

suche

ZTG-Inside Interview: Lockerung des Fernbehandlungsverbotes – Update!

19. Dezember 2018 | Kategorien: Allgemein, ZTG inside



Dr. med. Thomas Aßmann
Facharzt für Innere Medizin,
Notfallmedizin,
Naturheilverfahren,
Gesundheitsvorsorge und
Prävention, TeleArzt
(Bildquelle: Aßmann)



Rainer Beckers,
Geschäftsführer der ZTG
Zentrum für Telematik und
Telemedizin GmbH
(Bildquelle: ZTG)



Dirk Ruiss, Leiter der
Landesvertretung Nordrhein-
Westfalen des Verbands der
Ersatzkassen e. V. (vdek), Mitglied
im ZTG-Aufsichtsrat (Bildquelle:
vdek)



Frau Prof. Dr. med. Susanne Schwalen,
Geschäftsführende Ärztin der Ärztekammer
Nordrhein, Mitglied im ZTG-Aufsichtsrat und
im ZTG-Fachforum Telemedizin (Bildquelle:
Ärztekammer Nordrhein)



Dr. phil. Michael Schwarzenau,
Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer
Westfalen-Lippe, ZTG-Aufsichtsratsvorsitzender
(Bildquelle: ÄKWL)

Ein halbes Jahr nachdem der Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit für die Lockerung des Fernbehandlungsverbots gestimmt hat, fragen wir nach: Wo stehen wir in der Umsetzung?

Stürzen sich die Ärzte seit der Lockerung des Fernbehandlungsverbots auf Telemedizin? Werden Videosprechstunden nun häufiger genutzt? Konnten Sie verstärkt Anfragen beobachten?

Dr. M. Schwarzenau:

Ein großer Ansturm ist bei uns bislang ausgeblieben. Es erreichen uns lediglich vereinzelt Anfragen, in erster Linie zu Modellprojekten. Videosprechstunden waren ja auch schon vor dem Beschluss des Ärztetages erlaubt, z. B. Telekonsultation mit bekannten Patienten.

Prof. Dr. S. Schwalen:

Schon seit dem 2. Quartal 2017 ist es möglich, bekannten Patienten eine Videosprechstunde anzubieten. In 2017 hat nur eine niedrig einstellige Zahl von Ärztinnen und Ärzten aus dem Kammergebiet Nordrhein dieses Angebot für Patienten aus dem GKV-Bereich zur Verfügung gestellt. Gleiches gilt für das Telekonsil bei der Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen. Eine verstärkte Nachfrage der Kammermitglieder zu den Möglichkeiten der Telemedizin ist auch nach dem Deutschen Ärztetag im Mai 2018 bisher ausgeblieben. Dies ist insofern verständlich, da einerseits die Umsetzung des Beschlusses des Deutschen Ärztetages in die Berufsordnung der Ärztekammer Nordrhein noch nicht erfolgt ist und andererseits zahlreiche Hürden bestehen, die für einen breiten Einsatz der Telemedizin noch genommen werden müssen. Dazu gehört zu forderst die Klärung der sachgerechten Honorierung telemedizinischer Angebote, aber auch die Frage der Authentifizierung der Patienten, Vereinbarungen zu Möglichkeiten der Verordnung von Arzneimitteln etc. Nicht zuletzt sind auch haftungsrechtliche Fragen noch zu klären. Erst wenn Fragen zur Organisation, Umsetzung und die rechtlichen Rahmenbedingungen geklärt sind, werden wir die Möglichkeiten der Telemedizin umfänglich nutzen können.

