

bvitg Positionierung

9 Forderungen zur Umsetzung des Koalitionsvertrages und der Digitalstrategie des BMG

Telemedizin in die Versorgung bringen

Kontakt:

Constanze Pappert

Referentin eHealth

constanze.pappert@bvitg.de

www.bvitg.de

Allgemein



Telemedizin hat erhebliche Potenziale, die Versorgungslandschaft auf verschiedenen Wegen in Deutschland zu ergänzen, zu verbessern und zu steigern. Die Mehrwerte telemedizinischer Anwendungen werden auch auf politischer Ebene anerkannt, wie beispielsweise dem Koalitionsvertrag der Ampelregierung oder der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege des Bundesministeriums für Gesundheit zu entnehmen ist. Telemedizin wird hierbei als integraler Bestandteil der Versorgung gesehen und soll regelhaft durch Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung ermöglicht werden.

Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V. (bvitg) und seine Mitglieder begrüßen diese Entwicklungen außerordentlich. Doch trotz aller Vorteile für Patient:innen, Ärzt:innen und das Gesundheitssystem existieren in Deutschland weiterhin Hürden, die eine Integration dieser digitalen Behandlungsform als festen Bestandteil in den Praxisalltag negativ beeinflussen. Um die notwendige Akzeptanz telemedizinischer Anwendungen bei den Endnutzer:innen nicht zu gefährden, stellt die Projektgruppe Telemedizin des bvitg folgende politische Forderungen auf:

Management Summary

1. Keinen Bürokratie- und Abrechnungsdschungel aufbauen: Vereinfachung der Abrechenbarkeit der Leistungen mit Aufhebung der Abschläge und keine Einführung fachgruppenspezifischer Begrenzungen
2. Streichung des § 9 Heilmittelwerbegesetzes (HWG)
3. Klare Vergütung und Anforderungen für Telekonsile im klinischen Bereich schaffen
4. Ausweitung der Videosprechstunde auf MFAs, Community Nurses und assistierte Telemedizin
5. Einbindung der Telemedizin in die Telematikinfrastruktur: Mit Hilfe von Schnittstellen und Card-Link ein digitales Ökosystem für Plattformen schaffen
6. Intersektorale Telemedizin-Services ermöglichen – keine Hürden an Sektorengrenzen – keine „Walled Gardens“ von Leistungserbringern
7. GVSG, Notfallreform & Krankenhausreform: Telemedizin für eine bessere Patientensteuerung und niedrigschwelliger Zugang zur regionalen Versorgung
8. Integrierte Versorgung durch Telemedizinische Zentren (TMZ) verwirklichen
9. Digitale Disease Management Programme – mit telemedizinischen Bausteinen ermöglichen

Keinen Bürokratie- und Abrechnungsdschungel aufbauen: Vereinfachung der Abrechenbarkeit der Leistungen mit Aufhebung der Abschläge und keine Einführung fachgruppenspezifischer Begrenzungen

Laut aktueller Vergütungsvereinbarung (EBM) müssen Patient:innen nach der Videosprechstunde noch im selben Quartal vor Ort in die Praxis kommen, sonst droht für die Ärzt:innen ein Abschlag von bis zu 30%. Diese Regelung ist weder zeitgemäß noch sinnvoll, da dies die Nutzung der Telemedizin für viele Ärzt:innen bewusst unattraktiver macht. Die Abrechenbarkeit der einzelnen Leistungen bzw. Behandlungsfälle, die mit einer digitalen Sprechstunde abrechenbar sind, sind für die Leistungserbringer zu komplex und müssen vereinfacht werden. Der Gesetzgeber ist mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) bei diesem Thema wieder zurückgerudert. Das DigiG hebt zwar die allgemeine Begrenzung von Videosprechstunden auf, führt jedoch gleichzeitig spezifische Begrenzungen für Ärzt:innen bzw. Fachgruppen ein. So könnte dann zum Beispiel für die hausärztliche Versorgung eine 50%-Begrenzung und für die Kinder- und Jugendmedizin eine andere Begrenzung gelten. Dies verkennet die Heterogenität des Versorgungsalltages.

