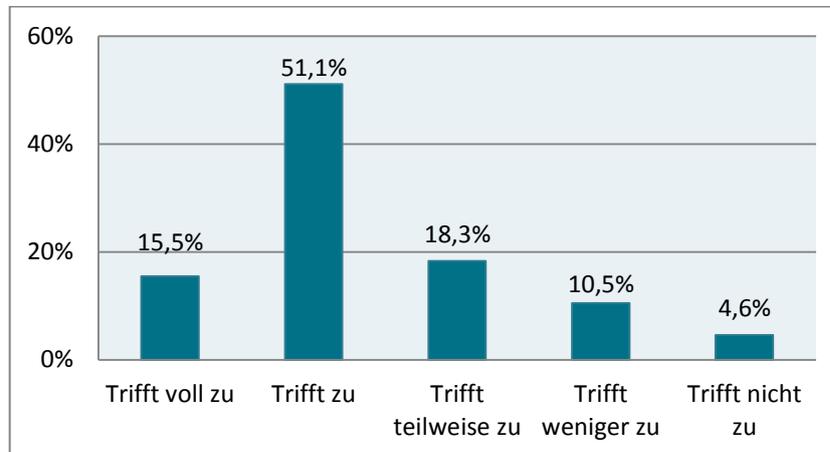
haben. Im Einzelnen lassen sich die Ergebnisse der Patientenbefragung wie folgt darstellen:

Eine Veränderung der *Kontakthäufigkeit* zum Hausarzt, die sich aus der Strukturierung der Begleituntersuchungstermine hätte ergeben können, hat nach Einschätzung der Mehrheit der Patienten (rd. 70 %) seit ihrer Teilnahme am HerzAs-Programm nicht stattgefunden. Ebenfalls nicht verändert hat sich aus Sicht der Mehrheit der Patienten (rd. 77 %) die *Dauer der Gespräche* mit dem Hausarzt. Ähnlich verhält sich das Ausmaß der Kontakte zu den Kardiologen: Die Mehrheit der Patienten stellt weder Veränderungen in der Kontakthäufigkeit (rd. 71 %), noch Veränderungen der Gesprächsdauer (rd. 78 %) mit ihren Kardiologen fest.

Die *Zufriedenheit* der Patienten mit der Häufigkeit der Kontakte zu ihrem Hausarzt ist mit insgesamt rd. 89 % recht hoch zu bewerten, ebenso wie die Zufriedenheit der Patienten mit der Gesprächsdauer (rd. 86 %). Eine ähnlich hohe Bewertung wurde für die Kontakte mit den Kardiologen abgegeben: Rund 90 % der Patienten sind mit der Häufigkeit der Kontakte zum Kardiologen zufrieden, mit der Gesprächsdauer sind knapp 87 % der Patienten zufrieden.

Allerdings kann lediglich etwa die Hälfte der Patienten (51 %) bestätigen, dass deren Hausärzte im Gespräch auf *persönliche Fragen, Anliegen und Probleme* eingehen. Bei dieser Frage sind die Meinungen der Patienten weiter gestreut als bei den übrigen, relativ eindeutig beantworteten Fragen (vgl. Abb. 1). Während es aus der Sicht von etwa 15 % der Patienten voll zutreffend ist, dass der Hausarzt auf deren Fragen, Anliegen und Probleme eingeht, befinden dies allerdings 18 % als nur teilweise und insgesamt 15 % der Patienten als weniger bis nicht zutreffend.

