Telemedizin

Success Stories

bvitg Bundesverband Gesundheits-IT

DGIV Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.

Best Practice Telemedizin:
Eine Publikation erstellt von dem *Bundesverband Gesundheits-IT* und der *Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung*

Disclaimer: Die vorliegende Broschüre verwendet zur besseren Lesbarkeit neben weiblichen und männlichen Endungen das generische Maskulin. Gemeint sind auch in diesen Fällen immer männliche und weibliche Formen sowie sämtliche andere Geschlechteridentitäten.

Vorwort
Gerrit Schick & Prof. Dr. Eckhard Nagel

Vorstandsvorsitzende bvitg e. V. und DGIV e. V.

Alexander Graham Bell gilt als der Wegbereiter der modernen Telekommunikation. Zusammen mit *Thomas A. Watson* hat er eher durch Zufall Ende des 19. Jahrhunderts auch die moderne Telemedizin erfunden. Eine solche historische Betrachtung unterstreicht, welche revolutionäre Bedeutung telemedizinische Anwendungen für die moderne Medizin haben. In vielfältigen Ausprägungen haben sie ihren Weg in allen Phasen der *Patient Journey* gefunden. Präzisere, sicherere und hochmoderne Diagnostik und Therapien stehen damit weltweit zur Verfügung. Wesentlich auch, dass die Barrieren und Kommunikationsbrüche zwischen medizinischen und pflegerischen Fachkräften untereinander und zu ihren Patientinnen und Patienten zielgerichtet überwunden werden.

Leider ist festzustellen, dass Telemedizin in Deutschland im internationalen Vergleich vielfach noch den Anschluss sucht. Dabei sind es weniger technische als vielmehr oft bürokratische und vergütungsrelevante Hürden, die einer zeitnahen Umsetzung im Wege stehen.

Das vorliegende, gemeinsam vom *bvitg* und der *DGIV* erstellte Papier hat sich zum Ziel gesetzt, diesen Widerspruch aufzulösen und die Akteure im deutschen Gesundheitssystem dafür zu begeistern, die Telemedizin als zusätzliches Instrument in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege zu verstehen und einzusetzen. Sozusagen im »Nebenbei« können so die in vielfacher Hinsicht destruktiven Sektorengrenzen überwunden werden. Zum Wohle aller im System und ganz besonders der Patientinnen und Patienten.

Wir freuen uns auf eine intensive Diskussion – und gemeinsam auf mehr Telemedizin in Deutschland.

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	8
Geleitwort	9
Telemedizin: Eine Bestandsaufnahme	**10**
Telemedizin in Deutschland: Wo stehen wir?	12
Telemedizin ergänzt, verbessert und sichert die Versorgung dauerhaft	14
Telemedizin: Weit mehr als eine Videosprechstunde	15
Ein Blick über den Tellerrand – Telemedizin im Vergleich	16
Telemedizin als integralen Bestandteil der Versorgung etablieren	18
Meinungen von Experten und Expertinnen	**22**
Telemedizin in der Intensiv- und Notfallmedizin, Prof. Dr. Gernot Marx	24
Bitte keine neue Versorgungsebene!, Ulrich Weigeldt	26
Wie Digitalisierung sowohl Patienten als auch Ärzte unterstützen kann, Dr. Hans-Jürgen Beckmann	28
Telemedizin hat viel Potenzial – wenn die Rahmenbedingungen stimmen, Nadja Pecquet	32
Telemedizin ist nur ein Baustein – Die Zukunft der digitalen Vernetzung, Dr. Markus Leyck Dieken	35
Telemedizin in der ambulanten Versorgung, Dr. Hiwa Dashti	36
Für eine aktive Einbindung der MFA bei Entwicklung der Telemedizin, Hannelore König	38
Telemedizin als Medium einer patientenorientierten Versorgung, Thomas Ballast	40

Die Telemedizin bietet Nutzen und Risiko für die Patientensicherheit, Constantin Grosch 41

Wir brauchen einen Schub bei der Digitalisierung und Datennutzung, Matthias Mieves 42

Telemedizin am Beispiel der Notfallversorgung, Dr. Janosch Dahmen 44

Aufrechterhaltung der Dynamik beim Ausbau der Telemedizin, Maximilian Funke-Kaiser 46

Telemedizin in Deutschland – Noch immer ein zartes Pflänzchen, Anne-Kathrin Klemm 48

Die nächste Generation: Telemedizin aus Sicht Medizinstudierender, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland 50

Best Practices 52

Wie die Videosprechstunde von Doctolib einen Beitrag zur Bekämfung der Pandemie leistet 54

medflex – Wir vernetzen Menschen, keine Systeme 56

Nordic Netcares PhysioCoaching: Prävention zahlt sich aus! 58

samedi: Telemedizin in der Geburtshilfe 60

RZV-Elektronische Fallakte 62

Siemens Healthineers – Patientenstory: Herzconnect 64

vitagroup: Wie Telemedizin die Versorgung im ärztlichen Bereitschaftsdienst verbessern kann 66

Bild- und Quellennachweis 68

Impressum 69

Grußwort
Leiter der Projektgruppe Telemedizin

Chris Berger, Peter Salathe, Robert Deisz

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

in den nächsten Jahren wird die Telemedizin, aufgrund des immer größer werdenden Ärztemangels, dem demographischen Wandel und als Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum immer wichtiger werden. Richtig eingesetzt ermöglicht die Telemedizin die intersektorale Versorgung zwischen ambulanter und klinischer Versorgung und steigert die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten erheblich. Der Koalitionsvertrag der Ampelregierung bekennt sich klar zur Ausweitung der Telemedizin als integralen Bestandteil der Versorgung.

Um der Bedeutung des Themas in allen Ausprägungen gerecht zu werden, hat der *Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V.* zu Beginn des Jahres 2021 die Projektgruppe Telemedizin gegründet. Im Mittelpunkt steht die Bündelung der Interessen der Mitglieder, die organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingung mitzugestalten, die Anwendbarkeit sowie Abrechenbarkeit und das Erreichen aller Sektoren und Anwendergruppen sicherzustellen. Hierzu steht die Projektgruppe regelmäßig im Austausch mit allen relevanten Stakeholdern aus der Politik, den medizinischen Fach- und Spitzenverbänden sowie der Selbstverwaltung. Dies bedeutet u. a. auch das aktive Aufgreifen von Defiziten in der Versorgung, die durch digitale und telemedizinische Services ausgeglichen werden könnten, das Benennen von rechtlichen Hindernissen, oder ökonomischen Hemmnissen, die zeitgemäße digitale Versorgungsservices verhindern und /oder erschweren.

Die Aufmerksamkeit liegt für uns sowohl bei den Anwenderinnen und Anwender als auch bei den Betroffenen. Wir freuen uns sehr, ihnen gemeinsam mit der *Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.* die Best-Practice-Broschüre zum Thema Telemedizin zu präsentieren. Für diese Publikation haben wir eine umfassende Sammlung von Statements und Interviews mit den führenden Expertinnen und Experten aus Politik, Leistungserbringern und Leistungsträgern zusammengestellt, die aus verschiedenen Blickwinkeln das Thema beleuchten. Die Broschüre ist eine der umfassendsten Publikationen zum Thema bis dato.

Damit möchten wir den Leserinnen und Lesern einen Leitfaden geben, in welchen Anwendungsfeldern, telemedizinische Lösungen eingesetzt werden und welche konkreten Mehrwerte diese für die Gesundheitsversorgung bieten. Hierfür stellen unsere Mitglieder ihre verschiedenen telemedizinischen Anwendungen und Projekte vor.

Im Namen des *bvitg* wünschen wir Ihnen eine interessante Lektüre.

Gekommen um zu bleiben
Prof. Dr. Edgar Franke

Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit

Die Telemedizin ist heute ein fester Bestandteil unserer Versorgungslandschaft. Maßgeblich hierfür ist auch die Pandemie. Denn lange war die Akzeptanz für telemedizinische Verfahren in der Bevölkerung relativ niedrig. Doch im Angesicht von hohen Infektionszahlen und Kontaktbeschränkungen wurde beispielsweise die Videosprechstunde deutlich attraktiver. Die Behandlungsfälle haben sich seit dem Ausbruch der Corona-Pandemie vervielfacht. 2020 und 2021 lag die Zahl jeweils bei über 2,2 Millionen.

Für die neue Bundesregierung ist klar: Telemedizin ist eine echte Bereicherung für unser Gesundheitssystem. Deswegen werden wir entsprechende Leistungen auch in Zukunft regelhaft ermöglichen und fördern. Denn nicht nur in Krisen wie der Corona-Pandemie ergänzen Videosprechstunde, Telekonsilien, kardiales Telemonitoring und andere Verfahren den klassischen medizinischen »Werkzeugkasten« hervorragend. Schließlich können dank Telemedizin Behandlungen effizienter durchgeführt und zielgerichteter auf den Patienten zugeschnitten werden. Nicht zuletzt leistet Telemedizin einen wichtigen Beitrag für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung auch in dünn besiedelten Gegenden bzw. ländlichen Räumen.

Jetzt ist es wichtig, dass wir die Patientinnen und Patienten noch stärker vom Nutzen telemedizinischer Leistungen überzeugen. Ein Anfang ist gemacht. Das Bundesministerium für Gesundheit wird sich gemeinsam mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens dafür einsetzen, dass Telemedizin bald nicht nur ein fester, sondern auch ein für alle selbstverständlicher Teil der Versorgungslandschaft ist.

Telemedizin:
Eine Bestandsaufnahme

Telemedizin in Deutschland: Wo stehen wir?	12
Telemedizin ergänzt, verbessert und sichert die Versorgung dauerhaft	14
Telemedizin: Weit mehr als eine Videosprechstunde	15
Ein Blick über den Tellerrand – Telemedizin im Vergleich	16
Telemedizin als integralen Bestandteil der Versorgung etablieren	18

Telemedizin in Deutschland: Wo stehen wir?

Mit der Aufhebung des Fernbehandlungsverbot im Jahr 2018 auf dem Bundesärztetag in Erfurt wurde endgültig der Weg für telemedizinische Anwendungen zur breitflächlichen Nutzung in der Versorgung frei gemacht.

Spätestens seit dem Ausbruch der Corona-Pandemie haben telemedizinische Anwendungen wie die Videosprechstunde über Nacht in deutschen Arztpraxen und Krankenhäusern Fuß gefasst: Tausende Praxen boten innerhalb weniger Wochen Videosprechstunden an. Während im gesamten Jahr 2019 gerade einmal 3.000 digitale Sprechstunden durchgeführt wurden, waren es 2020 2,67 Millionen [1] Videosprechstunden – ein Anstieg um das 900-fache. Um die Telemedizin dauerhaft als integralen Bestandteil der Versorgung zu etablieren, wurden bis dato sieben Digitalgesetze verabschiedet, die neben der Ausweitung der Videosprechstunde auf andere Leistungserbringer und Anzahl der abrechenbaren Videosprechstunden auch das Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz oder die Telepflege eingeführt haben.

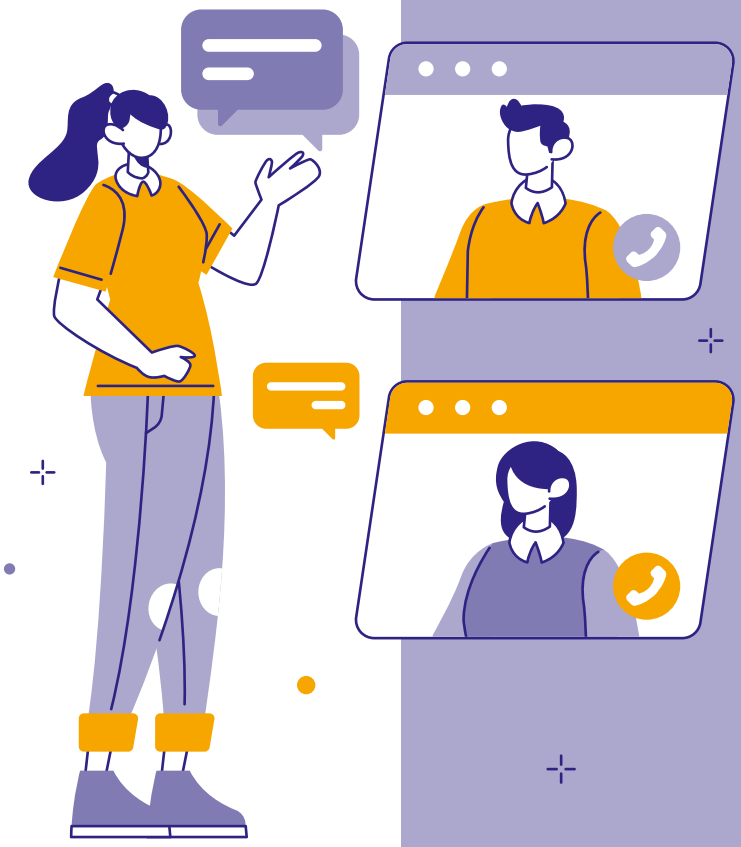
In der Pandemie wurde deutlich, welche Vorteile Telemedizin mit sich bringen kann: Ein geringes Ansteckungsrisiko, der Schutz chronisch erkrankter Patienten, der einfache Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie einen erheblichen Effizienzgewinn bei Patientinnen und Patienten sind nur einige Beispiele.

Videosprechstunden in Deutschland

3.000 2019 wurden gerade einmal 3.00 digitale Sprechstunden durchgeführt.

2.670.000 Mit der Pandemie in 2020 stieg die Stundenanzahl um das 900-Fache.

30 % Seit April dieses Jahres sind Videosprechstunden wieder nur begrenzt möglich. Die Leistungmenge wurde auf kaum ein Drittel beschränkt.



Telemedizin ergänzt, verbessert und sichert die Versorgung dauerhaft

Telemedizin hat erhebliche Potenziale auf verschiedenen Wegen die Versorgungslandschaft in Deutschland zu ergänzen, verbessern und Potenziale erheblich zu steigern:

Telemedizin als Chance für den ländlichen Raum

Der gezielte Einsatz von Telemedizin in regionalen Räumen kann einen Beitrag zur Sicherstellung und Ergänzung der Versorgung im ländlichen Raum leisten. Telekonsiliarische Netzwerke z. B. zwischen ländlichen Hausartzpraxen und einer im Krankenhaus angesiedelten Radiologie sorgen für den schnellen Zugang zur fachärztlichen Expertise und stärken dabei die Versorgungsstrukturen vor Ort im Land. Der gezielte Einsatz von Telekonsilen sorgt für einen schnelleren Zugang der Landärztinnen und Landärzte zur Geburtshilfe, Dermatologie, Unfallchirugie und verhindern dadurch Fehlverlegungen, Fehldiagnosen oder Doppelunteruchungen. Sie können Behandlungs- und Liegezeiten verkürzen und steigen somit die Lebensqualität der Patienten. Zudem werden lange und unnötige An- und Abfahrtszeiten bei z. B. einfachen Behandlungssituationen vermieden, was besonders für immobile Patienten eine deutliche Entlastung darstellt. So wird die Behandlung von Patientinnen und Patienten vereinfacht und mehr Zeit für die aktive Behandlung geschaffen.

Steigerung der Effizienzen und Senkung der Kosten durch Telemedizin

Neben der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten, kann Telemedizin auch die Ausgaben insgesamt im Gesundheitssystem senken. Eine kürzlich veröffentlichte Studie, attestierte dem deutschen Gesundheitswesen ein Einsparpotenzial durch die konsequente Nutzung von Telekonsultationen oder Fernüberwachung in der Höhe von 12,0 Milliarden Euro. [2]

Durch den Einsatz von Telemedizin z. B. im dermatologischen Bereich können frühzeitig durch Präventionsangebote Krankheiten verhindert oder durch intensiveres Screening früher erkannt und behandelt werden. Zudem gibt es noch viel Potenzial beim Einsatz in Disease Management Programmen (DMPs) und bei der Behandlung von chronisch Erkrankten. [3] Die Überwachung von Vitalparametern bei chronischer Herzinsuffizienz aus der Ferne durch Telemonitoring, vor allem jedoch die gezielte und zeitnahe Anpassung der Therapie, verhindert Dekompensationen steigert die Lebenserwartung von Patienten und sorgt im Allgemeinen für eine reduzierte Hospitalisierungsrate. Die *Fontane-Studie* der *Charité* [4] aus dem Jahr 2018 belegt dies eindeutig. Obwohl Telepflege in der Pflegepraxis derzeit bisher kaum eine Rolle spielt, zeigt die IGES Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung [5] aus dem Jahr 2021 das erhebliche Potenzial telepflegerische Unterstützung z. B. im Wundmanagement mittels Smartphones.

Telemedizin: Weit mehr als eine Videosprechstunde

Der Einsatz von Telemedizin in der Versorgung ist vielfältig: von der Videosprechstunde, der telekonsiliarischen Befundbesprechung bis hin zum komplexen Telemonitoring sind die Anwendungsfälle und Szenarien höchst unterschiedlich und flexibel einsetzbar. Es ist daher wichtig ein gemeinsames Verständnis der verschiedenen telemedizinischen Versorgungsformen zu haben:

- **Telekonsil**
  Das Telekonsil ist dadurch gekennzeichnet, dass Ärztinnen und Ärzte einer oder mehrerer Fachrichtungen die Möglichkeit haben, sich zeitgleich oder zeitversetzt über Informations- und Kommunikationstechnologien über Befunde, mögliche interdisziplinäre Therapieoptionen, über Mehrwertdienste (Videokonferenz, Bilddaten, Therapieprotokolle) digital auszutauschen. Das geteilte Fachwissen vereinfacht es z. B. Befunde zu bewerten, um schnellstmöglich Diagnosen sowie Behandlungsstrategien aufstellen zu können. [6]

- **Telemonitoring**
  Durch das Telemonitoring können Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal räumlich versetzt ihre Patienten bzw. ihre Vitalparameter, wie Blutdruck, Puls, Blutzuckerspiegel, Körpertemperatur und -gewicht überwachen. Der medizinische Mehrwert entsteht durch die zielgerichtete und oft raschere therapeutische Intervention, die aus den Ergebnissen des Monitorings abgeleitet wird. Unterschiedliche Werte werden z. B. durch Patienten mit Messgeräten oder Implantaten erfasst oder die Ergebnisse und Symptom-Fragebögen in Apps oder ihre Patientenakte einpflegen. Die Gesundheitsdaten werden dann an ein telemedizinisches Zentrum, Krankenhaus oder zu einer Arztpraxis weitergeleitet. Mithilfe dieser Daten können, gesundheitliche Entwicklungen schneller erkannt und behandelt werden. [7] [8]

- **Telenotarzt**
  Mithilfe einer verschlüsselten Verbindung können sich Fachärzte mit dem Rettungsteam unabhängig vom Einsatzort zusammenschalten und ihre Expertise teilen. Zudem ist ein schriftlicher Austausch, wie z. B. zur Angabe von Medikamentendosen möglich. Daten aus Medizingeräten, wie EKG-Aufnahmen oder Blutdruckwerte können aus dem Rettungswagen in Echtzeit an den Arbeitsplatz des Telenotarztes übertragen werden. Des Weiteren kann die Besatzung mit BodyCam ausgestattet werden, um auch außerhalb des Rettungswagens mit dem Telenotarzt in Verbindung zu stehen. [9] [10]

- **Telepflege**
  Bei der Telepflege können Pflegekräfte unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien Informationen und Anleitungen mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, anderen beruflich Pflegenden und weiteren Fachakteuren wie Ärzten, Ergo-, Logo- oder Physiotherapeuten, Apothekern teilen. [11]

Ein Blick über den Tellerrand
Telemedizin im Vergleich

Während in Deutschland die Einführung telemedizinischer Anwendungen noch stockt, haben Gesundheitssysteme anderer Länder diese Form der Versorgung bereits zum Teil oder sogar in Gänze in den Versorgungsalltag integriert. Im Vergleich zu anderen Ländern liegt Deutschland, gemessen am Grad der Nutzung, Integration und Vergütung von Telemedizin und Telekonsil im unteren Mittelfeld. [12] Zeit also, einen kurzen Blick über den Tellerrand zu werfen und zu evaluieren, wie andere Länder Telemedizin integriert haben:

Frankreich: Förderung der Telemedizin in der COVID-Pandemie

Für die Telemedizin wurde im Jahr 2018 ein erster Rechtsrahmen verabschiedet. Dieser erlaubt es, den medizinischen Fachkräften, Patienten kostenpflichtige Videokonsultationen anzubieten, sofern sie eine sichere Videoübertragungslösung verwenden und im Vorjahr eine physische Konsultation mit dem Patienten durchgeführt haben. Zur Unterstützung der Anschaffung und Implementierung der erforderlichen technologischen und dienstleistungsbezogenen Lösung wurden 350 Euro in die *»Forfait-Struktur«* (Pauschalbetrag zur Unterstützung neuer Organisationen in der Primär- / Sekundärversorgung) aufgenommen. Die Umsetzung dieser Regelung hat jedoch nicht zu einer massiven Ausweitung der Telemedizin geführt. Der Beginn der COVID-Pandemie erforderte eine Änderung der Reichweite. Die Behörden entschieden über die Aussetzung von Beschränkungen (für frühere Interaktionen mit Patienten und die Verwendung spezifischer Lösungen), um sicherzustellen, dass die Nutzung der Telemedizin tatsächlich zunimmt. Diese 12-monatige Aussetzung führte zu Änderungen der Rahmenbedingungen für die Telemedizin:

- Einführung einer Obergrenze von 20 Prozent für telemedizinische Aktivitäten / Gesamtaktivitäten.
- Zulassung von Patienten, die den Vertretern des Gesundheitswesens bereits bekannt sind, jedoch ohne Verpflichtung zu einer vorherigen physischen Konsultation im letzten Jahr.
- Keine Einschränkung (geografische Lage oder Vorkenntnisse) für Patienten in Regionen mit geringer medizinischer Versorung.