Zudem gibt es eine Fülle an Anwendungsfällen in diversen Facharzttrichtungen, die bereits heute ausschließlich telemedizinisch behandelt werden können.

Unterschiedliche Anforderungen zur Meldung und zur Nutzung der Videosprechstunde in der ambulanten Versorgung sorgen zudem für einen erhöhten Bürokratieaufwand, der eine breite Nutzung verhindert. Während in einigen Regionen Leistungserbringende ihrer KV lediglich ein Anzeigenformular faxen müssen, besteht in anderen Regionen eine „Genehmigungspflicht“. Leistungserbringende müssen der zuständigen KV einen neunseitigen Antrag mit Unterschrift der Anbieter zukommen lassen. Derartige bürokratische Anforderungen sind nicht mehr zeitgemäß.

Streichung des § 9 Heilmittelwerbegesetzes (HWG)

Es bedarf einer zeitgemäßen Anpassung des Heilmittelwerbegesetzes, sodass der bvitg eine Streichung des § 9 HWG fordert. Nur eine Streichung des Werbeverbots für Fernbehandlungen schafft die Voraussetzungen, Videosprechstunden und sonstige telemedizinische Leistungen tatsächlich regelhaft zu ermöglichen. Das Werbeverbot verhindert die Verteilung sinnvoller Informationen über vorhandene telemedizinische Angebote und bremst innovative Formen der Versorgung aus – zum Nachteil der Patient:innen. Weiter sollten die Informationen, welche telemedizinischen Maßnahmen von den Ärzt:innen angeboten werden, übersichtlich und transparent in einem Register bzw. auf einer Plattform, wie beispielsweise über die Patienteninformationsseite gesund.bund.de, integriert und leicht zugänglich gemacht werden.

Klare Vergütung und Anforderungen für Telekonsile im klinischen Bereich schaffen

Derzeit gibt es keine einheitliche Zertifizierung für ein klinisches Telekonsil (Hospital-to-Hospital). Der bvitg empfiehlt hier die Schaffung und Einbettung von einheitlichen Qualitätskriterien und Rahmenbedingungen, um die Akzeptanz und Nutzung der Konsile im klinischen Umfeld zu stärken. Des Weiteren sollte beim Ausbau von Telekonsilen die Anreizwirkung des Vergütungssystems gefördert werden, welches aktuell noch nicht geklärt ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Organe der Selbstverwaltung mit der Entwicklung eines Vergütungssystems beauftragt. Diesen Arbeitsprozess gilt es weiter zu befördern und zu monitoren.

Ausweitung der Videosprechstunde auf MFAs, Community Nurses und assistierte Telemedizin

Die Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege des BMG sieht vor, die Telemedizin unter anderem auch auf Gesundheitskioske oder Apotheken auszuweiten, um die Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten Regionen zu gewährleisten. Die Ausweitung des Versorgungsraums ist sehr zu begrüßen. Des Weiteren sollten zukünftige neue Möglichkeiten der Delegation und Substitution von Ärzt:innen an MFA, Community Nurses etc. berücksichtigt werden. Bei der Definition der Anwendungsfälle assistierter Telemedizin in Apotheken sollte die Heterogenität der Versorgungslandschaft in Deutschland berücksichtigt werden, um somit eine breite Anwendung und Öffnung zu ermöglichen. In Frankreich gibt es zum Beispiel drei Modelle, die bereits seit 2019 eine drohende Unterversorgung abfedern und einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung ermöglichen:

- Telemedizin-Kabine in einer Apotheke mit einem Leistungserbringer ohne weiterführende medizinische Untersuchungen
- Erweiterte Telemedizin in einer Apotheke mit einem Leistungserbringer (assistiert durch Apotheker)
- Telemedizin von zu Hause mit einem Apotheker

Das Beispiel Frankreich zeigt: Rund 70% der Besuchsgründe über assistierte Telemedizin bedürfen medizinischer Versorgungsleistung (nur 8% sind Rezeptverlängerung vs. 70% Diagnosestellung oder dermatologische, ophthalmologische Messung/physische Untersuchung vor Ort, die von einer Gesundheitsfachkraft wie einem Apotheker durchgeführt werden müssen).