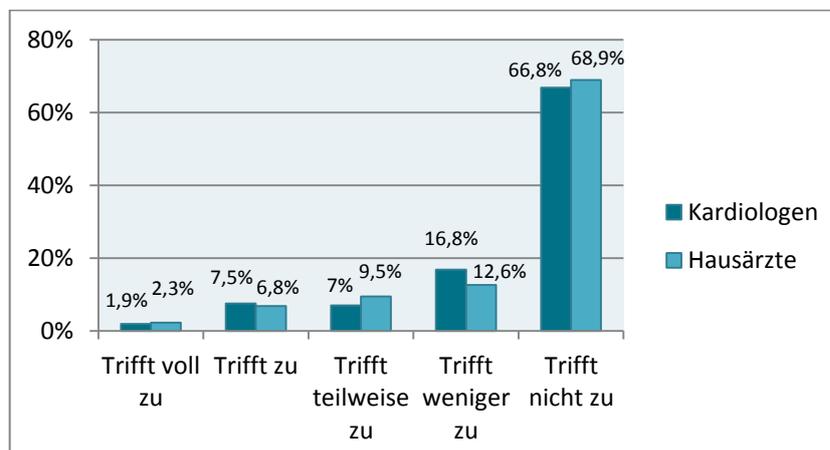
Abb. 1: Eingehen des Hausarztes auf persönliche Fragen, Anliegen und Probleme (n = 219, Angaben in Prozent)



Das Eingehen der Kardiologen auf Fragen, Anliegen und Probleme wird dagegen von rund 70 % der HerzAs-Patienten gut bis sehr gut bewertet. Dabei können rund 21 % der Patienten nur teilweise bestätigen, dass ihr Kardiologe auf persönliche Fragen, Anliegen und Probleme eingeht und insgesamt rd. 8 % der Patienten sind nicht der Meinung, dass ihr Kardiologe deren Fragen, Anliegen und Probleme zureichend berücksichtigt.

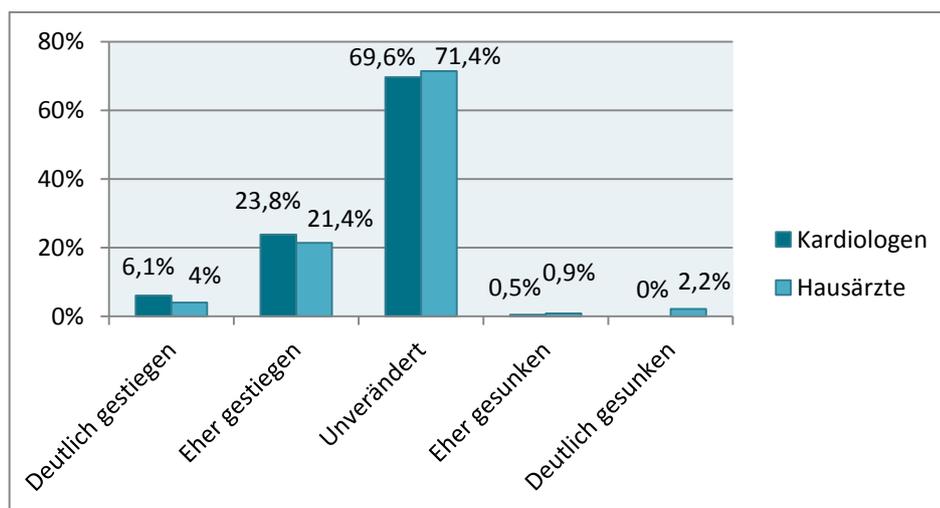
Die *Entwicklung von Distanz* zwischen Patienten und ihren Hausärzten im Verlaufe des HerzAs-Programms ist nach den Ergebnissen der Befragung nicht so ausgeprägt wie dies gemeinhin befürchtet wird: rund 69 % der Patienten nehmen keine Entwicklung von Distanz zu ihrem Hausarzt wahr. Die Beziehungen zwischen Patienten und ihren Kardiologen distanzieren sich aus Sicht der Patienten durch die Teilnahme am HerzAs-Programm in vergleichbar geringem Maße wie die Beziehungen zwischen HerzAs-Patienten und ihren Hausärzten (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Entwicklung von Distanz - Vergleich zwischen Kardiologen und Hausärzten (Angaben in Prozent)