  Die finanzielle Unterstützung für Ärzte des Gesundheitswesens bei der Anschaffung und Implementierung von Videoübertragungsinstrumenten blieb unverändert, aber es wurden zusätzliche finanzielle Anreize eingeführt, um die Akzeptanz digitaler Lösungen durch Ärzte des Gesundheitswesens und die Nutzung der nationalen elektronischen Gesundheitskarte zu beschleunigen.

USA: Regionale Ressourcenzentren zur Förderung von Telemedizin

Die *Health Resources and Services Administration (HRSA)* finanziert regionale Ressourcenzentren *(Telehealth Resource Centers – TRCs)*. Organisationen, die telemedizinische Dienste anbieten oder in Zukunft anbieten möchten, werden von diesen unterstützt, aufgeklärt und mit Informationen versorgt.

Nach Angaben der *American Telemedicine Association* bieten mehr als 60 Prozent der Krankenhäuser in den USA telemedizinische Dienstleistungen an. Stark verbreitet sind sogenannte Doc-on-Demand-Plattformen, bei denen eine zeit- und ortsunabhängige Kom-

munikation zwischen Ärzten und Patienten vermittelt werden kann. Neben videobasierten Face-to-Face-Gesprächen können auch digital Vitalwerte vom Arzt abgerufen und Rezepte ausgestellt werden. Allgemein steigt in der US-Bevölkerung das Interesse an telemedizinischen Anwendungen, was unter anderem durch lange Wartezeiten auf Termine in Praxen und Krankenhäusern befördert wird. [13] [14]

Israel: Das MOMA als Telemedizinisches Versorgungszentrum

In Israel existiert ein multidisziplinäres Gesundheitszentrum – das *MOMA*, das 2012 von der *HMO Maccabi HealthCare Services* gegründet wurde. Das Zentrum hat sich auf komplexe chronische Erkrankungen wie Diabetes, COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung), chronische Herzinsuffizienz oder Krebs spezialisiert und bietet vor allem telemedizinische Leistungen für Patientinnen und Patienten an. Dieses Konzept soll helfen die Versorgung im ländlichen Raum zu optimieren aber auch Patienten in der Stadt die Möglichkeit geben, nicht immer direkt den Arzt in seiner Praxis aufsuchen zu müssen. Durch *MOMA* kann der Patient jederzeit durch eine Telefon- und Videohotline Kontakt zum Pflegepersonal aufnehmen. Beispielsweise erfolgt hierüber eine Begutachtung von Wunden oder die Patienten werden beim Spritzen, vom Insulin angeleitet oder beim Messen des Blutdrucks unterstützt. [15]

Schweden: Die Digitale Sprechstunde gleichgestellt mit einer Vor-Ort-Beratung

Die E-Health-Behörde wird in Schweden über ein separates Budget finanziert. Von den Versicherern werden digitale Dienstleistungen genauso wie die konventionellen Dienste übernommen. Beispielsweise erhalten Ärzte in der Region Stockholm für eine Videokonsultation den gleichen Betrag wie für einen Praxisbesuch. Auch Patientinnen und Patienten muss mit keinen Mehrkosten bei digitalen Leistungen rechnen. Bei beiden Varianten ist eine Praxisgebühr von umgerechnet 20 Euro zu zahlen. Ob eine Online-Konsultation sinnvoll ist oder eher vermieden werden sollte, soll zukünftig per Richtlinien bestimmt werden. [16]

Telemedizin in der Versorgung
11 Schritte zur Umsetzung des Koalitionsvertrages

Mit der Verabschiedung des Koalitionsvertrags, haben die Ampelkoalitionäre ein starkes Bekenntnis zur Telemedizin als integralen Bestandteil der Versorgung gesetzt, die nun regelhaft für Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung ermöglicht werden soll. Den Ausbau der Telemedizin voranzutreiben ist sehr zu begrüßen, denn trotz aller Vorteile für Ärzte, Patienten und das Gesundheitssystem existieren in Deutschland weiterhin noch wesentliche Hürden, die eine Integration dieser digitalen Behandlungsform als festen Bestandteil in den Praxisalltag über die Pandemie hinaus nicht fördern:

1. Gleichstellung der Vergütung und Abrechnung der Videosprechstunde mit Vor-Ort-Beratung:

Im Zuge der Corona-Pandemie wurde die Begrenzung der abrechenbaren Videosprechstunden auf 20 Prozent der monatlichen Patientenkontakte vorübergehend aufgehoben. Die Begrenzung wurde im Zuge des DVPMG und einer G-BA Entscheidung im April 2022 auf 30 Prozent wieder eingeführt. Nach dem aktuellen Erfolg der Online-Konsultationen bei Ärzten und Patienten ist eine Rückkehr zur Obergrenze das falsche Zeichen. Die Begrenzung ist daher dauerhaft aufzuheben, um die Videosprechstunde im Versorgungsalltag zu etablieren. Zudem ist die Chronikerpauschale in der Telemedizin nicht voll abrechnungsfähig. So darf aktuell maximal einer der drei erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakte via Videosprechstunde stattfinden. Dies steht einer kontinuierlichen Betreuung von Chronikern via Videosprechstunde entgegen.

Eine künstliche und aus der Luft gegriffene Mengenbegrenzung ist weder sinnvoll noch wissenschaftlich untermauert. Die medizinische und therapeutische Notwendigkeit sollte der Maßstab für telemedizinische Services bei Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sein für Ärztinnen und Ärzte und für Leistungserbringer aus dem Heilmittelsektor.

2. Vereinfachung der Abrechenbarkeit der Leistungen

Laut aktueller Vergütungsvereinbarung (EBM) müssen Patienten nach der Videosprechstunde noch im selben Quartal vor Ort in die Praxis kommen, sonst droht ein Abschlag von bis zu 30 Prozent. Diese Regelung ist weder zeitgemäß noch sinnvoll. Dies macht die Nutzung der Videosprechstunde für viele Ärztinnen und Ärzte bewusst unattraktiver. Die Abrechenbarkeit der einzelnen Leistungen bzw. Behandlungsfälle, die mit einer digitalen Sprechstunde abrechenbar sind, sind für die Leistungserbringer zu komplex und müssen vereinfacht werden. Die Möglichkeit des Bewertungsausschuss neue telemedizinische Anwendungen in die Regelvergütung aufzunehmen, ohne langjährige wissenschaftliche Evaluierung durch das DVPMG, sind ein erster Schritt in die richtige Richtung zur Vereinfachung der Abrechenbarkeit.

3. Digitale Infrastruktur als Grundvoraussetzung für Telemedizin

Damit die Telemedizin ihren vollen Nutzen sowohl im ländlichen Raum als auch an Kliniken entfalten kann, braucht es eine flächendeckende Netzabdeckung. Dies ist besonders für »nicht-stationäre« Arbeitsplätze wie in der ambulanten Pflege von großer

Bedeutung. Haus- und Landärzte können ebenso vom mobilen Zugriff auf die elektronische Patientenakte profitieren. Rettungskräfte und Notärzte können ebenfalls mobil Zugriff auf die Notfalldaten erhalten. Vorraussetzung hierfür ist eine flächendeckende und belastbare digitale Infrastruktur: sowohl beim Breitband- / Glasfaserausbau als auch beim 5G Mobilfunkstandard. Krankenhäuser, MVZs und Arztpraxen müssen beim Breitbandausbau zur Aufrechterhaltung der Versorgung vorrangig behandelt werden.

4. Aufnahme der Videosprechstunde in die DEGAM-Leitlinien

Eine Aufnahme der Videosprechstunde in die Leitlinien der Allgemein- und Familienmedizin kann die Einsatzmöglichkeiten besonders für die Ärzte transparenter machen.

Viele Ärzte wissen derzeit nicht, für welche Indikation oder welchen Besuchsgrund sie alternativ eine Videosprechstunde anbieten können; hier brauchen wir klare Rahmenbedingungen zum Potenzial und zu den Grenzen vom Einsatz der digitalen Sprechstunden. Die dazugehörige Kommunikation sowie entsprechende Trainings helfen bei der Eingliederung der Online-Konsultation in die Praxisprozesse.

5. Aufklärung und Fortbildung zum Einsatz der Telemedizin

Aktuell herrscht in vielen Arztpraxen Unkenntnis, für welche Behandlungssituation und Patienten sich eine telemedizinische Behandlung eignet und wie eine korrekte Abrechnung dieser Leistung erfolgt. Eine einheitliche Kommunikation und eine bessere Verpflichtung zur Aufklärung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), der Facharztverbände und der maßgeblichen Verbände der sonstigen Leistungserbringer und Pflege zu geeigneten Einsatzformen (z. B. als Erstgespräch, Befundbesprechungen, Nachsorge etc.) schafft Klarheit zum gezielten Einsatz der Videosprechstunde. Die Schaffung neuer Schulungs- und Fortbildungsformate, die Ärzte und Praxispersonal zu den aktuellen Abrechnungsstandards nach GOP und GOÄ und Fördermöglichkeiten der KBV (zukünftig ggf. auch der KZBV) unterrichten, setzen zudem die nötigen Anreize für eine Fortbildung in diesem Bereich. Die Teilnahme könnte an den Erhalt von Fortbildungspunkten und -zertifikaten gekoppelt werden.

6. Anbindung der Telemedizin an die Telematikinfrastruktur: Digitales Ökosystem für Plattformen mit Schnittstellen schaffen

Telemedizinische Anwendungen machen nur Sinn, wenn sie im Kontext der Versorgung stattfinden – deswegen müssen Anwendungen wie die ePA, das eRezept oder die eAU auch im Kontext der digitalen Sprechstunden bzw. Telemedizin geöffnet werden. Ziel sollte es sein, eine anwendungsübergreifende Integration von Diensten und Anwendungen zu ermöglichen, ohne eine direkte Überführung in einen gesetzlich mandatierten Fachdienst der TI oder gar die Schaffung einer staatlichen Plattform oder eine zentrale Lösung über eine Leistungserbringerorganisation. Standardisierte Schnittstellen sollen ermöglichen, dass Anwendungen wie das eRezept oder die eAU z. B. aus proprietären Systemen weitergeleitet werden können, wenn das von Patienten erwünscht ist.

Ebenso müssen bei der Ausarbeitung und Einführung digitaler Identitäten, Telemedizin-Anbieter frühzeitig mit in der Gestaltung der Spezifikation eingebunden werden. Digitale Identitäten haben das Potenzial im Bereich der Authentifizierung und Verifizierung der Telemedizin für Patienten und Ärzte erheblich zu erleichtern. Ein frühzeitiger Zugang zu einem Testsystem, um diese ausführlich vor dem Rollout zu testen, ist ebenso wichtig.

7. Flächendeckende Förderung und Ausweitung der Telepflege

Der Bereich der telemedizinischen Assistenz wird zurzeit lediglich punktuell in einzelnen Pilotprojekten gefördert, beispielsweise im Projekt »Videosprechstunde im Pflegeheim« der AOK. Eine rasche Ausweitung des An-

satzes auf regionale und schlussendlich nationale Ebene wäre wünschenswert, um Versorgungslücken, insbesondere auf dem Land, nachhaltig zu schließen. Dafür erforderlich sind klare Richtlinien zum Einsatz, ggf. auch in Kooperation mit der DEGAM und eine Abrechenbarkeit der entsprechenden Leistungen. Die Ergebnisse und Berichte vieler Pilotprojekte und Modellvorhaben zeigen, dass eine Ausweitung der Videosprechstunde und telemedizinischer Assistenz auf die ambulante Pflege sinnvoll ist. Die Einsatzmöglichkeiten sind auch hier vielfältig:

- Onlinesprechstunde: direkt Kontakt mit Angehörigen und Patienten
- Fachpflegekonsil: Fachpflegerisches Wissen aus der Ferne an den Ort bringen. Beispielsweise PDL, Hygiene, Palliativ- oder Wundversorgung
- Telekonsultation: Kontakt mit Ärzten oder Telemedizinern
- Telepflege für Auszubildende: Anleitung, Delegation und Begleitung in der Ausbildung

8. Integrierte Versorgung durch Telemedizinische Zentren (TMZ) verwirklichen

Telemedizinische Zentren wie z. B. in *Bad Kissingen* bieten bereits heute ein intersektoral- und -disziplinär arbeitendes Angebotsspektrum. Ziel solcher Zentren ist es, die medizinsche Versorgung sowohl im ländlichen wie 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. Laut *Charité* müssten allein in Deutschland und nur im Bereich der Chronischen Herzinsuffizienz 200 Telemedizinzentren aufgebaut werden, um pro Zentrum 500 bis 750 Patientinnen und Patienten täglich klinisch zu bewerten und geeignete Therapiemaßnahmen einzuleiten. [17] Dies zeigt die Mächtigkeit allein dieses Handlungsfeldes digitaler Medizinangebote.

9. Telenotarzt

Holistisch denkende Telenotarzt(TNA)-Systeme unterstützen an verschiedenen Orten (z. B. Aachen, Bayern, Greifswald) den klassischen Rettungsdienst. Mithilfe Realtime-Datenübertragung (Sprache und Daten) ist der Telenotarzt in die Versorgung von Notfallpatienten eingebunden. So entstehen qualitätsgesicherte Zeit- und Erstbehandlungsvorteile. Schon das Profil des Telenotarztes zeigt die Notwendigkeit digitaler Werkzeuge und deren Beherrschung auf. Laut TNA-Curriculum der *Ärztekammer Westfalen-Lippe* (Münster 2020) nutzt der Telenotarzt sämtliche verfügbaren therapierelevanten Informationen, die neben den verbalen Schilderungen zum Zustand des Patienten auch die aktuell übertragenen Daten (Vitalparameter und Echtzeitkurven) der eingesetzten medizintechnischen Geräte umfassen. Dabei ist dem Datenschutz ebenso Augenmerk zu widmen wie der technischen Umsetzung und dem Ausbildungsstand aller im Notarztdienst involvierten Personen. Die praktischen Umsetzungen sind beeindruckend und zeigen sowohl die Leistungsfähigkeit interoperabler Systeme wie auch die Notwendigkeit anhaltender Verbesserungen bzw. Nachschärfungen von Prozessen, Rechtsrahmen, technischen Umsetzungen und Ausbildungsgängen. Laut *Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, Klinikum der Universität München*, und *Ludwig-Maximilians-Universität, München,* bietet das Gesamtkonzept Telenotarzt den sich ändernden Herausforderungen im präklinischen Gesundheitssystem zusätzliche Chancen und eröffnet neue Möglichkeiten einer Patientenversorgung, die den aktuellen Anforderungen

Rechnung trägt. [18] Es lohnt sich deshalb ein zügiger Ausbau solcher Systeme.

10. Neue Innovations- und Vergütungswege denken

Im Gesundheitswesen gilt grundsätzlich das Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V). Aus diesem Grund sind neben gesundheitlichen Vorteilen auch ökonomische Aspekte zur Nutzung effizienter Verfahren besonders interessant. Der Nachweis ökonomischer Vorteile telemedizinscher Projekte ist an Routinedaten außerhalb von gesundheitsökonomischen Studien schwierig zu führen. Dies liegt z. B. an unterschiedlichen Vergütungssystemen im ambulanten und stationären Sektor, an unterschiedlichen Kostenträgern sowie den langfristigen Zusammenhängen zwischen Prävention oder Lebensstiländerung und positiven Auswirkungen gesundheitsbezogenen Outcomes wie Lebensqualität, Überlebenszeiten etc.

Hier ist ein neuer Zugang zur gesundheitsökonomischen Betrachtung notwendig. Wenn Methoden (z. B. Überdrucktherapie ...) ihre grundlegenden medizinischen Vorteile mit hinreichender Evidenz belegt und aufgrund der gesundheitsökonomischen Nutzenbewertung Eingang in die Routineversorgung gefunden haben, sind kleinteilige ökonomische Nutzenbewertungen nicht geeignet. Telemedizinische Verfahren ermöglichen entweder den Zugang für bislang unterversorgte Gruppen oder Regionen, beseitigen strukturelle Defizite oder entfalten die ökonomische Wirksamkeit im Langzeitnutzen oder durch Skaleneffekte.

Genau diese Effekte können jedoch nicht durch prospektive Studien belegt werden. Hier muss der Ansatz zur qualitätsbezogenen Vergütung in einer Kriterienkaskade und zeitlichen Abfolge von Struktur- über Prozess- zu Ergebnisqualität gehen. Nur so können Verbesserungen der Versorgungsqualität und Skaleneffekte synchron realisiert werden.

11. G-BA Empfehlungen zur Verstetigung von Innovationsfondsprojekten umsetzen

Der G-BA hat für eine Reihe von telemedizinischen Projekten, beispielsweise in der Intensivmedizin, einen klaren Patienten- und Qualitätsnutzen identifiziert und die Überführung in die Regelversorgung empfohlen. Die Umsetzung sollte nach positiver Evaluation innerhalb einer klaren Frist erfolgen – eine Zwischenfinanzierung durch ein Digitalisierungsbudget könnte eine Lösung sein.