Einbindung der Telemedizin in die Telematikinfrastruktur: Mit Hilfe von Schnittstellen und CardLink ein Digitales Ökosystem für Plattformen schaffen

Telemedizinische Anwendungen entfalten ihr Potenzial erst, wenn sie im Kontext der Versorgung stattfinden – deswegen müssen Anwendungen wie die ePA für alle, das E-Rezept oder die eAU auch im Kontext der digitalen Sprechstunden bzw. Telemedizin geöffnet werden. Ziel sollte sein, eine anwendungsübergreifende Integration von Diensten und Anwendungen, ohne eine direkte Überführung in einen gesetzlich mandatierten Fachdienst der TI oder gar die

Schaffung einer staatlichen Plattform oder einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, zu ermöglichen. Standardisierte Schnittstellen sollen ermöglichen, dass Anwendungen wie das E-Rezept oder plattformübergreifende Dienste weitergeleitet werden können, wenn dies von den Patient:innen gewünscht ist. Genauso kann z.B. CardLink dazu beitragen, eine sektorenübergreifende Integration von telemedizinischen Leistungen zu ermöglichen, indem Patient:innen sich im Rahmen einer Videosprechstunde authentifizieren können ohne zusätzlichen Aufwand vor Ort in der Praxis zu kreieren. Ebenso müssen bei der Ausarbeitung und Einführung digitaler Identitäten Telemedizinanbieter frühzeitig in die Gestaltung der Spezifikation eingebunden werden. Die entsprechende Regelung im DigiG zur Nutzung für Drittanwendungen ist daher sehr zu begrüßen. Bereits heute hat CardLink – und in der Zukunft digitale Identitäten – das Potenzial, den Bereich der Authentifizierung und Verifizierung der Telemedizin für Patient:innen sowie Ärzt:innen erheblich zu erleichtern. Ein frühzeitiger Zugang zu einem Testsystem, um diese ausführlich vor dem Rollout zu testen, ist ebenso wichtig und notwendig.

Intersektorale Telemedizin-Services ermöglichen – keine Hürden an Sektorengrenzen – keine „Walled Gardens“ von Leistungserbringern

Die telemedizinische Versorgung und deren Versorgungsmodelle sind vielfältig. Dementsprechend gibt es in Deutschland auch eine hohe Anbietervielfalt von telemedizinischen Leistungen, die sich an den Bedürfnissen der Anwender:innen, in (Fach-)Praxen, MVZs, Krankenhäusern oder Universitätskliniken, orientiert.

Damit diese Anbietervielfalt von telemedizinischen Leistungen und das sich dadurch ergebende Innovationspotenzial erhalten bleiben, sollte die telemedizinische Versorgung nach Anlage 31 Bundesmantelvertrag gleichberechtigt neben der TI-Fachanwendung Telematikinfrastruktur-Messenger (TIM) existieren. Die dritte Ausbaustufe des TIM (TIM Connect) sieht eine Ergänzung durch Videokonsultation vor. Eine verpflichtende Nutzung von TIM Connect bei gleichzeitiger Abschaffung bzw. Verdrängung von telemedizinischen Anwendungen, die sich bereits im Markt befinden, lehnt der bvitg ab. Es sollte vermieden werden, eine indirekte Verpflichtung zur Nutzung von TIM Connect anstelle von nach KBV zertifizierten Lösungen durch beispielsweise einseitige Vergütungen zu schaffen.