Sind Telemedizin und Präsenzmedizin nun zwei Alternativen, die ebenbürtig nebeneinanderstehen?**Prof. Dr. S. Schwalen:**

Die Telemedizin erweitert Versorgungsoptionen, z. B. bei chronischen Erkrankungen oder bei pflegebedürftigen Patienten. Hier können Ärztinnen und Ärzte durch die Nutzung von Informations- und Kommunikationsmedien ggfs. schneller, aber auch mit geringerem Aufwand über Änderungen des Gesundheitsstatus der Patienten unterrichtet werden und schneller eingreifen. Dabei wird die Leistung, die der Arzt telemedizinisch erbringt, den gleichen Anforderungen im Hinblick auf wissenschaftlichen und rechtlichen Prinzipien genügen müssen wie die Präsenzmedizin. In Bezug auf diese Forderungen stehen die Eigenschaften der ärztlichen Tätigkeit in Telemedizin und Präsenzmedizin gleichberechtigt nebeneinander. Unterschiede wird es in Bezug auf die Leistungsangebote geben: Wahrscheinlich wird nur ein kleiner Teil der Behandlungen neuer Patienten mit schweren Erkrankungen durch Ärzte telemedizinisch erbracht werden können – nicht zuletzt weil die diagnostischen Maßnahmen in der Videosprechstunde begrenzt sind. Es ist zu berücksichtigen, dass die persönliche Akzeptanz des jeweiligen Mediums sowohl von Seiten der Patienten als auch von Seiten der Ärzte für eine erfolgreiche Behandlung erforderlich ist. Auch hier wird es Unterschiede geben.

Dr. M. Schwarzenau:

Telemedizin und Präsenzmedizin sind keine Alternativen: Sie ergänzen einander! Dabei ist und bleibt die Präsenzmedizin selbstverständlich der Goldstandard. Die Telemedizin ergänzt und unterstützt in Fällen, in denen der Arzt es für sinnvoll erachtet. Eine ausschließliche Fernbehandlung ist nur im Einzelfall erlaubt, wenn es ärztlich vertretbar ist und die ärztliche Sorgfalt, also die Einhaltung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse, nicht verletzt wird.

D. Ruiss:

Ganz genau: Telemedizin kann die Präsenzmedizin nicht ersetzen. Vielmehr können sich Telemedizin und Präsenzmedizin ergänzen bzw. für unterschiedliche ärztliche Aufgaben genutzt werden. So wird bei vielen Erkrankungen weiterhin die notwendige ärztliche Diagnostik in einem persönlichen, direkten Kontakt zwischen Patienten und Arzt erfolgen, sogar erfolgen müssen. Eine schwere Erkrankung wie Lungenkrebs kann nicht mit Hilfe der Telemedizin diagnostiziert werden. Der Patient kann aber später eine Online-Sprechstunde nutzen, um den Verlauf der Krankheit zu besprechen, um ein Rezept zu bekommen oder eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Die Ersatzkassen gehen davon aus, dass telemedizinische Beratungen, Diagnostik und Behandlungen bei leichten Erkrankungen steigen werden. Wie schnell dies geht hängt davon ab, ob es gelingt, eine leistungsfähige technische Infrastruktur aufzubauen; im Übrigen ist hier auch die Landespolitik ganz massiv gefordert, landauf und landab endlich für ein schnelleres und stabiles Internet zu sorgen. Und weitaus wichtiger ist darüber hinaus, ob und wie stark die Patienten den Einsatz digitaler Technologien akzeptieren werden. Denn Erfolg wird es nur geben, wenn sowohl Ärzte als auch Patienten durch die Telemedizin einen konkreten Nutzen erfahren.

R. Beckers:

Telemedizin hat durch die Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes einen neuen Raum bekommen. Telemedizin wird dabei die Präsenzmedizin immer nur ergänzen, auch wenn es nun häufiger vorkommen wird, dass Patienten und Ärzte erstmalig über eine Audio-Video-Verbindung in Kontakt treten. Ohne das gesamte System der Präsenzmedizin im Hintergrund, würde ja auch so eine Art der Behandlung nicht dauerhaft funktionieren. Es kommt also auf die jeweilige Abstimmung und Gestaltung der Möglichkeiten an.