Die Patienten haben ein Recht auf zeitgemäße Services

Dies kann nicht nur Finanz-, Telefon- und andere Dienstleistungen gelten. Auch im medizinischen Umfeld erwarten Patienten digitale Services – und sind teilweise bereit, dafür zu bezahlen. Mit Geld und/oder mit Daten. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V gibt quasi die Reihenfolge vor: digital vor ambulant vor stationär.

Meinungen von Expertinnen und Experten

Telemedizin in der Intensiv- und Notfallmedizin, Prof. Dr. Gernot Marx 24

Bitte keine neue Versorgungsebene!, Ulrich Weigeldt 26

Wie Digitalisierung sowohl Patienten als auch Ärzte unterstützen kann, Dr. Hans-Jürgen Beckmann 28

Telemedizin hat viel Potenzial – wenn die Rahmenbedingungen stimmen, Nadja Pecquet 32

Telemedizin ist nur ein Baustein – Die Zukunft der digitalen Vernetzung, Dr. Markus Leyck Dieken 35

Telemedizin in der ambulanten Versorgung, Dr. Hiwa Dashti 36

Für eine aktive Einbindung der MFA bei Entwicklung der Telemedizin, Hannelore König 38

Telemedizin als Medium einer patientenorientierten Versorgung, Thomas Ballast 40

Die Telemedizin bietet Nutzen und Risiko für die Patientensicherheit, Constantin Grosch 41

Wir brauchen einen Schub bei der Digitalisierung und Datennutzung, Matthias Mieves 42

Telemedizin am Beispiel der Notfallversorgung, Dr. Janosch Dahmen 44

Aufrechterhaltung der Dynamik beim Ausbau der Telemedizin, Maximilian Funke-Kaiser 46

Telemedizin in Deutschland – Noch immer ein zartes Pflänzchen, Anne-Kathrin Klemm 48

Die nächste Generation: Telemedizin aus Sicht Medizinstudierender, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland 50

Telemedizin in der Intensiv- und Notfallmedizin

Prof. Dr. Gernot Marx

Anästhesist und Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

Welche Chancen sind für Sie in Ihrem Versorgungsalltag und für Ihre Patientinnen und Patienten mit der Telemedizin verbunden?

Wir haben seit über zehn Jahren in zahlreichen Projekten die Telemedizin in der Intensivmedizin evaluiert. In der, nach meinem Kenntnisstand, größten Telemedizin-Studie Europas, dem *TELnet@NRW-Projekt*, wurden Daten von nahezu 160.000 Patientinnen und Patienten erfasst. Davon gehörten über 10.000 in den intensivmedizinischen Bereich. Rund um die Uhr standen Expertinnen und Experten für Beratungen, insbesondere im Bereich Infektiologie und Intensivmedizin, zur Verfügung. Durch dieses Angebot konnten wir einen signifikanten Anstieg der qualitätsgesicherten Versorgung bei tödlichen Infektionen erreichen. Die Sterblichkeit der Sepsis wurde beispielsweise um fünf Prozent reduziert.

In welchen Anwendungsgebieten sehen Sie besonders großes Nutzenpotential durch telemedizinische Lösungen?

Die Telemedizin ist für nahezu alle Fachbereiche sehr geeignet, besonders aber in der Intensivmedizin, da diese sehr parameterbasiert ist. Dies ermöglicht die zeitgleiche Betrachtung der Daten. Aber auch für die Versorgung von seltenenen Erkankungen sind telemedizinische Anwendungen ideal, weil so geschickt Patienten und Experten zusammengeführt werden können. Ich glaube, hier kann man sowohl in der Diagnose als auch in der kontinuierlichen Betreuung unheimlich viel über Telemedizin erreichen.

In welchem Gebiet erhält Telemedizin aktuell noch zu wenig Aufmerksamkeit?

Das betrifft bedauerlicherweise fast alle Bereiche. Es gibt immer eine bestimmte Aufmerksamkeit, wenn Projekte erfolgreich durchgeführt werden. Sobald das Projekt vorüber ist, haben wir das Problem der Überführung in die Regelversorgung. Bislang ist lediglich die Schlaganfallversorgung in der Regelversorgung angekommen. Darüber hinaus gibt es auch im Bereich der Herzsuffizienz positive Entwicklungen in der Telemedizin.

In welchem Bereich hat Telemedizin noch Verbesserungsbedarf?

Grundsätzlich gibt es immer Verbesserungsmöglichkeiten. Technologisch, von den Schnittstellen und von der Usability – die Versorgung muss insgesamt leichter werden und es soll selbsterklärend funktionieren. Da sind wir eigentlich schon auf einem guten Weg.

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz gibt es die Hoffnung, dass bestimmte notwendige Investitionen breitflächig getätigt werden können, um eben hier auch die infrastrukturellen Voraussetzungen zu schaffen, etwa WLAN im Intensivbereich. In den letzten vier Jahren hat sich aber unglaublich viel getan. Dies

betrifft vor allem die Interoperabilität. Was das angeht, sind wir auf einem guten Weg. Auch die industriellen Partner haben diesbezüglich viel geschafft.

Was muss aus Ihrer Sicht die Politik im Bezug auf Telemedizin beachten?

Es fehlt die Verbindlichkeit. Das gilt für die Umsetzung von Empfehlungen des Innovationsfonds-Ausschusses zur Überführung von neuen Versorgungsräumen oder zumindest wirksamen Teilen des Versorgungsraums in die Regelversorgung durch den jeweiligen Adressaten. Hier besteht ein großer Konkrektiesierungsbedarf, um notwendige sowie reale Veränderungen zu erreichen. Wir wollen, dass die Versorgung nicht nur aufrechterhalten wird, sondern dass sie sich verbessert. Aufgrund der epidemiologischen Sachlage, und das ist, glaube ich, den meisten noch gar nicht klar, werden wir in den nächsten zehn Jahren sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich signifikant weniger Versorger haben. Parallel dazu aber viel mehr Patienten, die zu versorgen sind. Dieser Spagat wird ohne Telemedizin und Digitalisierung nicht zu schaffen sein. Diese Brisanz erkennen viele noch nicht. Wir müssen die Zeit nutzen, damit wir die Voraussetzung für erfolgreiche telemedizinische Anwendungen etablieren und somit diese Aufgabe erfolgreich bewältigen können.

Inwieweit unterscheidet sich die Verbreitung von Telemedizin zwischen den medizinischen Fachrichtungen?

Die Telemedizin ist inzwischen in sehr vielen Fachbereichen angekommen. Es gibt umfangreiche digitale Projekte und Initiativen, zum Beispiel in der Neurologie.

Insbesondere für die Bereiche, die die akute Versorgung von schweren Erkrankungen betreffen, zum Beispiel Intensiv- und Notfallmedizin und Neurologie, ist eine schnelle telemedizinische Abstimmung wichtig.

Bitte keine neue Versorgungsebene!

Ulrich Weigeldt

Bundesvorsitzender Deutscher Hausärzteverband e. V.

In der Corona-Pandemie hat die Verbreitung der Telemedizin auch in der hausärztlichen Versorgung deutlich zugenommen – insbesondere der Videosprechstunde. Und in der Tat, können telemedizinische Angebote die Versorgung verbessern. Sie tun dies vielerorts bereits.

Die aktuelle Diskussion vernachlässigt jedoch allzu häufig den vielleicht entscheidenden Aspekt dabei, nämlich die Frage, wie telemedizinische Anwendungen in bestehende Versorgungsprozesse integriert werden können. Oftmals hat man das Gefühl, dass es darum geht, eine neue Versorgungsebene zu etablieren. Manche Akteure, insbesondere aus der Industrie, fordern dies auch unumwunden. Eine solche wäre jedoch genau der falsche Weg.

Wenn wir in den letzten Jahrzehnten eines gelernt haben, dann, dass es im deutschen Gesundheitswesen nicht weniger, sondern mehr Koordination braucht. Viel zu oft, agieren verschiedene Akteure parallel, ohne dass der eine weiß, was der andere macht. Eine Folge ist, dass kaum ein anderes Land so viele Arzt-Patienten-Kontakte hat wie Deutschland – nicht immer zum Wohle der Patientinnen und Patienten und der Versorgungsqualität.

Auch die Inanspruchnahme telemedizinischer Versorgungsangebote muss koordiniert werden. Patientinnen und Patienten brauchen jemanden, der den Überblick über den gesamten Versorgungsprozess behält. Diese Rolle können nur die Hausärztinnen und Hausärzte einnehmen. Gemeinsam mit ihren Patientinnen und Patienten, können sie am besten einschätzen, wann eine Ergänzung der Versorgung durch Telemedizin sinnvoll ist. Beispiel Videosprechstunde: Die Vorstellung, dass Patientinnen und Patienten pauschal durch Videosprechstunden in telemedizinischen Versorgungszentren »vorsortiert« werden können, widerspricht nicht nur massiv dem Wunsch der meisten, es ergibt auch aus versorgungspolitischer Sicht keinen Sinn. Die Folge wäre, dass es eine telemedizinische

Versorgung neben der ambulanten und stationären Versorgung gäbe. Genau das brauchen wir jedoch nicht! Unabhängig davon stellt sich die Frage, wie viele Behandlungsanlässe durch Videosprechstunden abschließend geklärt werden können, insbesondere, weil es gerade bei Hausarztbesuchen häufig mehrere Beratungsanlässe gleichzeitig gibt. Die Zahl dürfte bei genauer Betrachtung deutlich niedriger liegen als oftmals behauptet.

Stattdessen müssen telemedizinische Angebote situativ von den Hausärztinnen und Hausärzten in den Versorgungsprozess eingebunden werden können. Dies geschieht auch heute schon. Dabei kann es sich um die Besprechung von Blutergebnissen oder einen Routinetermin für chronisch Erkrankte handeln, bei denen keine körperliche Untersuchung notwendig ist.

Potenzial bietet auch die regelhafte Übertragung von Vitalparametern an die Praxis. Statt handgeschriebener Listen mit Blutdruckwerten, kann so ein kontinuierliches Monitoring sichergestellt werden. Die Hausärztinnen und Hausärzte können bei Bedarf dann direkt eingreifen. Das wäre eine konkrete Verbesserung der Versorgung von Chronikern, ohne dass die Prozesse weiter fragmentiert werden.

Wie Digitalisierung sowohl Patienten als auch Ärzte unterstützen kann

Dr. Hans-Jürgen Beckmann

Facharzt für Chirurgie / Visceralchirurgie / Phlebologie, Mitglied im Vorstand des Ärztenetzes MuM – Medizin und Mehr eG

Welche Chancen sind für Sie in Ihrem Versorgungsalltag und für Ihre Patienten mit der Telemedizin verbunden?

Betrachtet man Telemedizin als das, was sie ist, nämlich nur ein neues Werkzeug, mit dem alte, bewährte Diagnostik, Überwachung und Therapie digital durchgeführt und ihre Ergebnisse ebenfalls digital zwischen Ärzten und Patienten transferiert werden kann, ergeben sich die Vorteile schon aus der Technik an sich:

Daten können in großer Dichte und von Sprechzeiten unabhängig erhoben werden, um dann ggf. maschinell analysiert und die Ergebnisse blitzschnell an den behandelnden Arzt übertragen werden. Auf der Basis der erhobenen Daten können dann vice versa Einstellungen von Geräten über Distanzen nötigenfalls korrigiert werden, etwa Beatmungsregime angepasst oder Dosierungen von Medikamentenpumpen verändert werden.

Telemedizinisch erhobene Echtzeit-Werte erhöhen die Entscheidungssicherheit in kritischen Situationen. Gerade diesen Aspekt haben wir in der von uns im Ärztenetz *Medizin u. Mehr (MuM) Bünde* entwickelten Video-Sprechstunde *»elVi ®«* (heute: *CGM-elVi ®*) anhand parallel übertragener EKG Ableitungen ausprobiert. Es ist eben etwas anderes, ob jemand sagt: »Mein Herz stolpert«, und ich muss es ihm glauben, oder ob ich neben dieser Aussage auch noch gleich die Arhythmie im übertragenen EKG sehen kann.

Macht man sich diese verschiedenen Ansätze klar, liegen die Chancen auf der Hand: Ärzte sparen Zeit und (Praxis-) Ressourcen. Sie gewinnen Diagnosesicherheit durch höhere Datendichte ohne mehr Zeit für deren Auswertung zu benötigen, speziell dann, wenn Algorithmen sie bei deren Analyse unterstützen. Sie können ggfs. telemetrisch Geräteeinstellungen verändern und so Therapien ohne Zeitverzug optimieren.

Patienten können engmaschiger überwacht werden und fühlen sich dadurch intensiver betreut. Es gibt ihnen zusätzliche Sicherheit. Praxisbesuche können eingespart werden. Reaktionszeiten etwa bei nötigen Einstellungskorrekturen von Geräten werden verkürzt usw.

In welchen Anwendungsgebieten sehen Sie besonders große Nutzenpotenziale durch telemedizinische Lösungen?

Ich denke, dass jede Fachdisziplin bei Beschäftigung mit dem Thema ihre Anwendungsszenarien rasch finden wird. Für den Bereich der ambulanten Versorgung, den ich als Vorstand eines Ärztenetzes gut überblicke, sehe ich zum Beispiel Vorteile in der Überwachung chronisch kranker Patienten. Nehmen Sie etwa Diabetiker, bei denen ein kontinuierliches BZ-Monitorring stattfinden kann, oder Patienten mit Herzleiden, die mit entsprechenden Devices über lange Zeiten gut überwacht werden können. Gerade in diesem Bereich entziehen sich bestimmte Krankheiten gerne ihrer Diagnose, weil z. B. Herzrhythmusstörungen genau

dann nicht da sind, wenn die EKG-Untersuchung in der Praxis stattfindet. Beim Telemonitoring über einen längeren Zeitraum wird man diese Rhythmusstörungen aber aufdecken. Andererseits können gar Geräteeinstellungen – nehmen Sie Schrittmacher oder Insulinpumpen – telemetrisch vorgenommen werden.

Oder das weite Feld der Beatmung: In sog. Beatmungs-Wohngemeinschaften, wo ein dauerhaftes Monitoring der Vitalparameter nötig ist, kann mit Hilfe der Telemedizin einfach besser überwacht werden.

Ein weiteres Einsatzgebiet des Telemonitoring liegt in seiner Kombination mit der Videosprechstunde, mit der sich Ärzte, bis Corona kam, übrigens auch schwertaten. Befunde aus dem Telemonitoring wie Messwerte oder am Patienten mittels digitaler Spiegelinstrumente erhobene Bilddaten oder digital abgeleitete Herztöne können i. R. eines Videokonsils mit Spezialisten in entfernten Zentren geteilt und live besprochen werden. Zur Übertragung von digital erhobenen Bildern von Hals-, Nasen-, Ohrenbefunden nehmen wir im Übrigen ab Herbst 2022 an einer weltweiten Studie teil – hochgradig spannendes Thema für Regionen, in denen nicht an jeder Ecke ein HNO-Arzt zu finden ist.

Die Aufzählung könnte ich noch seitenweise fortsetzen. Wichtig ist, dass sich jeder einmal Gedanken zu seinem Arbeitsgebiet macht. Sie / er wird rasch Einsatzmöglichkeiten für das Telemonitoring finden.

In welchem Gebiet erhält Telemedizin aktuell noch zu wenig Aufmerksamkeit?

Ich würde nicht grundsätzlich sagen, dass Telemedizin in einem speziellen Gebiet zu wenig Aufmerksamkeit erhält. In jeder mir bekannten Disziplin der Medizin findet man mittlerweile die Protagonisten, die eine telemedizinische Einsatzmöglichkeit gefunden haben und erproben.

Das Problem ist in den Köpfen derer, die in ihrer Alltagsroutine stecken und sich nicht vorstellen können, sich durch Telemedizin zu entlasten oder ihre Performance zu verbessern. Sie haben oft auch nicht verstanden, dass Telemedizin keine neue medizinische Methode ist, sondern lediglich analoge bewährte medizinische Prozesse mit moderner digitaler Technik sicherer, schneller und umfassender möglich macht. Jedes EKG, jeder Blutzuckerwert, jede Rachen-, Ohren-, Augenspiegelung kann im Prinzip über die Distanz telemedizinisch erfolgen. Sicher müssen die Untersuchungsgeräte angepasst werden, heißt, ein digitales EKG im Taschenformat beim Patienten zu Hause, das durch Auflegen auf die Brust funktioniert, hat eben keine Ähnlichkeit mehr mit einem 12-Kanal EKG-Schreiber. Aber ein modernes Auto hat ja auch kaum noch Ähnlichkeit mit den ersten Autos vor 130 Jahren.

Aber davon, die telemedizinischen Möglichkeiten systematisch zu nutzen, sind die mir bekannten medizinischen Disziplinen in ihrer Gesamtheit noch meilenweit entfernt. Im Detail aber finden Sie in jeder Disziplin bereits die Protagonisten, die die Signale der Zeit erkannt haben.

In welchem Bereich hat Telemedizin noch Verbesserungsbedarf?

Telemedizin muss anwenderfreundlicher werden. Es gibt viele pfiffige Softwarelösungen, aber auch immer noch welche, bei der sich Informatiker zu wenig in uns Nicht-Informatiker hineinversetzt haben und bei der sich Untersucher und Patienten an die Software anpassen müssen, anstatt umgekehrt. Da müssen sich Softwareprodukte, auch wenn der eine oder andere das nicht hören will, z. B. an *Apple* messen lassen. Deren Health Produkte wie die Watch sind nutzerorientiert und intuitiv bedienbar.

Ferner muss die Infrastruktur zur Datenübertragung verbessert werden. Manche Gegenden sind nach wie vor Internetwüste, und dort kann natürlich Telemedizin ihre Möglichkeiten nicht entfalten.

Wünschenswert wären standardisierte Telemedizin-Plattformen, auf denen telemedizinische Angebote datensicher angeboten werden können. Einige solcher Lösungen sind in der

Entwicklung, aber in der Regel noch als Insellösung für bestimmte Projekte.

Was muss aus Ihrer Sicht die Politik in Bezug auf Telemedizin beachten?

Auch die Politik muss Telemedizin als das begreifen, was ich oben bereits ausgeführt habe, nämlich dass es sich um ein Instrument handelt, mit dem Ressourcen eingespart werden können und mit dem die im Gesundheitswesen Tätigen entlastet werden können. Wie in allen Berufen, hat das Gesundheitswesen großen Nachwuchsmangel in jedem Bereich, und wir werden in den nächsten Jahren und Jahrzehnten nicht darum herumkommen, digitale Lösungen zur Arbeitsbewältigung verstärkt zu nutzen. Hierfür muss Politik die Rahmenbedingungen schaffen, also zum Beispiel ein flächendeckendes 5G-Netz oder Glasfaser überall.

Des Weiteren muss die Politik verstehen, dass es nicht damit getan ist, Digitalisierung, also auch Telemedizin, zu »beschließen«. Diejenigen, die in der Fläche dann damit arbeiten müssen, müssen an die Hand genommen werden, d.h. geschult werden, z. B. von Ärztekammern und z. B. von regionalen Ärztenetzen. Diese Strukturen sind vorhanden. Dass man diese Schulungsleistungen aber nicht umsonst bekommen kann, versteht sich von selbst.