Die Bereitstellung des „Backend-Systems“ zur Vermittlung telemedizinischer Leistungen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach §370a SGB V muss auch die Anbindung von Drittanbietern ermöglichen. Eine proprietäre Lösung innerhalb der Körperschaften des öffentlichen Rechts ist nicht im Sinne des Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVGPMG). Um Proprietät sowie Diskriminierung zu vermeiden und eine nachhaltige, zukunftsfähige sowie für Drittanbieter offene Anbindungsmöglichkeit zu gewährleisten, empfehlen wir den frühzeitigen Einbezug des bvitg und seiner Mitglieder in die Gestaltung der Schnittstelle(n) des „Backend-Systems“.

GVSG, Notfallreform & Krankenhausreform: Telemedizin für eine bessere Patientensteuerung und niedrigschwelliger Zugang zur regionalen Versorgung

Telemedizin kann einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten. Zum Beispiel ermöglicht ein telemedizinisches Netzwerk in einem regionalen Versorgungskonzept (nach dem geplanten Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes) durch Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren, ambulante Versorgungseinrichtungen und Level 1i Krankenhäuser einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung. Dies kann ebenso sonstige Leistungserbringende oder auch gezielte Präventions- und Vorsorgeangebote, die auf regionale Versorgungsbedürfnisse eingehen, umfassen. Bei der Reform der Notfallversorgung bietet die Telemedizin ebenso mehrere Möglichkeiten zur Entlastung der Notaufnahmen. Durch die Möglichkeit innerhalb kürzester Zeit ein telemedizinisches Ersteinschätzungsverfahren (zum Beispiel auf Basis der strukturierten medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED)) zu durchlaufen, können Patient:innen entweder gezielt in die stationäre Notfallversorgung oder aber auch in die ambulante Akutversorgung triagiert werden. Auch hier sollte darauf geachtet werden, die Expertise der Industrie in der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen frühzeitig mit einzubinden sowie die Prozesse in den Versorgungsalltag zu integrieren und einzubetten. Dies sollte nicht nur auf das Angebot des eTerminservice beschränkt werden.

Integrierte Versorgung durch Telemedizinische Zentren (TMZ) verwirklichen

Telemedizinische Zentren wie zum Beispiel in Bad Kissingen bieten bereits heute ein intersektoral und interdisziplinär arbeitendes Angebotsspektrum. Ziel solcher Zentren ist es, die medizinische Versorgung sowohl im ländlichen als auch im urbanen Umfeld zu verbessern oder im Extremfall überhaupt erst sicherzustellen. Dabei wird die gesamte Patient Journey abgebildet, entweder vollständig über alle denkbaren Erkrankungen oder fokussiert auf bestimmte Erkrankungen: von der Prävention über die Diagnose und Therapie bis hin zur Nachsorge und Pflege. Hierfür bedarf es neben geeigneten, sektorübergreifenden Prozessen und Ausbildungsangeboten für das medizinische und nicht-medizinische Personal u. a. auch einer geeigneten Dateninfrastruktur, deren oberste Maxime die Bereitstellung einer allen Datenschutzregeln entsprechenden, interoperablen Arbeitsumgebung ist.

Digitale Disease Management Programme – mit telemedizinischen Bausteinen ermöglichen

Digitale Werkzeuge rund um Videosprechstunden, aber auch Monitoring-Lösungen und Schulungen in Präsenz und per Video, können die engmaschige Begleitung der Patient:innen verbessern. Die Ergänzung der ärztlichen Betreuung z. B. durch Community Health Nurses – auch im telemedizinischen Kontakt – können eine flächendeckende und zeitgemäße Behandlungsbegleitung sicherstellen, wenn die Rahmenbedingungen entsprechend angepasst und die Versorgungsstrukturen attraktiv gestaltet werden. Damit die Patient:innen wirklich in den

Mittelpunkt gestellt werden, sollte für sie ein Recht auf digitale Behandlungsbegleitung im Rahmen der digitalisierten Disease Management-Programme (dDMP) vorgesehen werden.

Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V. und seine Mitglieder blicken gespannt auf die Entwicklung der Einbettung von telemedizinischen Services in die Versorgung und stehen mit ihrer Expertise jederzeit für Gespräche zur Verfügung.