Das *Vertrauen* in die Hausärzte hat sich infolge der Teilnahme am HerzAs-Programm aus Sicht der überwiegenden Mehrheit der Patienten (rd. 71 %) nicht verändert. Darüber hinaus zeigt sich ein spürbarer bis deutlich spürbarer Vertrauenszuwachs zum Hausarzt bei insgesamt 25 % der Patienten. Gesunken ist das Vertrauen zum Hausarzt nur bei einem sehr geringen Anteil der HerzAs-Patienten von 3 %. Dabei fällt auf, dass die (wenigen) Patienten, die einen Vertrauensverlust feststellen, das Vertrauen mehrheitlich als „deutlich gesunken“ kennzeichnen und damit deutlich Stellung beziehen. Das Vertrauen in die Kardiologen hat sich aus Sicht des Großteils der Patienten (knapp 70 %) im Verlauf des HerzAs-Programms ebenfalls nicht verändert. Im Vergleich zum Vertrauen zum Hausarzt stellen allerdings mehr Patienten (insgesamt knapp 30 %) einen Vertrauenszuwachs zu ihrem Kardiologen fest (vgl. Abb. 3). Ein Vertrauensverlust wird lediglich von einem verschwindend geringen Anteil von 0,5 % der Patienten angegeben.

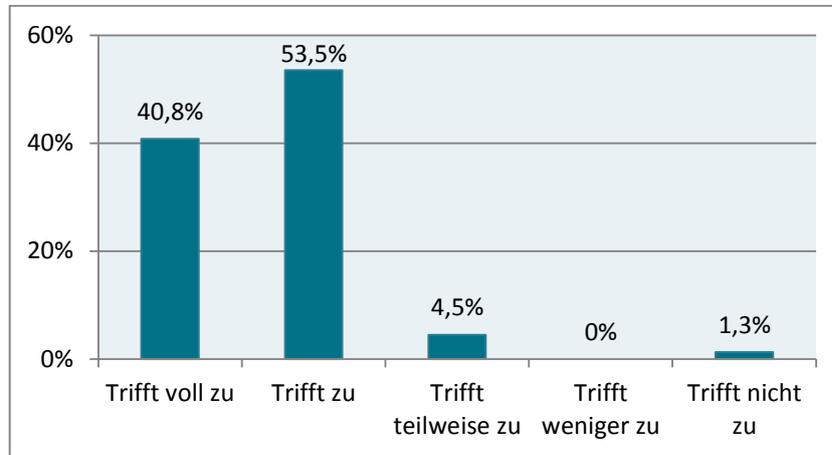
Abb. 3: Veränderung des Vertrauens - Vergleich zwischen Kardiologen und Hausärzten



Die Frage nach dem Vertrauen der HerzAs-Patienten in die IFAT-Ärzte förderte das überraschende Ergebnis zutage, dass die Mehrheit der Patienten (rd. 94 %) im Verlaufe des HerzAs-Programms ein sehr hohes Vertrauen in die Ärzte des IFAT entwickelt hat (vgl. Abb. 4)⁶. Dass jeglicher Kontakt mit den Ärzten des IFAT telefonisch stattfindet, scheint die Vertrauensbildung keineswegs zu beeinträchtigen.

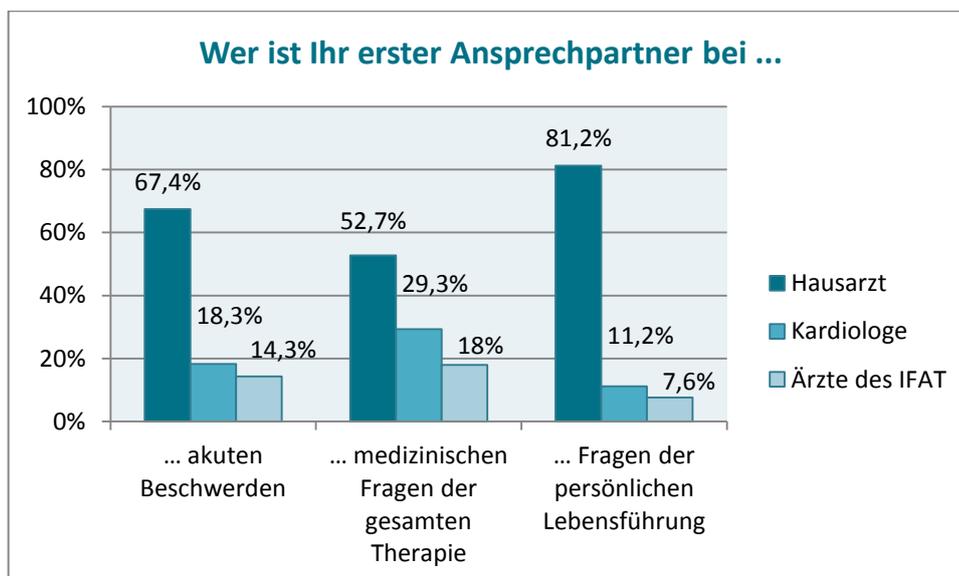
⁶ Es ist allerdings auffällig, dass die Fragen zu den Ärzten des IFAT von weniger Patienten beantwortet wurden, als die Fragen zur hausärztlichen bzw. kardiologischen Betreuung.