Ein persönliches Anliegen schließlich ist mir, dass die Politik genauer hinschaut, wo was gefördert wird. Es kann nicht sein, dass ein teures Projekt »Zur Untersuchung des Nutzens der Videosprechstunde« mit öffentlichem Geld noch in 2022 startet, wo die Videosprechstunde während der Coronapandemie längst ihre Praxistauglichkeit bewiesen hat. Projekte, bei denen die Lösung andernorts längst gefunden ist, sollten nur bei wirklich wichtigen ergänzenden Fragen neu aufgesetzt werden. Hier müssen Politik und Kostenträger genauer hinschauen, um Finanzmittel sparsamer und doch zielgerichtet zu verwenden.

Welchen Nutzenaspekt sollten Kostenträger und Politik besonders berücksichtigen und stärken?

Wie heißt es doch: Der Wurm muss dem Fisch schmecken und nicht dem Angler. Soll heißen: Die politisch geforderte »Patientenorientierung« ist ja im Ansatz richtig. Arbeiten mit der Technik müssen aber tagtäglich die berufstätigen Menschen im Gesundheitswesen. Und wenn Telemedizin für die Praxisteams und Mitarbeiter in den Krankenhäusern nur Mehrarbeit bedeutet, wird das nichts. Telemedizin muss daher zunächst einmal Entlastung für ihre Anwender bringen. Somit müssen die die ersten Ansprechpartner für Politik und Kostenträger sein, nicht die Patienten, auch wenn diese vordergründig zunächst mal das größere Wählerpotential darstellen.

Auch muss Telemedizin erlebbare Erleichterungen bringen, also z. B. echte Zeitersparnis oder echten Erkenntnisgewinn in der Diagnostik, und nicht den eintausendsten Blutzuckerwert ausweisen, nur weil er jetzt *just in time* messbar ist. Es erscheinen bereits heute Patienten in den Praxen mit langen Papierausdrucken der Messwerte ihrer Smart Watch, ohne dass die damit erhobenen Werte irgendeinen Mehrwert hätten. Wenn überhaupt bei dieser am Ende doch laienhaften Datensammlung wird erst dann ein Schuh daraus, wenn mir ein Analysetool sofort die 30 Sekunden dauernden Herzrhythmusstörungen, die morgens um 2.30 Uhr auftraten, aus den 50 Blatt Papier herausfischt. Politik und Kostenträger sollten sich daher bei der Bewilligung von Finanzmitteln meines Erachtens auf einfache praxisnahe Einsatzszenarien in der Anfangsphase konzentrieren. Ist erst einmal eine kritische Masse an überzeugten Anwendern erreicht, kommen die komplexeren Ansätze ganz von selbst hinzu.

Auch müssen Möglichkeiten geschaffen werden, alle Menschen mit den neuen digitalen Techniken zu erreichen, nicht nur junge EDV-affine Menschen oder Bildungsbürger. Herzprobleme nehmen mit dem Alter zu. Zeigen Sie mir aber einmal eine Werbung für Smart Watches etwa, die diese alten, kranken Menschen zeigt?

Sie sehen in der Regel dynamische Mittfünfziger abgebildet, gut gekleidet und gepflegt, Zeitung lesend oder lachend kommunizieren, munter mit den Enkeln spielend. Unsere Praxisrealität sieht definitiv anders aus. Es müssen daher meiner Meinung nach auch gezielt Konzepte gefördert werden, die telemedizinische Ansätze für sozial schwache, alleinstehende, beginnend zerebralsklerotische, schlecht sehende, schlecht hörende, inkontinente und eingeschränkt mobile Menschen erdenken. Telemedizinische Devices müssen nicht durch unbegrenzte Möglichkeiten, sondern durch Einfachheit überzeugen. Davon müssen Politik und Kostenträger u. a. die Vergabe von Finanzmitteln abhängig machen.

Schließlich sollten die Bürger auch in die Pflicht genommen oder durch Anreize – Stichwort: Bonusheft – motiviert werden, digitale Technik zu nutzen. Wenn die erste Konsultation im Gesundheitssystem möglichst digital erfolgen und dieses auch noch mit Bonuspunkten honoriert würde, könnten Bagatellen sofort erkannt und am langen Ende das gesamte medizinische Versorgungssystem von Praxis bis Krankenhaus entlastet werden.

Inwieweit unterscheidet sich die Verbreitung von Telemedizin zwischen den medizinischen Fachrichtungen?

Seit Januar können telemedizinische Leistungen bei bestimmten Patienten, die an einer Herzinsuffizienz leiden, von dafür zugelassenen Kardiologen abgerechnet werden. Das praktische Beispiel zeigt, dass zunächst Telemedizin in per se technisierten Fachgruppen zum Einsatz kommt, wo eben dauerhaft Vitaldaten erhoben werden müssen, um eine Erkrankung »im Griff zu behalten«. So gilt dieses etwa auch bereits für Diabetologen, die Daten aus den Messgeräten der von ihnen betreuten Patientinnen und Patienten übertragen bekommen.

Aber auch ein mir bekannter Hausarzt in einer sehr ländlichen Region im Osten Deutschlands nutzt das Telemonitoring zur Überwachung von Patienten mit kritischen Blutdruckwerten bzw. ihrer Einstellung. Da wo Telemedizin also fassbare Vorteile in der Alltäglichkeit bringen kann, wie hier Einsparung langer Anfahrtswege für Arzt wie Patienten, wird Telemedizin eher in den betroffenen Disziplinen zum Einsatz kommen als dort, wo der Leidensdruck fehlt.

Oder schließlich noch das Beispiel Schlafmedizin. Hier werden Mengen an Daten von Atemexkursionen und Sauerstoffspannung über Blutdruck bis hin zu EEG-Kurven erfasst, in Deutschland aufgrund rigider Rahmenbedingungen üblicherweise noch im Schlaflabor, verkabelt. Der Trend ist aber international außerhalb Deutschlands, diese Werte drahtlos zu Hause zu erheben und via Internet weiterzuleiten. Das entspricht auch viel eher der natürlichen Schlafsituation, als Schlafmessungen unter Laborbedingungen. Soll also heißen, dass bestimmte Disziplinen Telemedizin schon intensiver nutzen würden, wären da nicht noch die oft nicht mehr zeitgemäßen Bestimmungen von Kostenträgern, KVen und Kammern, wie diese Leistungen zu erbringen sind.

↘ MuM Bünde

Telemedizin hat viel Potenzial – wenn die Rahmenbedingungen stimmen

Nadja Pecquet

Geschäftsführerin der Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH

Welche Chancen sehen Sie mit Telemedizin verbunden?

Telemedizin birgt ein einzigartiges Potenzial zur Modernisierung der Arbeitskultur, zur qualitätsorientierten Versorgung und zur Neugestaltung der Ausbildung in allen Gesundheits- und mit Versorgung assoziierten Berufen. Die Telemedizin – würde ihr Potenzial in allen drei Bereichen voll ausgeschöpft – könnte dem steigenden und weiterhin drohenden Fachkräftemangel einiges von seinem Schrecken nehmen.

Allerdings steigt mit den Möglichkeiten der Telemedizin auch die Bedeutung von Qualitätsstandards. Sie sind wichtiger als je zuvor, um die medizinische und pflegerische Versorgung wohnortunabhängig auf einem hohen Niveau sicherzustellen und nicht durch Fehlanreize auf der einen und Kostendruck auf der anderen Seite zu kommerzialisieren.

In welchem Bereich hat Telemedizin noch Verbesserungsbedarf?

Von Verbesserungsbedarf kann noch gar nicht die Rede sein. Die Telemedizin steht insgesamt erst ganz am Anfang.

Die – fast durchweg relativ neuen – Finanzierungsinstrumente der Regelversorgung müssen sich erst beweisen. Erfahrungswerte gibt es kaum, die Unsicherheit ist groß, wie die Regularien umsetzbar sind. Die Um- und Neugestaltung von Prozessen, technische Fragestellungen, Fragen der Dokumentation, der vertraglichen Regelungen für Kooperationen, Datenschutz- und Haftungsfragen, Investitionsentscheidungen: Das alles muss praxisorientiert übereingebracht werden, bevor Telemedizin überhaupt eine Chance hat, flächendeckend zum Einsatz zu kommen.

Telemedizin findet nach wie vor ausschließlich trägerbezogen, projektbezogen, in abgeschlossenen Netzwerken, in bilateralen Kooperationen, in Abhängigkeit von IT-Herstellern, in Selektivverträgen – kurz – im Rahmen abgegrenzter Inseln statt. Jedes Mal verbunden mit hohen Entwicklungskosten und Kosten für die rechtliche und insbesondere datenschutzrechtliche Begutachtung. Ausrollen und Verknüpfen von bestehenden Ansätzen, Projekten und Initiativen, die ihren Nutzen bereits bewiesen haben? Fehlanzeige. Prägend sind Partikularinteressen, fehlende Koordinierung durch die zentralen normgebenden und kostentragenden Institutionen, die Orientierung an Legislatur- und Wahlperioden.

Erst wenn die Rahmenbedingungen klar und praktikabel sind und die notwendige Infrastruktur flächendeckend verfügbar ist, können sich telemedizinische Prozesse und eine neue Arbeitskultur entwickeln, um das Potenzial der Digitalisierung insgesamt und auch der Telemedizin voll ausschöpfen zu können.

Stand heute werden fast nur (Teile von) analoge(n) Prozesse(n) digital abgebildet, unterstützt oder ergänzt ohne das Gesamtbild eines

Falls oder der Patienten vor Augen zu haben. Mit dem Ergebnis, dass Fragen und Probleme aus der analogen Welt gerne mal eins zu eins auf digitale Welt übertragen werden. Echte Innovation kann so nicht entstehen.

Wie beurteilen Sie die Telematik-Infrastruktur in Deutschland?

Die Verantwortlichen müssten den Mut aufbringen, den Holzweg nicht zu Ende zu gehen, sondern Infrastruktur und Anwendungen neu zu denken: zukunfts-, nutzer- und patientenorientiert.

Die Frage, was wir digitalisieren wollen und wozu, muss doch an erster Stelle stehen. Welche Probleme kann die Digitalisierung lösen und für wen?

Auf dieser Basis sollte der Bund dann eine digitale Infrastruktur plus einiger zentraler Anwendungen aufbauen – konsequent und mit allen Konsequenzen. Die Rahmenbedingungen für die Anbindung weiterer Anwendungen sollten streng auf den Patientennutzen und die flächendeckende Einsetzbarkeit ausgerichtet sein. Dazu gehören auch technische wie semantische Standards.

Verglichen mit anderen Ländern, wie steht aus Ihrer Sicht Deutschland in der Telemedizin da?

Der Vergleich mit anderen Ländern hinkt – immer. Den vermeintlichen Vorsprung anderer Länder zu beneiden und dann festzustellen, dass wir in Deutschland in fast jeder Hinsicht andere Rahmenbedingungen haben, ist müßig.

Welche Versorgungsprobleme wollen wir in Deutschland mit Telemedizin lösen: bundesweit oder regional? Wenn wir das klar haben, gilt es bestehende Hürden im System zu identifizieren und abzubauen oder zu überwinden. Aber neidvoll auf Lösungen (einzelner Anbieter) in anderen Ländern zu schauen und zu bedauern, dass sie hierzulande nicht (im Markt) Fuß fassen können, bringt (der Versorgung) nichts.

Was sich sicherlich im internationalen Vergleich sagen lässt, ist, dass wir zu viele Akteure und Partikularinteressen im Gesundheitssystem haben, um die Telemedizin mit ihren Möglichkeiten zielgerichtet voranzubringen.

Was muss aus Ihrer Sicht passieren, dass Telekonsile flächendeckend eingesetzt werden?

Die in jüngster Vergangenheit geschaffenen Möglichkeiten, die die Regelversorgung zur Nutzung der Telemedizin bietet, müssen konsequent eingeführt, im Praxisalltag auf den Prüfstand gestellt und gegebenenfalls angepasst werden. Es genügt nicht, sang- und klanglos ein paar Abrechnungsziffern in den EBM zu kippen oder Telekonsile in die Zentrumszuschläge hineinzuformulieren. Die Gesamtheit der (finanziellen) Aufwände für die Telemedizin muss abgebildet und ihr Nutzen für die Leistungserbringer deutlich werden. Fehlanreize im System, die dem entgegenstehen, müssen gleichzeitig eliminiert werden. Wenn es billiger ist, eine schwierige Patientin in ein Haus der Maximalversorgung zu verlegen, warum dann ein Telekonsil einholen? Nur damit ihr die belastende Verlegung erspart bleibt? Damit ihre Angehörigen sie wohnortnah besuchen können? Wenn der Patient mit der unklaren Diagnose das kommende Quartal nur weiter zulasten des Budgets einer Hausarztpraxis geht, warum dann ein Telekonsil für den Fall einer Seltenen Erkrankung einholen, wenn er

einfach an die nächste Fachärztin überwiesen werden kann?

Kostenträger dürfen ihre eigenen Bemühungen nicht länger kannibalisieren, indem sie beispielsweise über den Innovationsfonds fortschrittliche Projekte fördern, dann aber eine nachhaltige Überführung in die Regelversorgung in den relevanten Gremien verhindern. Wie sollen überhaupt über den Innovationsfonds neue Versorgungsformen auf den Weg gebracht werden, wenn nicht auch die Definition neuer Finanzierungsgrundlagen und -regelungen damit einhergehen?

Und es braucht Handlungssicherheit für alle Akteure. Es muss Verbindlichkeit und Klarheit für die Umsetzung, egal ob von Regularien und Normen oder der Festlegungen rund um die Telematikinfrastruktur, geben. Und einzelne Akteure dürfen nicht jahrelange Bemühungen um IT-Standards allein aufgrund ihrer Marktmacht aushebeln dürfen.

Welche Vision haben Sie für die medizinische Versorgung in Bezug auf Telemedizin?

Der interdisziplinäre und professionsübergreifende persönliche Austausch sowie der Austausch von Daten und Informationen unter Leistungserbringer ist Teil eines qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Versorgungsalltags. Kooperationsvereinbarungen und Einwilligungen können digital, einfach, transparent und schnell erfolgen. Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörigen nehmen, wo es Sinn macht, aktiv an diesem Prozess Teil.

Die intelligente Verknüpfung verschiedener telemedizinischer Angebote unterstützt modular patientenorientierte Behandlungspfade. Heutige Primärsysteme sind nicht mehr der Maßstab oder der Hemmschuh für Interoperabilität oder Kooperationen.

↘ Virtuelles Krankenhaus NRW

Telemedizin ist nur ein Baustein – Die Zukunft der digitalen Vernetzung

Dr. Markus Leyck Dieken

Geschäftsführer der gematik

Wenn es um die digitale Gesundheitsversorgung geht, hinkt Deutschland im internationalen Vergleich noch immer hinterher. Doch die Zeichen stehen auf Wandel: Zunehmende Telemedizin-Anwendungen, auch forciert durch die COVID-19-Pandemie, sind eines der sichtbarsten Zeichen. Um das volle, durchaus atemberaubende Potenzial der Digitalisierung im Gesundheitswesen auszuschöpfen, bedarf es jedoch mehr.

Bisher bestehen noch beachtliche Informationslücken in der Medizin. Diese können wir dank digitaler Vernetzung und dem Start konkreter Anwendungen für die Gesundheitsversorgung – wie eRezept, elektronische Patientenakte, KIM (Kommunikation im Medizinwesen) oder eAU – endlich schließen und damit den so wichtigen Datenaustausch zwischen Versicherten, Heilberuflerinnen und Heilberuflern sowie Forschungseinrichtungen verbessern.

Vor allem aber ermöglicht die Digitalisierung künftig individualisierte Therapien und eine noch bessere Diagnostik – dank Künstlicher Intelligenz (KI) und der Verarbeitung riesiger Datenmengen. KI erkennt Muster in Datensätzen und kann individuelle Krankheitsbilder viel besser erfassen. Davon profitieren alle Patientinnen und Patienten, insbesondere jene mit Seltenen Erkrankungen mit oft nur Hunderten oder Tausenden Betroffenen, die so frühzeitiger als bisher behandelt werden können. Die Zurverfügungstellung anonymisierter Gesundheitsdaten für die medizinische Forschung ist dabei ein wichtiger Baustein.

Als Nationale Agentur für digitale Medizin hat die *gematik* den Anspruch und den Auftrag, die Digitalisierung des Gesundheitswesens voranzutreiben. Die Telematikinfrastruktur (TI), das von uns betriebene autarke und sichere Datennetz für den Austausch von Gesundheitsdaten in Deutschland, bildet die wesentliche Grundlage für den vertrauensvollen Zugang zu all den hochsensiblen Informationen. Damit ist die TI die zentrale Infrastruktur für das digitale Gesundheitswesen von morgen und eine Arena für alle eHealth-Akteure. Mit der Entwicklung der elektronischen Identität (eID), durch die die Versicherten in Zukunft alle Dienste der Gesundheitsversorgung mit nur einer Anmeldung *(Single Sign-on)* nutzen können sollen, steht der nächste digitale Meilenstein für Deutschland bevor.

Dafür, dass aktuelle und künftige Entwicklungen im Kontext verbindlicher und einheitlicher Standards stehen und somit in der Fläche funktionieren, sorgt die *gematik* als Koordinierungsstelle für Interoperabilität – national, aber auch im internationalen Zusammenhang.

↘ gematik

Telemedizin in der ambulanten Versorgung

Dr. Hiwa Dashti

Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie

Welche Chancen sind für Sie in Ihrem Versorgungsalltag und für Ihre Patientinnen und Patienten mit der Telemedizin verbunden?

Jeden Tag betreuen wir mehr Menschen mit verschiedensten Anliegen in unserer hausärztlichen Praxis. Die Zahl der Konsultationen nehmen zu und die Sorge der Menschen wächst. Auch der Fortschritt der Technik ist nicht mehr aufzuhalten. Mit den bisherigen Strategien und Instrumenten ist eine adäquate Versorgung für die wachsende Anzahl der Patienten kaum mehr zu leisten. Unser Anspruch bleibt weiterhin, alle Sorgen und Fragen der Menschen, die von uns betreut werden, ernst zu nehmen und weiterhin eine optimale, menschliche und vernünftige medizinische Versorgung auf Augenhöhe den Menschen anzubieten.

Hier hilft uns die Telemedizin. Sie bietet in bestimmten Fällen und Situationen eine zeitgemäße Betreuung nach unserem Anspruch. Hierdurch können wir in einigen Fällen die Anliegen unserer Patienten beantworten, unsere Mitarbeiter entlasten und v. a. in der Zeit der Pandemie eine Ansteckungsgefahr durch direkten Kontakt vermeiden.

Welche Anwendungsbereiche werden durch Patientinnen und Patienten am häufigsten beansprucht?

In unserer Praxis sind es oft kurze Rückfragen, Erkrankungen wie grippale Infekte, Covid-Infektionen, gastroentestinale Infekte, andere Sorgen und einige wenige psychische Erkrankungen. Nicht alle diese Anliegen können wir auch dadurch behandeln, aber immer ist es ein Hilfsmittel, um das weitere Procedere festzulegen und z. B. eine Untersuchung oder Wiedervorstellung zu planen.

Inwieweit unterstützt Telemedizin Ihren Arbeitsalltag?

Mir hilft diese Technik über meine Sprechstunden hinaus mit den Patienten in Kontakt zu treten, auch außerhalb der Sprechstunde. Es spart an (Warte)Zeit in den Praxisräumen, hilft, die Hygienemaßnahmen einzuhalten und verhindert oft nicht nötige, direkte Kontakte der erkrankten (infektiösen) Patienten mit den Mitmenschen unterwegs, in Warteräumen und mit unserem Personal. Nur so haben wir bisher die schwierige

Pandemiezeit mit der extremen Belastung unserer Praxen einigermaßen überstanden.

In welchem Bereich hat Telemedizin noch Verbesserungsbedarf?
Bei allen nötigen Untersuchungsmethoden. Bisher habe ich noch keine zufriedenstellenden Alternativen testen können. Auch bei einfachen Bild-Übertragungen ist es oft mangels Übertragungsqualität nötig, dass sich der Patient doch persönlich vorstellen muss.

Inwiefern hat sich die telemedizinische Anwendung auf die Praxisorganisation ausgewirkt?
Einige wenige Konsultationen haben sich reduziert, sicherlich wären es mehr, wenn die gesetzlichen Rahmen dafür vorhanden wären. Leider gibt es viele Hürden bei der Nutzung und Umsetzung der einzelnen Dienste.

Ich habe den Eindruck, dass die Dienste nicht für die Praxisorganisation geplant und programmiert werden, sondern die Erwartung besteht, dass ich meine Praxisorganisation für die Nutzung des Dienstes ändern muss. Das ändert zwar unsere Praxisorganisation, ist aber im Großen und Ganzen oft hinderlich.

Was muss aus Ihrer Sicht die Politik in Bezug auf Telemedizin beachten?
Gesetzliche Rahmenbedingung und Sicherheit für die Anwendung dieser Methode. Beratung und Diskussion mit Ärztevertretung und Medizin-Informatik.

Was sollte unbedingt beachtet werden, was ist nötig für die Betreuung von noch mehr Patienten in noch weniger Praxen?
Unbedingt eine wertschätzende Umgangsform mit uns Ärztinnen und Ärzte, aber auch Berücksichtigung der Befürfnisse und Arbeitsbedingungen der Medizinischen Fachangestellten.

Darüber hinaus:

- Förderung der Versorgungsforschung und der ambulanten Grundversorgung.
- Rahmenbedingungen für eine bessere Internetverbindung, ohne die auch die Telematikinfrastruktur nicht funktionieren wird.
- Einbezug von uns Hausärztinnen und Hausärzte sowie unserer Fachgesellschaften.
- Intensive Testung und wissenschaftliche Evaluation von Methoden/Techniken.
- Einführung der Technik nur nach Nachweis der Evidenz und transparenter und adäquater Vergütung.
- Keine voreilige Einführung bzw. Verpflichtungen. Diskussion und Beratung auf Augenhöhe.

Für eine aktive Einbindung der MFA bei Entwicklung der Telemedizin

Hannelore König

Präsidentin beim Verband medizinischer Fachberufe e. V.

Welche Chancen sind für Sie mit der Telemedizin verbunden?

Insbesondere bei Hausbesuchen durch entsprechend qualifizierte Versorgungsassistentinnen und Versorgungsassistenten, wie EVA, NäPA und *VERAH*® in der aufsuchenden Versorgung, könnte der Austausch mit der Ärztin bzw. dem Arzt durch die Nutzung von telemedizinischen Anwendungen, wie EKG, Stethoskop, Lungenfunktion, etc. deutlich schneller erfolgen. Die Weiterbehandlung würde damit insbesondere im Notfall beschleunigt. Auch die interdisziplinäre und Fachrichtungen übergreifend Versorgung wäre mit telemedizinischen Anwendungen einfacher. Die Therapie könnte früher starten und ließe sich einfacher auch zwischendurch abstimmen.

Inwiefern bereichert Telemedizin die Arbeit von MFA?

Wie oben bereits beschrieben, garantiert eine schnelle und unkomplizierte Verbindung bei Hausbesuchen zur Ärztin bzw. zum Arzt eine schnellere und bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten, insbesondere in unvorhergesehenen Situationen. MFA sind offen für Neuerungen und lebenslanges Lernen. Dies betrifft nicht nur die medizinischen Entwicklungen und Änderungen bei den Abrechnungen, sondern auch den medizintechnischen Fortschritt, wie in der Telemedizin.

Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie in der Arbeit mit Telemedizin?

Grundsätzlich sollten die telemedizinischen Anwendungen und die Leistungen, die MFA in diesem Zusammenhang erbringen, besser vergütet werden. Die Einführung sollte gefördert und entsprechende technische Unterstützung gewährt werden. Auch Zuschüsse bei der Anschaffung und monetäre Motivation der MFA könnten wichtige Impulse setzen und einen Anreiz schaffen.

Wie beurteilen Sie die Akzeptanz der Patienten gegenüber telemedizinischen Anwendungen?

Insbesondere die ältere Generation ist eher skeptisch und versteht es teilweise nicht. Die jüngere Generation ist begeistert, denn sie sehen die Vorteile, wie einfachere und schnellere Versorgung, besserer Austausch verschiedener Fachärzte, und

hoffen, dass sie auf diese Weise schneller wieder gesund sind.

In welchem Gebiet erhält Telemedizin aktuell noch zu wenig Aufmerksamkeit?
In der Radiologie und Kardiologie besteht bereits eine große Aufmerksamkeit. Insbesondere im hausärztlichen Bereich fehlt diese und ist noch viel Luft nach oben. Hier darf auch nicht vergessen werden, dass viele chronisch kranke Menschen sowohl fachärztlich als auch hausärztlich versorgt werden. Die telemedizinische Ausstattung der MFA, die Hausbesuche durchführen, würde die Versorgung deutlich verbessern und wäre eine echte Bereicherung.

Was muss aus Ihrer Sicht die Politik in Bezug auf Telemedizin beachten?
Die Politik muss vor allem für mehr Transparenz sorgen und die MFA bereits in der Planungs- und Entwicklungsphase einbinden. Die MFA haben eine andere Sicht auf die Prozesse, diese sollte genutzt werden. Wie geschildert, sollte Politik die Rahmenbedingungen, wie Förderung und Vergütung bereitstellen, aber auch finanzielle Anreize für die neuen Prozesse und das besondere Engagement der MFA schaffen.

Telemedizin als Medium einer patientenorientierten Versorgung

Thomas Ballast

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse

Die Telemedizin hat in den vergangenen Jahren eine erfreuliche Entwicklung genommen. War eine Behandlung von Patientinnen und Patienten über rein digitale Kanäle bis Juli 2016 noch verboten, so hat sie sich bis zum Beginn der Corona-Pandemie über die Erstattungsfähigkeit in der GKV und über die Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes ohne vorherigen persönlichen Kontakt immer weiter zu einem Bestandteil des Versorgungsalltages entwickeln können. Die Corona-Pandemie sorgte dann in 2020 für einen weiteren Schub. Waren telemedizinische Behandlungen bis dahin nur begrenzt abrechnungsfähig, so wurde diese Begrenzung 2020 ausgesetzt. Zudem wurden weitere telemedizinische Leistungen wie die Hebammenberatung zunächst zeitlich begrenzt erstattet. Die Telemedizin gewann dadurch an Attraktivität für die Leistungserbringer und die Vorteile der Digitalisierung wurden in Verbindung mit der Kontaktvermeidung in der Pandemie noch greifbarer. Und ein Blick in die Zahlen bestätigt die erfolgreiche Entwicklung der Telemedizin. Wurden im zweiten Halbjahr 2019 lediglich 297 Mal TK-Versicherte per Video-Telefonie behandelt, haben Ärztinnen und Ärzte 2020 in der ersten Jahreshälfte schon 348.000 Mal die Videotechnik bei TK-Versicherten genutzt. Im ersten Halbjahr 2021 waren es schon mehr als 580.000 Video-Behandlungen. Außerdem haben unsere Versicherten mit unserem kontaktlosen Behandlungspfad TK-Onlinesprechstunde positive Erfahrungen gesammelt.

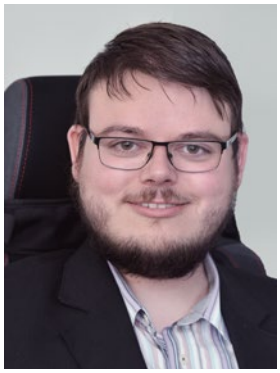
Diese erfreuliche Entwicklung gilt es nun zu bewahren und fortzusetzen. Schließlich hat die Telemedizin, auch unabhängig von der Pandemie, gezeigt, dass sie zur Überwindung von strukturellen Versorgungsproblemen beitragen kann. Durch sie können Distanzen überbrückt und somit in ländlichen Regionen fehlende Fachkräfte kompensiert werden. Mit ihrer Hilfe kann auch andere medizinische Expertise, sei es ambulanter oder stationärer Natur, in eine Therapie ortsunabhängig eingebunden werden, um bestmögliche Behandlungspfade abseits der Sektorengrenzen zu finden.

Telemedizin hat das Potenzial, Versorgung sektorenübergreifend und damit patientenorientierter zu gestalten. Dafür muss jedoch ihre Attraktivität für die Akteurinnen und Akteure, besonders für die Leistungserbringer, weiter gesteigert werden. Dafür sollten Themen der Vergütung und Abrechnung sowie der organisatorischen Integration in den Praxisalltag diskutiert werden.

Telemedizin kann für Patientensicherheit sowohl Nutzen stiften als auch Risiken bergen

Constantin Grosch

Stellv. Vorsitzender Aktionsbündnis Patientensicherheit



Wie könnte Telematik die Patientensicherheit erhöhen?

Telemedizin und die Entwicklungen der nächsten Jahre können dazu beitragen, die Patientensicherheit zu erhöhen. Vor allem mit Blick auf den Zugang zur ärztlichen Versorgung, der für viele Menschen leichter und niedrigschwelliger wird. Zudem bieten technische Erweiterungen der Behandlung große Vorteile. So können den Behandelnden zusätzliche Informationen und Unterstützung während des Patientengesprächs bzw. der Begutachtung / Behandlung des Patienten bereitgestellt und ggf. Fehler minimiert werden. Das ist ein großer Benefit, bei dem die großen Daten (sog. *Big Data*) in der Medizin auch zum Zuge kommen. Es bieten sich große Chancen, dass wir durch die Unterstützung der Behandelnden den Belastungsfaktor reduzieren können. Dank der Telemedizin können Arbeitsaufwand und Belastungsgrad reduziert werden, wodurch auch die Behandlungsqualität verbessert und insbesondere die Patientensicherheit erhöht werden.

Welche Risiken können Sie für die Patientensicherheit identifizieren?

Aufgrund von technischen Voraussetzungen sowie kulturellen, barriere- oder altersbedingten Hindernissen können bestimmte Personen (z. B. ältere Personen oder Menschen mit Behinderungen) auch von der Telemedizin ausgeschlossen werden. Wichtig ist, dass die neu geschaffenen telemedizinischen Angebote die stationär angebotenen Leistungen nicht verdrängen, diese müssen weiterhin zugänglich bleiben. Ein weiterer Nachteil ist, dass die medizinische Kommunikation leidet. Informationen über den Patienten und dessen Erscheinungsbild können nicht mehr so wahrgenommen werden, wie es bei einer präsenten Form des Gespräches der Fall wäre. Es darf kein automatisierter Prozess entstehen, bei dem die menschliche Komponente ausgelagert wird. Durch starre technische Prozessvorgaben besteht die Gefahr, dass Behandlungen nicht mehr am Patienten ausgerichtet werden und bestimmte Patientengruppen umgangen werden. Aus Sicht der Einrichtungen bzw. Krankenhäuser wird Telemedizin auch dafür genutzt, eine Effizienzsteigerung herbeizuführen – auf Kosten von Sicherheit und Qualität.

Überwiegen Ihrer Ansicht nach die Chancen vor den Risiken?

Das ist eine Münze mit zwei Seiten und abhängig davon, wie ausbalanciert die Entwicklung ist. Das kann einen großen Nutzen bewirken, es kann aber auch genauso ins Gegenteil umschlagen. Letztendlich hängt das von der Art der Umsetzung ab.

Wir brauchen einen Schub bei der Digitalisierung und Datennutzung

Matthias Mieves

Abgeordneter der SPD im Deutschen Bundestag, stellvertretender Sprecher der Arbeitsgruppe Gesundheit

Welche Chancen sind aus Sicht der Politik mit Telemedizin verbunden? Wenn Sie die Rahmenbedingungen in anderen Ländern mit denen hierzulande vergleichen, mit welchen Herausforderungen sehen Sie die Telemedizin-Anbieter in Deutschland besonders konfrontiert?

Vergleiche mit Estland und Israel sind schon hart für uns, aber auch Dänemark und Schweden sind uns Jahre voraus. Obwohl wir in Deutschland weltweit führende Experten und hochspezialisierte Zentren haben, kriegen wir Telemedizin noch nicht in die Breite. Anbieter stehen gerade in ländlichen Regionen vor dem Problem, keine oder schlechte Netzabdeckung zu haben. Der Transfer von hochsensiblen Patientendaten hakt. Denn so, wie der Datenschutz aktuell interpretiert und umgesetzt wird, kommt er an vielen Stellen einem Datenverbot gleich. Außerdem werden bei uns Daten nicht umfassend, standardisiert und digitalisiert erfasst. Es fehlen die passenden Verknüpfungen und Schnittstellen. Das erschwert die Auswertung und die Nutzung von Daten. Wir brauchen da einen echten Paradigmenwechsel in Deutschland. Das heißt nicht nur, gesetzliche Grundlagen zu schaffen. Datenschutz by design heißt, dass wir von Anfang an mitdenken, wie wir Daten angemessen nutzen können – nicht, wie wir die Nutzung generell verhindern.

Digitale Transformation, Sektorentrennung und Telemedizin – wie passt das zusammen?

Wir kommen nur weiter, wenn wir gemeinsam lernen. Wir brauchen einen Schub bei der Digitalisierung und Datennutzung, um besser sektorenübergreifend und mit telemedizinischen Angeboten arbeiten zu können. Daten, die erhoben werden, müssen bestimmte Standards und Normen erfüllen. Diese Standards sind am besten europäisch oder international festgelegt, damit Datensätze gezielt zwischen Systemen geteilt werden können. Die Versorgung können wir so verbessern. Das zeigen zahlreiche Pilotprojekte und das funktioniert auch dort, wo Sektoren getrennt sind. Zentrale Super-Anbieter sind da gar nicht nötig, wo die Systeme sich untereinander verstehen.

Wann kann aus Ihrer Sicht mit einer vollständigen Einbettung der Telemedizin in die Regelversorgung gerechnet werden?

»Vollständig« suggeriert, dass etwas fertig wird. Dass es ein Ende geben muss. Das wird es bei der Telemedizin und generell bei Innovationen nicht geben. Wir müssen uns auf einen gemeinsamen Lern- und Innovationsweg begeben. Es ist klar, dass in der Telemedizin noch viel Potential steckt. Wir stehen noch am Anfang. Es gilt, die technologischen Möglichkeiten so in die Breite zu bringen, dass viele davon profitieren und es für alle auch bezahlbar bleibt. Das ist ein Prozess, den wir

beschleunigen und aktiv gestalten müssen. Als eine langfristige, gemeinsame Aufgabe.

Wie kann aus Ihrer Sicht dafür gesorgt werden, dass auch ältere Menschen von Telemedizinprodukten profitieren?

Softwareanbieter entwickeln längst Anwendungen, die auch für ältere Menschen ausgelegt sind. Für Nutzende mit schlechter Sicht, schlechter Motorik oder fehlender Anwenderkompetenz im Digitalen. Die gute Nachricht ist ja, dass vieles immer einfacher wird und sich neue Möglichkeiten durch Assistenzsysteme, Spracherkennung und größere Bildschirme auf Mobilgeräten ergeben. Ich bin da sehr optimistisch. Wir werden zusammen alt, als Gesellschaft müssen wir uns dieser Herausforderung stellen. Durch Telemedizin können wir unnötige Strecken vermeiden, um auch mobilitätseingeschränkten Patientinnen die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen, oder Chronikern, die regelmäßig zum Check-Up müssen. Der Gang zur Arztpraxis wird nicht ersetzt, Telemedizin muss immer auch eingebettet sein in Angebote vor Ort. Wichtig ist allerdings auch, dass jeder Haushalt schnelles und zuverlässiges Internet bekommt. So banal das klingt – da gibt's noch was zu tun in Deutschland.

An welcher Stelle und in welcher Weise sollten die medizinischen Akteure (Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und andere Therapeutinnen und Therapeuten) Nutzenaspekte und Versorgungsbedarf artikulieren?

Wir brauchen überall, wo es um Digitalisierung und Telemedizin geht, eine viel stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Nutzenden. Dabei sind Nutzende auf der einen Seite diejenigen, die Behandlungen oder Therapien in Anspruch nehmen. Und auf der anderen Seite diejenigen, die die Leistungen erbringen. Die Bedarfe dieser beiden Gruppen müssen bei der Umsetzung konkreter Lösungen und Angebote viel stärker in den Fokus, als das bisher der Fall war. Angefangen im *Bundesministerium für Gesundheit,* über die *gematik* hin zu den Krankenkassen und den Technologie-Anbietern müssen alle viel stärker nutzerorientiert arbeiten. Dies muss durch entsprechende Arbeitsweisen, aber auch entsprechende gesetzliche Aufträge, sichergestellt werden. Hier muss nichts neu erfunden werden, sondern vieles einfach kopiert werden, was in vielen Unternehmen heute schon erfolgreich praktiziert wird. Design Thinking als Mindset für Entwicklungsprojekte, Pilotierung neuer Angebote, regelmäßiges Testen und Adaptieren, schrittweise Rollouts und die permanente Einbeziehung der Nutzenden sind hier wesentliche Erfolgsfaktoren, die auch das Gesundheitssystem erlernen muss.

Telemedizin am Beispiel der Notfallversorgung

Dr. Janosch Dahmen

Abgeordneter der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen, Sprecher für Gesundheitspolitik

Beim Stichwort »Telemedizin« denkt man im ersten Moment an eine Sprechstunde, die nicht klassisch in der Arztpraxis, sondern entspannt online von zu Hause aus stattfindet und insbesondere für digital affine, oft jüngere Menschen viele Vorteile mit sich bringt. Für mich als Notfallmediziner zeigt sich aber auch darüber hinaus noch ein weiteres riesiges Feld an Anwendungsmöglichkeiten: Denn Telemedizin bietet, eingebettet in eine digitale Architektur aus verschiedensten Anwendungen, eines der größten Potentiale der modernen Notfallversorgung.

Wie also könnte z. B. ein Rettungsdienst-Einsatz in naher Zukunft aussehen? Wir stellen uns vor, in einer ländlichen Region wird die Notrufnummer 112 gewählt und von der Leitstelle anhand der standardisierten Notrufabfrage ein Herz-Kreislaufstillstand erkannt. Jetzt zählt jede Minute. Während der Rettungswagen (RTW) und ein Notarzt aus dem weiter entfernten Krankenhaus alarmiert werden, leitet die Mitarbeiterin der Leitstelle den Anrufer bei der Herz-Druck-Massage an. Dank einer direkten Übertragung des Videos über das Mobiltelefon des Anrufenden erkennt sie eine falsche Lagerung der Patientin und kann die Helfenden entsprechend instruieren. Im Hintergrund wird parallel eine Ersthelferin, die sich in unmittelbarer Nähe befindet und bei einer Spontanhelfer-App registriert ist, alarmiert und erhält neben der Information über den Notfallort auch die Position des nächstgelegen Laien-Defibrillators (AED), der an allen öffentlichen Orten regelhaft installiert und im lokalen AED-Register digital hinterlegt ist.