Abb. 4: Vertrauen in die Ärzte des IFAT (n = 157, Angaben in Prozent)



Um einen Eindruck davon zu bekommen, welchen Stellenwert die ärztlichen Ansprechpartner für die verschiedenen Belange der Patienten einnehmen, wurde danach gefragt, wer für die Patienten jeweils der erste und damit wichtigste Ansprechpartner ist. Die Ergebnisse zeichnen ein klares Bild (vgl. Abb. 5): der Hausarzt ist für die HerzAs-Patienten der erste Ansprechpartner bei akuten Beschwerden, medizinischen Fragen zur gesamten Therapie und insbesondere bei Fragen der persönlichen Lebensführung.

Abb. 5: Erster Ansprechpartner der HerzAs-Patienten (Angaben in Prozent)



Etwas weiter gestreut sind die Angaben bei medizinischen Fragen zur gesamten Therapie: rund 29 % der Patienten präferieren hierfür den Kardiologen und 18 % die Ärzte des IFAT als Ansprechpartner. Bei akuten Beschwerden wenden sich außerdem rd. 18 % der Patienten zuerst an ihren Kardiologen und rd. 14 % an die Ärzte des IFAT. Hier

wäre zu erwarten gewesen, dass die Ärzte des IFAT aufgrund der schnellen Erreichbarkeit und der Möglichkeit der direkten Übertragung relevanter Werte einen höheren Stellenwert einnehmen.

Auswirkungen von Telemonitoring auf die Arzt-Patient-Beziehung aus Sicht der Ärzte

Aus Sicht der Hausärzte konnten keine Veränderungen und damit auch keine negativen Einflüsse der telemedizinischen Betreuung durch das HerzAs-Programm auf die Arzt-Patient-Verhältnisse festgestellt werden. Beide Hausärzte gaben an, dass sich weder die Häufigkeit der Kontakte noch die Qualität der Kommunikation mit ihren telemedizinisch betreuten Patienten verändert haben. Auch einen Einfluss des Telemonitorings auf das Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten konnte keiner der befragten Ärzte feststellen. Beide Hausärzte gaben an, nach wie vor eine offene und sensible Gesprächshaltung gegenüber den psychosozialen Bedürfnissen ihrer Patienten zu pflegen und auf die persönlichen Fragen, Anliegen und Probleme ihrer Patienten einzugehen. Dementsprechend ist zu konstatieren, dass eine zeitweise, ergänzende telemedizinische Betreuung, wie sie das HerzAs-Programm bietet, im Vergleich zu einer Betreuung des Hausarztes, die ggf. über Jahre hinweg besteht, nicht dazu führt, dass die Arzt-Patient-Beziehung in ihren Grundfesten erschüttert wird.