Auf der Anfahrt zum Notfallort können das Rettungsdienstpersonal des RTW und der alarmierte Notarzt bereits über die Telematikinfrastruktur auf den Notfalldatensatz der Patientin zugreifen, mögliche Unverträglichkeiten, Allergien sowie relevante Vorerkrankungen einsehen und entsprechende Maßnahmen vorbereiten. Bei Eintreffen des RTW werden die Reanimationsmaßnahmen bereits von der Ersthelferin mit Hilfe des AED durchgeführt und kontinuierlich durch die Leitstellendisponentin per Video unterstützt. Durch den frühen Einsatz des AEDs konnte inzwischen bei der Patientin wieder ein Herzschlag hergestellt werden! Auf Grund des dennoch weiterhin kritischen Zustands der Patientin entscheidet sich das Team des RTW für eine telenotärztliche Unterstützung des Einsatzes über Video. Die

kontaktierte Telenotärztin sieht die übertragenen Vitalparameter, den Notfalldatensatz der Patientin und ein Live-Video der Behandlung vor sich und kann so das Team des RTW fachgerecht beraten.

Während der eingetroffene Notarzt, der die Übertragung auf der Anfahrt einsehen konnte, die Behandlung übernimmt, sieht das Team des RTW über ein Echtzeit-Dashboard freie Bettenkapazitäten zur weiteren stationären Behandlung in den umliegenden Krankenhäusern und meldet die Patientin bei einem entsprechend spezialisierten Krankenhaus an. Dieses erhält zeitgleich den Zugriff auf alle relevanten Informationen und Daten des Notfalls und tauscht sich bereits während des Transports mit dem Rettungsdienstpersonal aus, um optimal auf die Patientin vorbereitet zu sein.

Durch eine digitale Vernetzung und Kommunikation aller relevanten Player – von der Ersthelferin, über die Leitstelle, die Rettungskräfte, die spezialisierte Telenotärztin, bis hin zum weiterbehandelnden Krankenhaus – können bereits vorhandene Potentiale ausgeschöpft, Ressourcen effizient eingesetzt und dadurch Leben gerettet und Langzeitfolgen minimiert werden. Unsere Aufgabe als Politik ist es, die Entfaltung dieser Potentiale und Möglichkeiten zu erkennen, zu ermöglichen und zu unterstützen. Auch in der Notfallversorgung wollen wir dies als Ampel-Koalition in dieser Legislaturperiode gemeinsam angehen.

Aufrechterhaltung der Dynamik beim Ausbau der Telemedizin

Maximilian Funke-Kaiser

Abgeordneter und Digitalpolitischer Sprecher der FDP-Bundestagfraktion, Mitglied im Gesundheitsausschuss

Welche Chancen sind aus Sicht der Politik mit Telemedizin verbunden? Wenn Sie die Rahmenbedingungen in anderen Ländern mit denen hierzulande vergleichen, mit welchen Herausforderungen sehen Sie die Telemedizin-Anbieter in Deutschland besonders konfrontiert?

Die Chancen durch Telemedizin sind enorm, denn sie ermöglicht Kosteneinsparungen, Effizienzsteigerungen und letztendlich eine bessere Gesundheitsversorgung. Die Nutzung von Telemedizin ist während der Pandemie zwischenzeitlich um das 900fache angestiegen, die Downloadzahlen für Gesundheits-Apps verdoppelten sich und insbesondere jüngere Ärztinnen und Ärzte schlossen ihre hausärztlichen Praxen mehr und mehr an die Telematikinfrastruktur an. Das alles aber auch nur durch eine Corona-Sonderregelung, die letztens ausgelaufen ist. Es gilt, diese Dynamik auch im weiteren Verlauf zu nutzen, um so beispielsweise auch in ländlichen Gebieten eine hochwertige Versorgung sicherzustellen. Durch gezielte Förderung und Flexibilisierung telemedizinischen Angebote und die finanzielle Förderung entsprechender Technik sowie Weiterbildung des medizinischen Personals muss die Telemedizin weiter vorangetrieben werden. Dabei geht es nicht um eine Entweder-oder-Versorgung analog oder digital, sondern um die bessere Versorgung. Das SGB V ist hier der Hebel. Telemedizin diskriminierungsfrei der analogen Behandlung gleichstellen. Telemedizin ganzheitlich betrachten und ausbauen. Das ist die Herausforderung.

Dabei muss uns klar sein, dass wir keine Zeit zu verlieren haben. Denn im Vergleich zu den skandinavischen Ländern oder auch über Europa hinaus, wie zum Beispiel Israel, laufen wir hier in Deutschland weit hinterher. Wir haben bei den DiGAs gezeigt, dass wir Digital Health können. Das muss jetzt in die Fläche gebracht werden. Ein Schlüssel wird dabei auch eine flächendeckend performante digitale Infrastruktur sein.

Digitale Transformation, Sektorentrennung und Telemedizin – wie passt das zusammen?

Keine geschlossenen Silos mehr. Mehr Interoperabilität und sektorenübergreifende Arbeit, auch in der Telemedizin. Wichtig ist es, einen offenen Markt für Anwendungen zu schaffen, in der die besten Angebote die Leistungserbringer und Patienten erreichen. Dabei brauchen wir auch gemeinsame Standards über die Bundesrepublik hinaus. Der *European Health Data Space,* sprich der einheitliche europäische Raum für Gesundheitsdaten (EHDS), ist dabei ein ganz wichtiges Vorhaben, das wir auch auf Bundesebene eng begleiten müssen. Ein gemeinsamer europäischer Weg mit gemeinsamen Standards, um die Transformation nicht nur in Deutschland, sondern auch im europäischen Ausland voranzubringen. Die Telemedizin gehört maßgeblich dazu.

Wann kann aus Ihrer Sicht mit einer vollständigen Einbettung der Telemedizin in die Regelversorgung gerechnet werden?
Ich würde mir wünschen, dass wir damit in dieser Legislaturperiode maßgeblich vorankommen. Telemedizin ist in sämtlichen Facetten, seien es Videosprechstunden, Konsile, Monitoring usw., eine notwendige Ergänzung unseres Gesundheitswesens. Vor allem für ländliche Räume, die zunehmend vom Ärztemangel gebeutelt sind, kann sie schnell und effizient eine zufriedenstellende Grundversorgung sicherstellen.

Wie kann aus Ihrer Sicht dafür gesorgt werden, dass auch ältere Menschen von Telemedizinprodukten profitieren?
Die »User-Experience« ist das A und O, egal für welchen Teil unserer Gesellschaft. Bei älteren Menschen sogar noch mehr. Viele Anbieter, zum Beispiel aus dem Versicherungsbereich, wissen das. Was aus meiner Sicht tunlichst vermieden werden sollte, sind strikte staatliche Restriktionen. Den Softwareanbietern ist die demografische Struktur in unserem Land völlig bewusst. Wichtig ist die direkte Kommunikation. Den älteren Menschen ist der Kontakt mit der Ärztin oder dem Arzt sehr wichtig. Nur so fühlen sie sich – Stand jetzt – richtig versorgt. Wir müssen den Anreiz schaffen, dass auch diese Personengruppe sich mit den neuen digitalen Möglichkeiten auseinandersetzt. Dabei sind wir auch auf dem richtigen Weg. Die Qualität der Angebote steigt stetig. Telemedizin hilft dabei zusätzlich, insbesondere in der Mobilität eingeschränkte Personen, eine sehr gute Versorgung zu ermöglichen. Dabei spielen die Leistungserbringer, die Hersteller, aber auch die eigene Verwandtschaft, die den älteren Personen hilft und auch mal Dinge beibringt, eine wichtige Rolle.

An welcher Stelle und in welcher Weise sollten die medizinischen Akteure (Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und andere Therapeutinnen und Therapeuten) Nutzenaspekte und Versorgungsbedarf artikulieren?
Nur wenn beide Seiten, also Leistungserbringer sowie Patientinnen und Patienten, in gleichem Maße gehört werden, kann ein wirklicher Fortschritt gelingen. Im Bereich der Digitalisierung und, damit verbunden, der Nutzenaspekte und des Versorgungsbedarfs, sollte aus meiner Sicht das *Bundesgesundheitsministerium* als solches, aber selbstverständlich auch die *gematik* mit ihren Gesellschaftern eine wichtige Rolle einnehmen. Daher haben wir auch den Ausbau hin zu einer digitalen Gesundheitsagentur im Koalitionsvertrag verankert, um einen starken Ansprechpartner zu etablieren, der die Rahmenbedingungen setzt, aber auch Innovation zulässt, ohne zusätzliche Hemmnisse zu schaffen. Es gibt bereits sehr viele Unternehmen, die mit guten innovativen Ideen der Gesundheitslandschaft sehr helfen können. Ziel muss es sein, die richtigen Rahmen zu setzen, damit diese Ideen sich gekoppelt mit gemeinsamen Standards entfalten können. So kann der Nutzenaspekt erfüllt und der Versorgungsbedarf gedeckt werden.

Telemedizin in Deutschland – Noch immer ein zartes Pflänzchen

Anne-Kathrin Klemm

Vorständin BKK Dachverband

Seitdem die *Bertelsmann-Stiftung* im Jahr 2018 im Rahmen ihrer Studie *#SmartHealthSystems* in ihrem Ländervergleich Deutschland den vorletzten Platz vor Polen attestierte, ist gefühlt viel passiert.

Geschuldet ist dies vor allem dem ehemaligen Gesundheitsminister *Spahn*, der mit politisch kalkuliertem Druck für alle Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Dynamik erzeugt hat. Daher sind nun wieder ertönende Rufe nach Digitalmoratorien und Appelle zur Reduktion von Geschwindigkeit, z.B. bei der Einführung des eRezeptes ernst zu nehmen. Es ist zu befürchten, dass der Schwung wieder verebbt. Der Bereich der Telemedizin hat hingegen deutlich von der Corona-Pandemie profitiert: Diese boomt. Die Vorteile einer räumlichen Überbrückung von Diagnostik und Therapie z. B. über eine virtuelle Sprechstunde, Telekonsilien, Telemonitoring, Digitale Gesundheitsanwendungen etc. liegen auf der Hand und werden genutzt. Sicher ist diese Form der Kommunikation bzw. Interaktion nicht für jede Situation geeignet, z. B. bei Suizid gefährdeten Patienten. Dennoch: Dass unabhängig von Zeit und Raum der Arzt quasi per Klick nach Hause oder die Fachärztin zum Gespräch mit zum Hausarzt hinzukommen kann, ist »convenient«. Voraussetzung ist jeweils die medizinisch notwendige Einschätzung und ggf. auch (noch zu entwickelnde) fachärztliche Leitlinien, wann z. B. eine Videosprechstunde sinnvoll ist, oder nicht. Doch zur Wahrheit gehört auch: Telemedizin ist noch immer weit entfernt vom Normalfall des Arzt-Patienten-Kontaktes, wie die Zahlen der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* zeigen: Vor Ausbruch der Corona-Pandemie gab es rund 1.600 Videosprechstunden. Im zweiten Quartal 2020 waren es 1,2 Millionen und im sechsten Quartal 2021 4,1 Millionen. Dieser Zahl stehen 180 Millionen persönliche Arzt-Patientenkontakte gegenüber. Und auch die Versicherten haben – das belegt eine Befragung des BKK Dachverbandes aus dem Jahr 2020 – unabhängig von der Nähe zum Arzt und trotz Pandemie zu 75 Prozent den Kontakt in der Arztpraxis gesucht. Auch in Projekten zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Räumen, wie z. B. dem der *Bosch*

BKK mit Hausärzten im Oberallgäu, wird deutlich, dass alle Beteiligten noch miteinander üben, sich herantasten und Erfahrungen sammeln müssen. Der Kulturwandel wird also erst erfolgen, wenn alle Akteure eine positive, sog. »User Experience« mit klaren Vorteilen durch die Telemedizin spüren. Dies zeigen auch z. B. die nach wie vor geringen Verschreibungs- und Nutzerzahlen der DiGAs. Gleichzeitig ist gefährlich, dass findige Geschäftsmodelle den eigentlichen Sinn der Telemedizin und damit der Versorgung torpedieren, indem sie gegen Bares z. B. elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen verkaufen. Es darf auch kein Automatismus entstehen, dass Instrumente, wie z. B. Telekonsilien, zur pauschal angesetzten Pseudo-Abrechnungsziffer degradieren. Auch dies ist bei der Weiterentwicklung von Vergütungen zu berücksichtigen.

Fazit:
Notwendig sind rechtliche Rahmenbedingungen, die fördern und gleichzeitig Ausreißer einhegen, sowie vom »User« aus gedachte Prozesse und Anwendungen. Außerdem: Zur kulturellen Beschleunigung gehört verpflichtend die Digitale Gesundheitskompetenz in die Schulen sowie in die Ausbildung in allen Gesundheitsberufen.

Die nächste Generation: Telemedizin aus Sicht Medizinstudierender

Bundesvertretung Medizinstudierender

Arman Ghanaat, Gürcan Özden, Tim Schwarz, Robert Horrion und Leo Andrae (Mitglieder des BVMD)

Welche Chancen sind für angehende Medizinerinnen und Mediziner mit Telemedizin verbunden?

Das deutsche Gesundheitssystem steht in den kommenden Jahrzehnten vor großen Herausforderungen. Trotz hoher Gesundheitsausgaben hat Deutschland unterdurchschnittliche Gesundheitsoutcomes im Vergleich mit unseren europäischen Nachbarländern *(EU Health Report).* Der demographische Wandel wird viele Probleme, wie zum Beispiel der ländlichen Versorgungsschwierigkeit, vermehrter Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und höhere Notwendigkeit von Präventionsprojekten, zusätzlich verschärfen. Wir als Projekt *Digitale Medizin* der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland sehen in der Telemedizin eine große Chance, diese Herausforderungen anzugehen.

Das große Potenzial der Telemedizin in Deutschland ist noch weitgehend ungenutzt – dies zeigt der rasante Anstieg an telemedizinischen hausärztlichen und psychotherapeutischen Angeboten seit Beginn der Corona-Pandemie: Hier konnte ein Anstieg der Videosprechstunden von bundesweit knapp 3.000 im Jahre 2019 auf fast 1,4 Millionen im ersten Halbjahr 2020 verzeichnet werden. [19]

Die Integration von Telemedizin im medizinischen Versorgungssystem ermöglicht eine Reihe von Vorteilen. Am offensichtlichsten sind hier eine bessere Versorgungsreichweite sowie eine effizientere Ressourcenverteilung. Gerade im Hinblick auf ländliche Gebiete ist dies in Deutschland zwingend nötig. Besonders interessant sind in diesem Rahmen auch Telekonsile mit Spezialistinnen und Spezialisten oder moderne Versorgungskonzepte wie *OhneArztPraxen*.

Ebenfalls ermöglicht Telemedizin die Erweiterung des Versorgungspotentials. Zusätzliche Beratungs- und Begleitmöglichkeiten ermöglichen eine sehr niedrigschwellige Kontaktaufnahme. Gerade in Verbindung mit Wearables, eRezept und Digitalen Gesundheitsanwendungen erwarten wir noch viele Innovationen, welche das medizinische Versorgungssystem im Sinne der Patienten sinnvoll transformieren können.

Ebenfalls immer wichtiger ist der Wunsch nach einer flexibleren Lebens- und Familienplanung bei angehenden Medizinerinnen und Medizinern. Telemedizin könnte diesem Bedürfnis in stationären als auch ambulanten Einrichtungen entgegenkommen. Das Monitoring von chronisch kranken Patienten könne z. B. in passenden Fällen in das häusliches Umfeld verlagert werden – stationäre Einrichtungen wären dadurch entlastet, während Patienten in ihrem bevorzugten Umfeld verbleiben können.

Kurzum: Wir sehen sehr große Chancen in der Telemedizin als elementaren Baustein der Transformation des Gesundheitssystems. Gerade deswegen hat die Telemedizin auch ihren eigenen Abschnitt in unserem Positionspapier zum Thema »Digitale Gesundheitsversorgung«.

Welchen Blick haben die Medizin-Studierende auf die Anwendung von Telemedizin und wie ist die Vermittlung von telemedizinischen Services im Medizin-Studium geregelt?

Mit zunehmender Einkehr telemedizinischer Services in den klinischen und ambulanten Alltag werden angehende Mediziner mit diesen konfrontiert werden, sodass diese im natürlichen Umfeld erprobt und erlernt werden können. Telemedizinische Services sollten als Bestandteil der Vermittlung digitaler Kompetenzen im *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM)* festgehalten und verpflichtend eingeführt werden, Medizinstudierende sind neuen technischen Möglichkeiten zur Gesundheitsversorgung wie der Telemedizin sehr aufgeschlossen. Um dies jedoch effektiv nutzen zu können, müssen »Digitale Kompetenzen« im Studium einen essenziellen Teil der Ausbildung von Medizinerinnen und Mediziner darstellen.

Aktuell gibt es zumindest an vereinzelten Universitäten Lehrangebote – meist sind diese jedoch nur fakultativ. Die integrierte, longitudinale Lehre von Digitalen Kompetenzen im Medizinstudium fordern wir auch in unserem Positionspapier *#ausbaufähig – Digitalisierung in der Medizinischen Ausbildung.*

Wie beurteilen Sie die Kooperation zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen in Bezug auf Telemedizin?

Als angehende Medizinerinnen und Mediziner begrüßen wir unter anderem die zentrale Vernetzung und Repräsentation von Anbietern digitaler telemedizinischer Services und Nutzern in Form des *deutschen Telemedizin Portals* – einer Kooperation zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und der Bundesärztekammer. Als Medizinstudierende haben wir zum jetzigen Zeitpunkt infolge der fehlenden Integration von Lehre und Forschung im universitären Umfeld keine näheren Kenntnisse über die Kooperation zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen in Bezug auf die Telemedizin und können hierzu keine sachkundige Beurteilung abgeben.

Wie beurteilen Sie die den Austausch zwischen Herstellern bzw. Anbietern und Medizinern in der Entwicklung von neuen telemedizinischen Anwendungen?

Grundsätzlich ist die Frage für uns als »Außenstehende« eher schwer zu beantworten. Was wir jedoch hervorheben möchten ist, dass der Erfolg von neuen telemedizinischen Anwendungen maßgeblich von der Integration medizinischer Expertise und der Einbeziehung der Nutzer – sowohl auf ärztlicher als auch auf Patientenseite – abhängt.

Der Treiber ist häufig entweder eine Verbesserung des klinischen Outcomes, oder eine Absenkung der Kontaktschwelle – für beides ist eine gewisse Menge an Patientennähe nötig.

Inwieweit werden Sie in die Entwicklung und Prozessgestaltung von telemedizinischen Anwendungen miteinbezogen?

Mit Ausnahme von medizinischen Doktorarbeiten haben wir bislang keinerlei Anfrage bezüglich einer Mitgestaltung oder Entwicklung bei telemedizinischen Anwendungen bekommen. Wir sehen uns hierbei allerdings auch nicht als primäre Ansprechpartner, da wir im engeren Sinne noch nicht die aktuellen Anwender sind. Grundsätzlich können wir aber beobachten, dass es immer mehr offene Stellen für Werkstudenten oder HiWis im Feld der Digitalen Medizin gibt. ↘ bvmd

Best Practices

Wie die Videosprechstunde von Doctolib einen Beitrag zur Bekämfung der Pandemie leistet 54

medflex – Wir vernetzen Menschen, keine Systeme 56

Nordic Netcares PhysioCoaching: Prävention zahlt sich aus! 58

samedi: Telemedizin in der Geburtshilfe 60

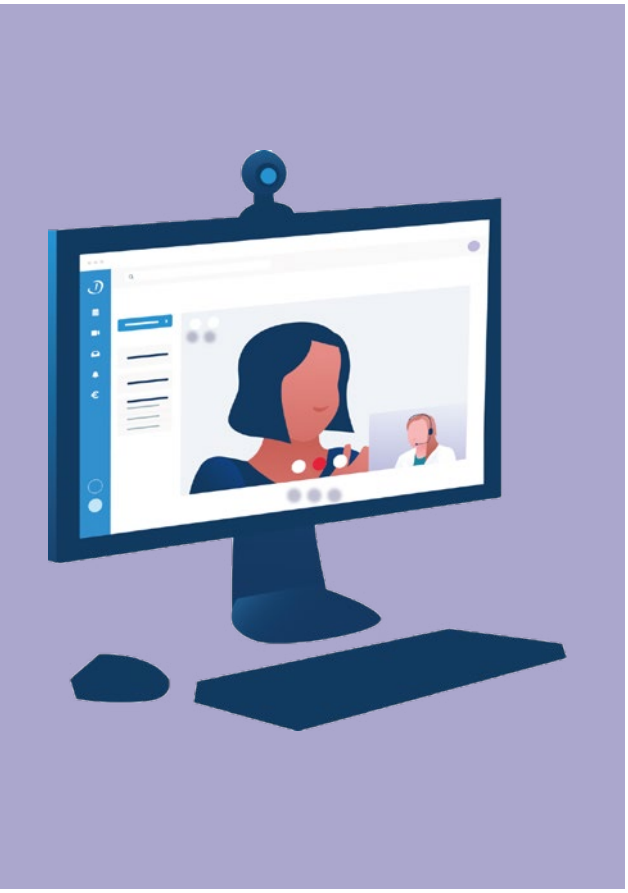
RZV-Elektronische Fallakte 62

Siemens Healthineers – Patientenstory: Herzconnect 64

vitagroup: Wie Telemedizin die Versorgung im ärztlichen Bereitschaftsdienst verbessern kann 66

Wie die Videosprechstunde von Doctolib einen Beitrag zur Bekämfung der Pandemie leistet

Zu Beginn der Pandemie war die telemedizinische Versorgung in Deutschland ein wahrer Exot, lediglich 3.000 Videosprechstunden wurden im gesamten Jahr 2019 deutschlandweit durchgeführt. Während der ersten Corona-Welle führte die Sorge vor einer möglichen Ansteckung in überfüllten Wartezimmern dazu, dass die Videosprechstunde Einzug in den Alltag vieler Praxen fand.



Nach Angaben der KBV boten 2021 bereits rund 31.000 Ärztinnen und Ärzte die digitale Sprechstunde in ihren Praxen an. [20]

Patienten und Ärzte haben sich gegenüber der Videosprechstunde geöffnet, Regularien wurden angepasst und die telemedizinische Versorgung wurde ein fester Bestandteil in der Patientenversorgung während der Pandemie.

Die Vorteile liegen auf der Hand: Im Gegensatz zur Telefonkonsultation sprechen Ärzte und Patienten bei der Videosprechstunde von Angesicht zu Angesicht. Die gegenseitige Sichtbarkeit von Mimik und Gestik erhöht die Vertrautheit des Gesprächs, was einem realen Besuch näher kommt als ein Telefonat. Beratungen ebenso wie Anamnesen können via Video spezifischer durchgeführt werden als über einen Anruf. Mit der Videosprechstunde erhalten Patienten eine zeitgemäße, bedarfsgerechte Fernbehandlung – vom Teilen des Bildschirms und der Behandlungsdokumente über digitale Terminerinnerungen bis hin zum Dokumentenaustausch. Insbesondere für Patientinnen und Patienten mit chronischen Leiden und eingeschränkter Mobilität ist der Einsatz der Videosprechstunde äußerst sinn-

voll und erleichtert den Zugang zu Gesundheitsleistungen. Auch im Hinblick auf eine drohende medizinische Unterversorgung in bestimmten Regionen, bietet die Telemedizin viele Vorteile, denn:

- wenn nur einer der im Schnitt 5 Arzttermine, die Deutsche jährlich in Anspruch nehmen, durch eine telemedizinische Behandlung ersetzt würde, entspräche dies einem zeitlichen Zugewinn von knapp eine Stunde pro Jahr gleich (53 Minuten). [21]
- würden rund 20 Prozent der sogenannten »Extremfälle« mit über 10 Arzbesuchen im Jahr und über 20 km Anfahrtsweg durch eine telemedizinische Behandlung ersetzt, könnten sogar rund 4 Stunden pro Person pro Jahr eingespart werden. [22]

Im April 2020 führte *Doctolib* eine kostenlose, zertifizierte Videosprechstunde in Deutschland ein. Damit wurden Ärzte und Teams während der akuten Pandemie unterstützt, die Situation besser beherrschen und kurzfristig Akuttermine zu Erstversorgung via Videosprechstunde zur Verfügung zu stellen. Mit ihr können Patientinnen und Patienten bequem von zuhause mit ihren Ärzten und Therapeuten kommunizieren und relevante Informationen oder Dokumente auf sicheren Kanälen teilen. Auf diese Weise sparen sie sich einen ggf. langen Anfahrtsweg sowie die Wartezeit in der Praxis.

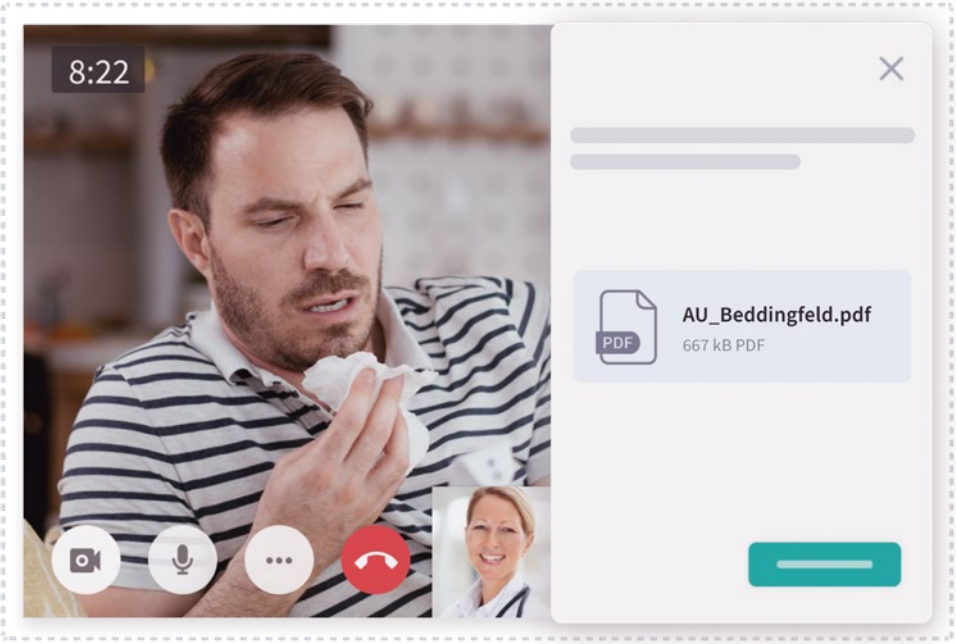
- Während der ersten Hochphase der Pandemie im April 2020 wurden mit *Doctolib* durchschnittlich 35 Videosprechstunden pro Leistungserbringer durchgeführt. [23]
- Insgesamt fanden mit *Doctolib* bereits 16 Millionen Videosprechstunden statt. [24]
- Rund 76 Prozent der Videosprechstunden werden von Patienten online gebucht und direkt selbst verwaltet. [25]

Als Anbieter digitaler Lösungen für eine moderne Praxisorganisation sieht auch *Doctolib* sich in der Pflicht, hier einen entsprechenden Beitrag, u. a. auch mit der Videosprechstunde, zu leisten. Darum werden Lösungen stets gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzte und Praxisteams entwickelt und entsprechend auf die Praxistauglichkeit geprüft, bevor diese in der breiten Fläche angeboten werden. Mit den Lösungen von *Doctolib* sollen der Arbeitsalltag der Gesundheitsfachkräfte erleichtert und effizienter organisiert werden. Patientinnen und Patienten wird ein schneller und gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglicht.

↘ Doctolib

medflex
Wir vernetzen Menschen, keine Systeme

Digitale Kommunikation schafft langfristige Werte in der Medizin.



Die Welt wird digitaler. Der Gesundheitssektor auch. Gut so, denn technischer und medizinischer Fortschritt gehen Hand in Hand. Die Chancen überwiegen für die Versorgung sowie für Ärztinnen und Ärzte. »Unser Ziel ist es, Ärztinnen und Ärzte die Arbeit durch digitale Lösungen und individuelle Beratung wirklich zu erleichtern. Wir schaffen Zeit für das Wesentliche: die Patientinnen und Patienten«, sagt *Martin Drees*, COO und Mitgründer von *medflex*. Denn: Digitalisierung darf kein Selbstzweck sein. Echten Fortschritt spüren Ärzte nur, wenn sie ihnen Zeit für wertstiftende Arbeit verschafft.

Neuralgischer Punkt: Kommunikation

Angesichts der wachsenden Konkurrenz durch rein telemedizinische Geschäftsmodelle sind patientenorientierte Kontaktwege ein Muss. Doch die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen und Einrichtungen ist oft über viele Plattformen verstreut. *medflex* bündelt alle Stakeholder auf einer Plattform – Patienten, Kollegen, Einrichtungen, Labore etc.

In anderen Branchen ist die schnelle, einfache Kommunikation per Chat und Video längst Standard. *medflex* ermöglicht dies endlich auch in der Medizin.

Die Vorteile:

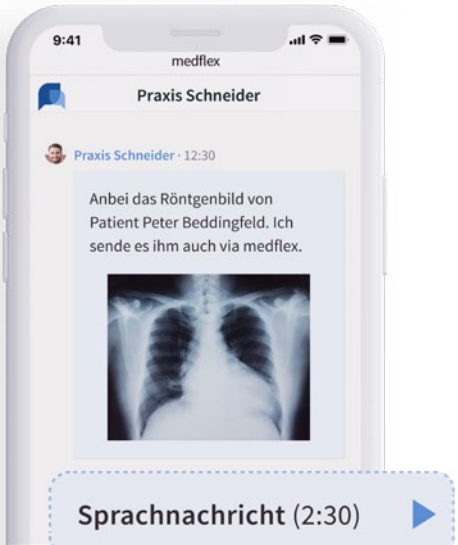
- Bessere Erreichbarkeit: Eine *medflex* Nutzerumfrage ergab, dass über 80 Prozent der Patienten seltener in der Praxis anrufen und diese besser erreichen.
- 82 Prozent der Praxen sagen: Die planbare Kommunikation mit *medflex* vereinfacht ihre Abläufe.
- Die 360°-Kommunikation erleichtert die Pflege des beruflichen Netzwerks, Konsile und das Zuweisermanagement.
- DSGVO-Konformität trifft einfache Handhabung: Über *medflex* tauschen Sie sensible Daten sicher aus – ohne zusätzliche Hardware.

Den Blick auf Prozesse richten

Die Ära monolithischer Systeme ist vorbei. Digitale Tools müssen vernetzen und Abläufe nachhaltig entlasten. Sie sparen Zeit und reduzieren unnötige Praxisbesuche. So bleibt mehr Zeit für die eigentliche Behandlung. »Wir begleiten Ärztinnen und Ärzte dabei, moderne digitale Prozesse aufzusetzen. So können sie mit ihren Patientinnen und Patienten gemeinsam in die Zukunft gehen«, so *Drees*.

»Kommunikationslösungen, die im Praxisalltag echten Mehrwert bieten, orientieren sich an den Bedürfnissen der Ärztinnen und Ärzte. Wir vernetzen Menschen, keine Systeme, und räumen bei der Kommunikation örtliche und zeitliche Begrenzungen aus dem Weg. Ziel ist es, das heilungsstiftende, vertraute Verhältnis zu den Patientinnen und Patienten durch sichere, leicht verfügbare Kontaktpunkte auszubauen«

– Martin Drees



↘ medflex

Nordic Netcares PhysioCoaching: Prävention zahlt sich aus!

Teddy Jacobsen, Co-Gründer und Partner von Nordic Netcare

Sie bieten kombinierte Physiotherapie, d. h. digitale Lösungen und menschliche Interaktion werden gleichermaßen eingesetzt. Ihre Mitarbeiter sind ausgebildete Physiotherapeuten, die direkt über Ihr IT-Produkt mit den Kunden interagieren. Ist das nicht unglaublich teuer?
Nein. (Pause) Oder ja. (lacht) Es kommt darauf an wie man es betrachtet. Wieder gesund zu werden ist teuer, Prävention hingegen zahlt sich langfristig aus. Wir legen Wert darauf, dass bereits dagewesene Beschwerden nicht wiederkommen. Für Gesellschaft und Unternehmen lohnen sich präventive Investitionen, insbesondere dann, wenn digitale Lösungen mit persönlicher Interaktion kombiniert werden, anstatt sich nur auf Behandlungen vor Ort zu konzentrieren. Unser Modell bietet einen ökonomischen wie persönlichen Mehrwert: Zum einen durch die Ersparnisse, zum anderen kommt es den Menschen zugute, wenn sie mehr schmerzfreie Tage und damit eine höhere Lebensqualität haben. Wir konnten damit bei unseren Kunden die Anzahl der Krankentage um bis zu 30 Prozent senken. Natürlich ist unser Set-Up erst einmal teurer, weil wir uns nicht nur auf die digitale Option stützen. Aber ich denke, und unsere Daten zeigen das auch, dass der menschliche Faktor die Quintessenz zur Implementation ist und langfristig einen deutlichen Mehrwert generiert.

Was war der entscheidende Moment, als Sie beschlossen haben, Nordic Netcare zu gründen?
Es gab auf jeden Fall einige! Zum einen hatte ich ein Schlüsselerlebnis im meinem ersten Job als Physiotherapeut in einer Praxis. Innerhalb zwei Wochen gab es zehn Beschwerden über mich – ich habe meine Patienten Übungen absolvieren lassen anstatt sie zu massieren. Die Praxisinhaberin hat mich damals zur Seite genommen und mir ihre Sicht erläutert. Und ich habe erwidert, dass es doch aber der richtige Ansatz sei, um genau diese Diagnosen mit Beschwerden im unteren Rücken zu kurieren. Sie hat mir auch zugestimmt, meinte aber die Massage muss dennoch sein. Das war definitv ein Auslöser, weil es für mich keinen Sinn gemacht hat.

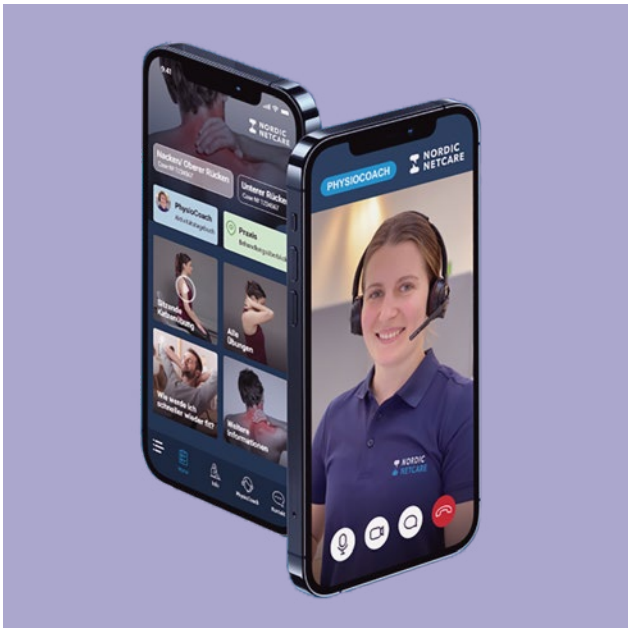
Zum anderen hatte ich das Gefühl, dass es im Praxisalltag nicht darum ging, die Menschen so schnell wie möglich wieder

fit zu bekommen, sondern ihnen verschiedene Module anzubieten und sie hauptsächlich zufrieden zu stellen. Für mich war jedoch wichtig, dass regelmäßige, moderate Bewegung zu einem normalen Bestandteil ihres Alltags wird.

Ihre Geschäftspartner sind Versicherungen aber auch Unternehmen, die ihre Mitarbeiter mit betrieblichem Gesundheitsmanagement unterstützen. Worin unterscheidet sich Ihr Ansatz?

Der Hauptgrund ist sicherlich, dass unser Produkt auf Daten beruht und dass wir ein *Value Based Healthcare Modell (VBHC)* verfolgen, also eine werteorientierte Gesundheitsversorgung. Wir verfügen in unserer DSGVO-konformen Plattform über einen Datensatz von über einer Million Kundendaten, wo wir genau ablesen können, wie wir wiederauftauchende MSK-Problematiken tatsächlich verhindern können. Das ist unsere Basis, von der aus wir unsere Arbeit angehen. Wir nehmen das Feedback unserer Kunden auf und lassen es direkt in das Produkt einfließen. Unser Modell funktioniert aber auch hervorragend zur Prävention. Wir bieten eben nicht nur, trotz all der Daten, den digitalen Weg, sondern können durch eine ganzheitliche und personalisierte Vorsorge Unternehmen helfen, ein betriebliches Gesundheitsmanagement erfolgreich zu implementieren – mit dem persönlichen *PhysioCoach* im direkten Austausch. Auch hier erhalten wir, und damit die Unternehmen, datenbasiertes Feedback, damit wir sehen ob sich diese Investition auch wirklich lohnt.
Mir ist bewusst, dass andere Anbieter das in gewisser Weise auch tun. Dennoch glaube ich, dass unsere Lösung dahingehend einmalig ist, weil wir bereits erhobene mit neuen Daten kombinieren, weil wir uns darauf konzentrieren, wie sich kleine Veränderungen auf die Lebensqualität unserer Kunden auswirken und weil wir evaluieren, ob es sich finanziell lohnt. Unser Ziel ist es, einen maximalen, ganzheitlichen Mehrwert für unsere Kunden zu erzielen, gleichzeitig nutzen wir unsere Ressourcen effizienter und reduzieren die Gesundheitskosten.

»Wir stellen den Menschen in den Mittelpunkt«



↘ Nordic Netcare

Telemedizin in der Geburtshilfe
Mehr Flexibilität für Hebammen

Der vorherrschende Hebammenmangel lässt sich nur durch Digitalisierung eindämmen, ist Hebamme *Anke Kieltyka-Salimi* überzeugt. Die Videosprechstunde eröffnet neue Möglichkeiten, Distanzen zu überbrücken, und ein digitales Terminmanagement entlastet von organisatorischen Aufgaben.

Telemedizin Arbeitsplatz einer Hebamme:
Nicht nur Patientinnen profitieren von dem digitalen Angebot (Bilder mit freundlicher Unterstützung von *Anke Kieltyka-Salimi*).