Aus Sicht der befragten Kardiologen haben sich die Kontakte mit den Patienten durch die Verlagerung von Kontakten auf die Ärzte des IFAT (aufgrund der permanenten Erreichbarkeit) moderat reduziert. Hierdurch wurden allerdings keine Beeinträchtigungen der Arzt-Patient-Kommunikation hervorgerufen, sondern im Gegenteil eine Intensivierung der Arzt-Patient-Beziehungen festgestellt. Dem liegt die Einschätzung der interviewten Kardiologen zugrunde, dass das Vertrauen der Patienten zu ihren Kardiologen gewachsen ist, was durch die Ergebnisse der Patientenbefragung zum Vertrauen in die Kardiologen untermauert wird. Zugleich wird von den Kardiologen Potenzial dafür beobachtet, dass sich der Wissenszuwachs bei den Patienten sowie ein gesteigertes Interesse und Empowerment durch die Schulungen des IFAT positiv auf die Kommunikation zwischen HerzAs-Patienten und Kardiologen auswirkt. Dies wird als Hinweis darauf betrachtet, dass nicht die Häufigkeit der Kontakte, sondern die Qualität der Kommunikation entscheidend für die Arzt-Patient-Beziehung ist.

Aus Sicht der Ärzte des IFAT ist zu bemerken, dass sich die Kontakt- und Kommunikationsbedürfnisse von Patient zu Patient sehr unterscheiden können. In den Interviews ist deutlich geworden, dass die Ärzte des IFAT eine sensible Gesprächshaltung pflegen und sich im Gespräch grundsätzlich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Nach Aussagen der Ärzte des IFAT ist darüber hinaus die Entwicklung von Arzt-Patient-

Beziehungen durch häufigere Kontakte zwischen Patienten und den Ärzten des IFAT im HerzAs-Programm grundsätzlich möglich, da sich einige Patienten nicht nur mit medizinischen oder technischen Fragen, sondern zum Teil auch auf der Gefühlsebene an die Ärzte des IFAT wenden.

Telemonitoring - Verlust oder Bereicherung der persönlichen Arzt-Patient-Beziehung?

Anhand der vorgestellten Befragung ist deutlich geworden, dass die Arzt-Patient-Beziehung durch das Telemonitoring im HerzAs-Programm aus Sicht der befragten Patienten und Ärzte – entgegen der vorab aufgestellten Vermutung, dass sich die Beziehungspartner durch Telemonitoring voneinander entfernen – keinen Beeinträchtigungen unterliegt.

Hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung wurde deutlich, dass der Hausarzt die Rolle als erster Ansprechpartner für die meisten gesundheitlichen Belange seiner Patienten inklusive Akuterkrankungen sowie Komorbiditäten der Herzinsuffizienz durch eine zusätzliche telemedizinische Betreuung keineswegs eingebüßt hat. Für die deutliche Mehrheit der Patienten ist der Hausarzt der bevorzugte Ansprechpartner, was auch daran liegen mag, dass die Beziehungen von Patienten zu ihren Hausärzten in den meisten Fällen über einen längeren Zeitraum gewachsen sind.

Dagegen konnten Hinweise dafür gefunden werden, dass sich die Beziehungen der Patienten zu ihren Kardiologen zum Teil intensiviert haben, was sich in einer Verbesserung der Kommunikation und einem beidseitig empfundenen Vertrauenszuwachs äußerte. Zurückgeführt wurden die positiven Auswirkungen auf den Wissenszuwachs sowie ein gestiegenes Empowerment der Patienten infolge der im HerzAs-Programm inbegriffenen Patientenschulung.

Auch Beziehungen zwischen Patienten und ihren telemedizinisch betreuenden Ärzten sind aufgrund des hohen Vertrauens der Patienten in die Ärzte des IFAT und der sensiblen Gesprächshaltung der Ärzte grundsätzlich vorstellbar. Die Entwicklung konkreter Beziehungen hängt dabei von den Kontakt- und Zuwendungsbedürfnissen der Patienten ab.