»Durch den automatisierten Anmeldeprozess, vorab definierte Betreuungskontingente und die klaren Zeitregelungen wird meine Arbeit viel effizienter und strukturierter, sodass Wartezeiten und Verzögerungen größtenteils vermieden werden können«, erklärt Frau *Kieltyka-Salimi*. Gerade für Mütter mit kleinen Kindern könne so auch in der Geburtshilfe ein moderner, der Zeit entsprechender Arbeitsplatz geschaffen werden.

Seit April 2020 nutzt die Hebamme die Online-Terminbuchung und die Videosprechstunde von *samedi*. Der Einsatz von digitalen Medien hinterlässt einen professionellen Eindruck, und junge Eltern sind eine höchst internetaffine Klientel. Auf ihrer eigenen Webseite und auch im *samedi*-Patientenportal sind die Leistungen von Frau *Kieltyka-Salimi* online auffindbar. So haben die Familien dank *samedi* nun rund um die Uhr die Möglichkeit, ihre Termine bequem zuhause oder unterwegs online zu buchen. Dadurch können langwierige Telefonate zur Terminfindung vermieden werden. Insbesondere, wenn gleichzeitig der Terminkalender des Vaters und der Mutter berücksichtigt werden muss, gestaltet sich die Terminfindung zunehmend kompliziert. Hinzu kommt eine völlig neue Flexibilität: Die Teilnahme an einem Video-Termin ist bspw. auch für den Partner am Arbeitsplatz oder auf Dienstreise möglich.

Mit der Online-Buchungsmaske ist die Hebammenpraxis jederzeit zur Terminvereinbarung erreichbar. Die Videosprechstunde bietet Patientinnen und Hebammen mehr Flexibilität im Alltag.

Frau *Kieltyka-Salimi* ist dankbar, dass ihr ein großer Teil des zeitraubenden Administrationsaufwandes jetzt abgenommen wird: »Die automatisierten Prozesse und die selbstständige Dateneingabe verschaffen mir mehr Zeit. Das ermöglicht kurzfristige Akutbetreuungen und verbessert außerdem meine persönliche Work-Life-Balance nachhaltig.« Die Hebamme möchte *samedi* nicht mehr missen: »Die Praxis lässt sich nun viel professioneller aufstellen und organisieren. Die Familien finden die Videosprechstunde sehr gut und nutzen gerne die Möglichkeit der Online-Terminvereinbarung.«

↘ samedi

Elektronische Fallakte
Die RZV-EFA bewährt sich bei Telekonsultationen

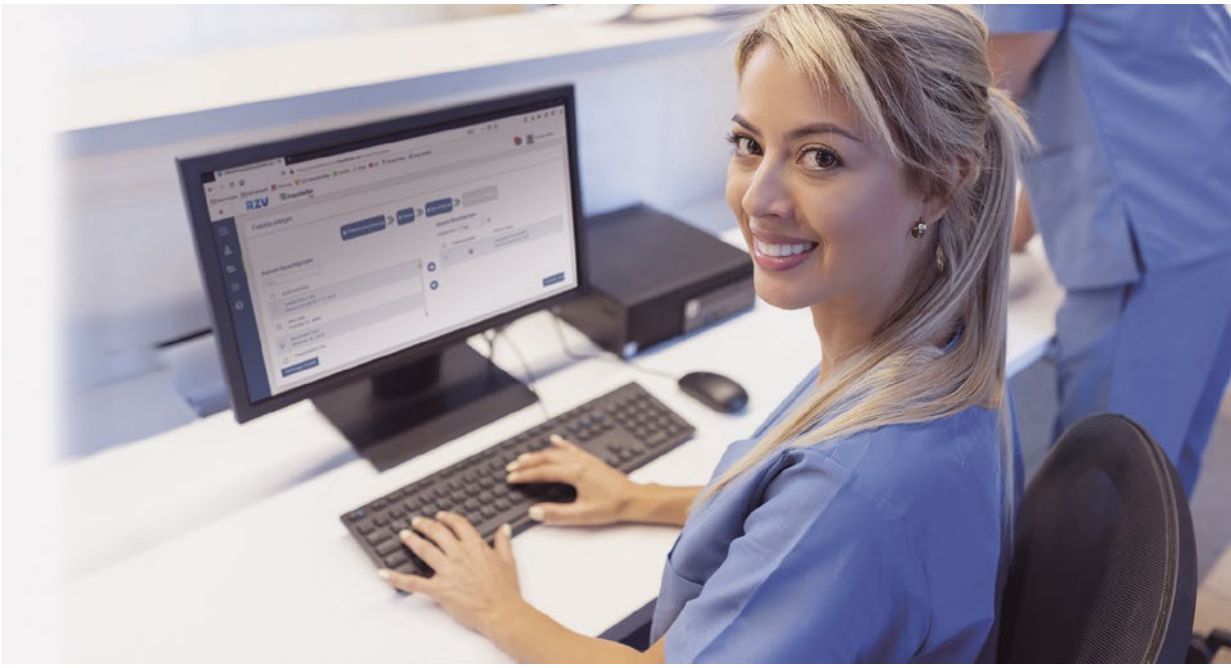
Seit März 2020 wird die *Elektronische Fallakte der RZV (RZV-EFA)* im Telekonsultationsprozess des *Virtuellen Krankenhaus NRW (VKh.NRW)* eingesetzt. Die Grundidee des VKh ist, in ausgewählten Zentren Expertise zu spezifischen Fragestellungen für Kliniken und perspektivisch auch Arztpraxen in NRW bereitzustellen.

Aufgrund der Pandemiesituation entschied sich das Land noch während der Gründungsphase für eine Vorstufe zur konsiliarischen Begleitung bei intensivpflichtigen Covid-19-Patientinnen und -Patienten.

Für diese Vorstufe wurde neben der synchronen Besprechung per Videosystem auch eine Plattform zum Austausch relevanter Dokumente zwischen den Einrichtungen benötigt. Hierfür bot sich die bei Datenschützern akzeptierte EFA an, als Provider wurde vom VKh die *RZV* ausgewählt. Neben begleitenden Dokumenten wie Befunden oder Arztberichten sollte die eigentliche konsilbegleitende Dokumentation über ein Austauschdokument erfolgen, das zunächst als Office-Dokument angelegt war.

Allerdings zeigten sich hier die Grenzen einer benutzerfreundlichen gemeinsamen Dokumentation im Telekonsultationsvorgang. Denn das Dokument konnte nur einseitig von einem der beiden Kliniken bearbeitet werden und musste dann in die *RZV-EFA* hochgeladen werden, Ärztinnen und Ärzte der anderen Klinik konnten erst dann das Dokument herunterladen, um wiederum ihre eigenen Daten in das Dokument einzugeben. Frau *Dr. Sandra Dohmen,* Oberärztin in der konsilgebenden *Uniklinik RWTH Aachen* meinte dazu: »Dieses Hoch- und Herunterladen einer gemeinsamen Datei erschwerte den synchronen Austausch mit den Konsilnehmern, da die begleitende Dokumentation erst nach der Videokonferenz erfasst werden konnte«.

Somit wurde ein HTML-Formular entwickelt, das diese Dokumentation für beliebig viele Konsile zulässt. Das HTML-Formular kann während der Videokonsultation gefüllt werden,



jede Instanz der erfassten Daten wird als PDF/A in der *RZV-EFA* abgelegt.

Mit der Ausweitung der Indikationen und der Erweiterung des konsilgebenden Kreises in der VKh-Pilotphase wurde diese erfolgreiche Dokumentationsform ausgebaut und indikationsspezifische Formulare in die *RZV-EFA* integriert. *Nadja Pecquet*, Geschäftsführerin der VKh, ist »erfreut über die Flexibilität der EFA und der hohen Akzeptanz, die sie bei den Ärztinnen und Ärzten im Rahmen des Konsultationsprozesses genießt«. Ein weiterer wichtiger Baustein im VKh wird 2022 die Integration eines DICOM-Archivs in die *RZV-EFA* sein, so dass auch Bilder aus Röntgen oder MRT direkt im Konsultationsprozess betrachtet werden können.

Durch die neuen Vorgaben des G-BA für telemedizinisch aktive Zentren erfährt die EFA weiteren Vorschub in der konsilbegleitenden Dokumentation, erste Aufträge zur Umsetzung der G-BA Vorgaben werden von der *RZV* schon umgesetzt.

↘ RZV-EFA

Siemens Healthineers
Patientenstory: Herzconnect

»Das Konzept, chronische Erkrankungen aus der Ferne zu betreuen, bringt viele Vorteile für die Patientenversorgung. Verschlechterungen des Zustands lassen sich durch die engmaschige Begleitung viel früher erkennen, wodurch sich wiederum Krankenhaus-Aufenthalte deutlich verkürzen oder sogar vermeiden lassen, weil wir entsprechend rasch intervenieren können. Nicht zuletzt können die Überwachungsprogramme durch auch das Überleben der Patientinnen und Patienten verlängern.«

– Dr. Daniel Dumitrescu, Oberarzt und Kardiologe am Zentrum für Herzinsuffizienz des HDZ NRW

Telemedizin für Sicherheit im eigenen Zuhause

Herzinsuffizienz ist in Deutschland die häufigste Ursache für eine Krankenhauseinweisung. Neuere Studien zeigen, dass die Zahl stationärer Klinikaufenthalte dank einer vorsorglichen und engmaschigen telemedizinischen Betreuung deutlich verringert werden kann. Die Patientinnen und Patienten bleiben dabei in ihrer gewohnten Umgebung und profitieren von der ärztlichen Begleitung aus der Ferne mit besserer Lebensqualität.

Ingo von Garnier gehört zu den mehr als 2,5 Millionen Herzinsuffizienz-Patienten in Deutschland.

Nicht heilbar, aber gut beherrschbar

Herzinsuffizienz ist nicht heilbar, doch bei adäquater Therapie können Betroffene je nach Allgemeinzustand und Lebensstil ein weitgehend normales Leben führen. Entscheidend ist eine engmaschige medizinische Begleitung: Je früher im Fall von Zustandsverschlechterungen gehandelt wird, umso besser sind die Aussichten. Gerade für ältere oder bewegungseingeschränkte Patienten kann der Gang zum Arzt oder zur Ärztin jedoch eine große Hürde darstellen.

Als Teilnehmer des Programms *HerzConnect* ® bleiben Ingo von Garnier diese Wege größtenteils erspart. Möglich gemacht wird es durch mobile telemedizinische Geräte und den regelmäßigen Telefonkontakt zum betreuenden Team am *Herz- und Diabeteszentrum NRW (HDZ NRW)*, Bad Oeynhausen, welches auch mit den behandelnden Ärzten der Patienten kommuniziert. Das eigenständige Messen der Vitalwerte sowie das Einpflegen in die Smartphone-App gehören zu seiner täglichen Routine. Zudem steht das Paar in engem Kontakt mit den Expertinnen und Experten des *Instituts für angewandte Telemedizin (IFAT)* am *HDZ NRW*.

Ärztliche Betreuung aus der Ferne

Zusätzlichen ärztlichen Rat erhält *Ingo von Garnier* auch von den Spezialistinnen und Spezialisten des *Zentrums für Herzinsuffizienz* am *HDZ NRW*. Sie entscheiden auf Basis der erfassten Daten gemeinsam mit dem *IFAT*-Team darüber, welche therapeutischen Maßnahmen zu treffen sind und erkennen frühzeitig, ob womöglich doch ein Klinikaufenthalt für weiterführende Diagnostik oder Behandlung notwendig wird. Hauptansprechpartner bleiben dabei stets die behandelnden Hausärzte, die kontinuierlich über das *IFAT* informiert werden.

↘ Siemens Healthineers

vitagroup: **Wie Telemedizin die Versorgung im ärztlichen Bereitschaftsdienst verbessern kann**

Emek Altun ist Experte innovativer arzt- und patiententzentrierter Lösungen im E-Health-Bereich. Er verantwortet den Health Dialog der _vitagroup_, mit dem er die _116117_, die Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdiensts, in fünf Bundesländern betreut.

Wie läuft die Vermittlung der Patienten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst ab? Inwieweit spielt Telemedizin bereits eine Rolle?

Nach der medizinischen Ersteinschätzung leitet unser Fachpersonal die Anrufer in die Notfallambulanzen, wir disponieren die Ärzte zu den Patienten nach Hause oder überführen sie in die Bereitschaftspraxis. Bei Bedarf vermitteln wir direkt an die 112. Telemedizin spielt in diesem Kontext leider noch eine untergeordnete Rolle. Doch wir sehen ein enormes Potenzial und auch Bedarf. Denn bereits jetzt haben wir einen großen Versorgungsengpass, denkt man allein an die überfüllten Notaufnahmen oder die langen Wartezeiten in den Praxen. Dieser Engpass wird sich in Zukunft noch verschärfen.

Kann man dieses telemedizinische Potenzial beziffern?

Valide Hochrechnungen zeigen, dass jeder dritte, andere Schätzungen reichen bis zu 60 Prozent, unserer akut ambulanten Fälle telemedizinisch, sogar fallabschließend, betreut werden könnte. Mit dem Health Dialog decken wir mehr als zwei Millionen Interaktionen jährlich ab. Allein in den von uns betreuten fünf Bundesländern mit 33 Millionen Bürgerinnen und Bürger, zeigt sich das enorme Potenzial. Bundesweit beträgt das Volumen 70 Millionen Anrufe pro Jahr.

Was braucht es, um Telemedizin in Ihrem Bereich optimal einzusetzen?
Um telemedizinische Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst zielführend einzusetzen, bedarf es noch einiger Anstrengungen. Zum einen muss die entsprechende Infrastruktur aufgebaut werden. Sowohl den Bereitschaftsärzten wie auch Patienten muss die notwendige Technologie an die Hand gegeben, die Ärzte ggf. zusätzlich geschult werden. Auch gesetzliche Regularien müssen angepasst werden, um eine echte zeit- und ortsunabhängige Versorgung gewährleisten zu können. Derzeit haben wir eine föderale und regionale Zergliederung in 17 KV-Bezirke. Innerhalb dieser gibt es mehrere Notdienstbereiche. Gäbe es einen verfügbaren Arzt, der telemedizinisch beraten könnte und zudem noch fachlich auf das Anliegen meiner Patientin spezialisiert ist, aber in einem anderen Notdienstbereich sitzt als die PatientIn, könnte er den Fall nicht übernehmen. Hierdurch halten wir selbst innerhalb eines KV-Bezirks noch an einer orts- und zeitabhängigen Versorgung fest.

Und wir brauchen Konzepte, um die telemedizinischen Leistungen optimal und effizient in unser bestehendes Leistungsportfolio zu integrieren. Diese erarbeiten wir derzeit.

↘ vitagroup

Quellen- und Bildnachweis

1. https://www.mckinsey.de/news/presse/2021-11-18-ehealth-monitor-2021
2. McKinsey-Studie – *Digitalisierung im Gesundheitswesen:* die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland
3. Baker, L. C.; Johnson, S. J.; Macaulay, D. & Birnbaum, H. (2011): *Integrated Telehealth And Care Management Program For Medicare Beneficiaries With Chronic Disease Linked To Savings. Health Affairs*, 30 (9), 1689–1697.
4. https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/fontane_studie_telemedizin_rettet_leben_von_herzpatienten/
5. Hahnel, E.; Braeseke, G.; Rieckhoff, S., Pörschmann-Schreiber, U.; Engelmann, F.; Kulas, H. & Musfeldt, M. (2020): *Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung*. Berlin: IGES Institut GmbH.
6. https://www.kbv.de/html/telekonsilium.php
7. https://gesund.bund.de/telemonitoring#auf-einen-blick
8. https://www.kbv.de/html/1150_56619.php
9. https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Telenotarzt-geht-in-Weimar-an-den-Start-421124.html
10. https://www.telenotarzt.bayern/was-ist-telenotarzt/
11. Hahnel, E.; Braeseke, G.; Rieckhoff, S., Pörschmann-Schreiber, U.; Engelmann, F.; Kulas, H. & Musfeldt, M. (2020): *Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung*. Berlin: IGES Institut GmbH.
12. Thiel, R. & Deimel, L. (2020): *Einsatz und Nutzung von Telemedizin – Länderüberblick*, In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Sonderauswertung – #SmartHealth-Systems*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
13. Schmitt-Sausen, N. (2018): *USA: Das Digitalzeitalter entfaltet sein Potenzial.* Deutsches Ärzteblatt, 115 (15), 698–699.
14. https://telehealth.hhs.gov/providers/getting-started/
15. Thiel, R. & Deimel, L. (2020): *Einsatz und Nutzung von Telemedizin – Länderüberblick*, In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Sonderauswertung – #SmartHealth-Systems*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
16. Thiel, R. & Deimel, L. (2020): *Einsatz und Nutzung von Telemedizin – Länderüberblick*, In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Sonderauswertung – #SmartHealth-Systems*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
17. http://telemedizin.charite.de/
18. Koncz, V.; Kohlmann, T.; Bielmeier, S.; Urban, B. & Prückner, S. (2019): *Telenotarzt – Neues Versorgungskonzept in der Notfallmedizin. Der Unfallchirurg*,122, 683–689.
19. https://www.kbv.de/html/1150_50419.php
20. https://www.kbv.de/html/1150_50419.php
21. Fernarzt.com Ltd. (2019): *Fernarzt Arztpraxisreport* (https://www.fernarzt.com/wissen/studien/arztpraxisreport/)
22. Fernarzt.com Ltd. (2019): Fernarzt Arztpraxisreport (https://www.fernarzt.com/wissen/studien/arztpraxisreport/)
23. Interne Doctolib-Daten für Frankreich und Deutschland (Zeitraum der Datenerhebung März 2020 – Juni 2022)
24. Doctolib
25. Interne Doctolib-Daten für Frankreich und Deutschland (Zeitraum der Datenerhebung März 2020 – Juni 2022)

Illustrationen

Lined Illustrations, pixeltrue.com

Bilder

S. 9: BMG / Thomas Köhler (photothek)

S. 23: Luke Chesser, Unsplash

S. 26: Daniel Carreño

S. 40: Fionn Große

S. 42: Dominik Konrad

S. 49: Markus Altmann

Impressum

Herausgeber

Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V.

Vorstandsvorsitzender
Gerrit Schick
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
Andreas Kassner
Finanzvorstand
Matthias Meierhofer
Geschäftsführerin
Melanie Wendling
Mitglieder im Vorstand
Dr. Ralf Brandner, Bernhard Calmer, Heiko Mania

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen – DGIV e. V.

Vorstandsvorsitzender
Prof. Dr. Eckhard Nagel
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende
Dr. Eberhard Thombansen, Thomas Hopmeier
Mitglieder des Vorstands
Prof. Dr. Henriette Neumeyer, Ingo Kailuweit,
Carsten Sterly, Dr. Andreas Schmid
Geschäftsführendes Mitglied des Vorstandes
Dr. Albrecht Kloepfer
DGIV-Generalsekretär
Dr. Michael Meyer

Projektleitung
Constanze Pappert, Chris Berger
Redaktion bvitg e. V.
Constanze Pappert, Timo Bayer und Juliana Gralak
Lektorat
Dr. Albrecht Kloepfer
Layout und Satz
MIKALO – Studio für Marken und Gestaltung, mikalo.studio

© 2022 Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V.

bvitg Service GmbH – ein Tochterunternehmen
des Bundesverbandes Gesundheits-IT – bvitg e. V.
Friedrichstraße 200, D-10117 Berlin

Geschäftsführerin: Melanie Wendling
Stand: 22. August 2022