Was ändert sich schließlich für den Patienten durch eine Teilnahme am Telemonitoring-Programm HerzAs? Die wichtigste Errungenschaft ist die Sicherheit, dass im Bedarfs- und Notfall ein medizinischer Ansprechpartner rund um die Uhr kontaktiert werden kann, wenn herkömmliche Anlaufstellen des Gesundheitswesens nicht erreichbar sind. Darüber hinaus haben Patienten durch ein telemedizinisches Monitoring die Chance durch die Selbststeuerung der Messungen, den Umgang mit den verschie-

denen Messwerten und ihrer Bedeutung sowie einer Anpassung des Lebensstils eine aktive und selbstbewusste Rolle im Krankheitsmanagement einzunehmen. Indem Patienten – auch mit der Hilfe von Telemedizin – zu kompetenteren Partnern werden, können sich das Verhältnis und die Verhältnismäßigkeit zwischen Ärzten und Patienten zum Positiven entwickeln.

Literatur

BAUM, E. / DONNER-BANZHOFF, N. / SPANGENBERG, E. / PLATT, B. (1996): Erwartungen der Patienten und ärztliches Handeln in Allgemeinarztpraxen. In: Arnold, K. / Lang, E. (Hg.) (1996): Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Ferdinand-Enke-Verlag, Hamburg. S.137-150.

BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2011b): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstrukturgesetz/GKV_V_StG_110803.pdf (zuletzt geprüft am 25.07.2012)

CEBOLA, R. / FRANKE, J. / TAEGER, T. / ZUGCK, C. (2011): Stellenwert der Telemedizin in 2011. Standard der Herzinsuffizienztherapie? Herz 2011. 36:608–613.

DIERKS, M.L. / BITZER, E. / SCHWARTZ, F.-W. / HAASE, I. (1995): Patientenerwartungen an die hausärztliche Versorgung - Ergebnisse einer Pilotstudie (I & II). Nds Ärzteblatt 1995, (11 & 21): S. 3-5; S. 17-20.

DIMATTEO, M.R. / HASKARD ZOLNIEREK, K.B. (2009): Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. Med Care 47(8): p. 826-834.

DITTMAR, R. / WOHLGEMUTH, W. A. / NAGEL, E. (2009): Potenziale und Barrieren der Telemedizin in der Regelversorgung. GGW. Jg. 9, Heft 4 (November): 16–26.

FRIEDENBERGER, M. / KOTTMAIR, S. / PHILIPP, R. / WEIHRAUCH, A. (2009): Telemedizin bei chronischer Herzinsuffizienz. In: Goss, F. / Mengden, T. / Middeke, M. / Smetak, N. (Hg.): Praktische Telemedizin in Kardiologie und Hypertensiologie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart New York. S. 86-90.

FRITZSCHE, K. / WIRSCHING, M. (Hg.) (2006): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Springer Medizin-Verlag, Heidelberg.

GEMOLL, W. / VRETSKA, K. (2006): Gemoll. Griechisch-deutsches Schul- und Handwörterbuch. Zehnte, völlig neu bearbeitete Auflage. Oldenbourg Schulbuchverlag, München, Düsseldorf, Stuttgart.

HAAS, P. (2006): eHealth verändert das Gesundheitswesen – Grundlagen, Anwendungen, Konsequenzen. In: Haas, P. / Meier, A. / Sauerburger, H. (Hg.): eHealth. HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik. Heft 251, Oktober 2006. Dpunkt Verlag, Heidelberg. S. 6-19.

HÄCKER, J. / REICHWEIN, B. / TURAD, N. (2008): Telemedizin. Markt Strategien Unternehmensbewertung. Oldenbourg Verlag, München.

HELMS, T.M. / MÜLLER, A. / OEFF, M. / PFEIFFER, D. / SACK, S. / SCHWAB, J.O. / ZUGCK, C. (2009): Telemedizin in der Kardiologie 2010 – Möglichkeiten und Perspektiven. In: Duesberg, F. (Hg.): e-Health 2010. Informationstechnologien und Telematik im Gesundheitswesen. Medical future Verlag, Solingen. S. 183-189.

HILBERT, J. / PAULUS, W. (2011): Geschichte, Stand und Perspektiven des Einsatzes von Techniken in Medizin und Pflege. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Vierteljahrsheft zur Förderung von Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe. 42. Jahrgang, Nr. 03/2011, Berlin. S. 4-17.

HONOLD, M. / KÖHLER, F. / WINKLER, S. (2009): Telemonitoring bei Hochrisiko-Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. In: Goss, F. / Mengden, T. / Middeke, M. / Smetak, N. (Hg.): Praktische Telemedizin in Kardiologie und Hypertensiologie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart New York. S. 97-102.

KOCH, U. / SCHMIDT, S. (2003): Telemedizin aus medizynpsychologischer Perspektive – Der Einfluss von Telematikanwendungen auf die Arzt-Patientenbeziehung. Z Med Psychol 12 (2003), 1-13.

KÖHLER, F. / KÖHLER, K. / HAUG, M. / PRESCHER, S. (2012): Telemonitoring bei internistischen Erkrankungen. In: Bartmann, F.-J. / Blettner, M. / Heuschmann, P. U. (Hg.): Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung. Anwendungsspektrum, Chancen, Risiken. Report Versorgungsforschung Band 4. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln. S. 21-34.

KRIEG, T. / OEFF, M. / SCHMIDT, S. / SCHUCHERT, A. (2010): Häusliches Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz. Chance für eine bessere Patientenversorgung? Dtsch Ärztebl Int 2010; 107(8):131-8.

LITTLE, P. / EVERITT, H. / WILLIAMSON, I. / WARNER, G. / MOORE, M. / GOULD, C. / FERRIER, K. / PAYNE, S. (2001): Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study. BMJ 2001; 322: p. 1-7.

MOHR, M.T.J. / SCHALL, T. / NERLICH, M. (2004): Telemedizin. In: Jähn, K. / Nagel, E. (Hg.) (2004): e-Health. Springer Verlag, Berlin Heidelberg.

ONG, L. M. L. / DE HAES, J. C. J. M. / HOOS A. M. / LAMMES, F. B. (1995): Doctor-patient communication: A review of the literature. Social Science & Medicine. Volume 40, Issue 7, April 1995, p. 903-918.

SCHLINGENSIEPEN, I. (2008): Beim HerzAs-Projekt ist vernetzte Betreuung Trumpf. In: Ärzte-Zeitung 27.02.2008.
<http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/herzkreislauf/herzinsuffizienz/article/484489/herzas-projekt-vernetzte-betreuung-trumpf.html>

SCHNEE, M. (2006): Vertrauen in die Gesundheitsversorgung. In: Böcken, J. / Braun, B. / Amhof, R. (2006): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. S. 171-186.

SCHULTZ, C. / SALOMO, K. (2005): Systematik und Eigenschaften telemedizinischer Dienstleistungen. In: Schultz, C. / Salomo, S. / Gemünden, H.G. (Hg.): Akzeptanz der Telemedizin. Minerva Verlag, Darmstadt. S. 17-42.

STEVENSON, F. (2006): The Doctor-Patient-Relationship. Interconnections between global processes and interaction. In: Wendt, C. / Wolf, C. (Hg.): Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46/2006. VS Verlag für Sozialwissenschaft, Wiesbaden. S. 224-242.

WILKEN, M. (2010): Arzt und Patient. Die Dienstleistung zwischen Hausarzt und Patient im deutschen Gesundheitssystem. Eine handlungsfundierte Institutionenanalyse. In: Voß, G. (Hg.): Arbeiten und Leben im Umbruch. Schriftenreihe zur subjektorientierten Soziologie der Arbeit und der Arbeitsgesellschaft. Band 18. Rainer Hampp Verlag, München und Mering.

Autorin:

[Denise Kluska](#) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität des Instituts Arbeit und Technik.

Kontakt: kluska@iat.eu

Forschung Aktuell 2012-10

ISSN 1866 – 0835

Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule

Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen

Redaktionsschluss: 21. September 2012

http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0

Redaktion

Claudia Braczko

Tel.: 0209 - 1707 176

Institut Arbeit und Technik

Fax: 0209 - 1707 110

Munscheidstr. 14

E-Mail: braczko@iat.eu

45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: <http://www.iat.eu>