Was ist nach dem Beschluss auf dem Ärztetag rechtsverbindlich? Wie weit sind die Ärztekammern in Westfalen-Lippe und Nordrhein mit der Anpassung ihrer jeweiligen Berufsordnungen? Wie sieht Ihre Agenda/Ihr Zeitplan zur weiteren Umsetzung aus?

Dr. M. Schwarzenau:

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat sich im Juni mit dem Ergebnis des Ärztetages beschäftigt und den Beschluss zur Änderung der (Muster-)Berufsordnung in Landesrecht überführt. Die Berufsordnung wurde entsprechend geändert und die erforderliche Genehmigung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen liegt uns bereits vor. Über die damit verbundenen „neuen Freiheiten“ werden wir die Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe über unsere Medien und auch in Einzelberatungen eingehend informieren. Mit unserer curricularen Fortbildung „eHealth“, die im Februar 2019 startet, gehen wir einen großen Schritt in diese Richtung. Der erste Kurs ist bereits ausgebucht.

Bei Anschlussfragen, die nicht in unserem Verantwortungsgebiet liegen, gibt es noch Regelungsbedarf. In der Bundesärztekammer werden Themen wie Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen und Rezepte analysiert und bewertet. Meines Erachtens sind die Kassenärztlichen Vereinigungen besonders gefordert, wenn es darum geht, die flächendeckende Einführung im KV-System zu organisieren.

Prof. Dr. S. Schwalen:

Die Kammerversammlung hat am 24. November beschlossen, dass die Berufsordnung der Ärztekammer Nordrhein entsprechend geändert wird. Die Genehmigung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen wird nun eingeholt. Danach werden die Kammermitglieder über die Änderung der Berufsordnung informiert.

Wie lange wird es Ihrer Meinung nach dauern, bis alle Landesärztekammern die Beschlüsse des Ärztetages überführt haben? Welche rechtlichen und organisatorischen Hürden sehen Sie?

Dr. M. Schwarzenau:

Derzeit haben elf Landesärztekammern die erforderliche Änderung beschlossen und zwei Kammern haben diese abgelehnt. Zwei Kammern werden noch in diesem Jahr entscheiden und zwei im kommenden Jahr. Ich sehe durchaus weiteren organisatorischen und rechtlichen Klärungsbedarf, z. B. beim Thema „Fernverordnung“. So wäre die Fernverordnung von Arzneimitteln berufsrechtlich zulässig, aber die aktuelle Fassung des § 48 AMG verbietet eine ärztliche Verordnung im Rahmen ausschließlicher Fernbehandlung. Erfreulicherweise sieht der Entwurf zum GSAV (Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung) Regelungen vor, die ein digitales Rezept ermöglichen. Auch bei der Fernverordnung von Heilmitteln besteht berufsrechtlich kein Problem, aber es werden hohe Anforderungen an die Wahrung der ärztlichen Sorgfaltspflicht gestellt. Jede Verschreibung muss im Einzelfall in Bezug auf jeden Behandlungsschritt geprüft werden. Die Ausstellung von AU-Bescheinigungen über die Ferne ist ebenfalls nicht abschließend geklärt: Berufsrechtlich ist auch dies vorstellbar, aber ausschlaggebend sind hier nicht die berufsrechtlichen Bestimmungen, sondern das Entgeltfortzahlungsgesetz und die bestehenden Regelungen zur Zahlung von Krankengeld gem. § 44 ff. SGB V. Das heißt, die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit oder die Ausstellung einer AU richtet sich vorrangig nach den gesetzlichen und vertragsarztrechtlichen Vorschriften. Die Verordnung von Psychotherapie darf derzeit nicht im Rahmen ausschließlicher Fernbehandlung erfolgen.

Prof. Dr. S. Schwalen:

Ergänzend möchte ich noch anfügen, dass noch geklärt werden muss, wie die Authentifizierung der Patienten im Rahmen der telemedizinischen Sprechstunde erfolgt. Dies ist für die Abrechnung der Leistung von hoher Relevanz. Auch die Frage, ob eine Einverständniserklärung schwerer erkrankter Patienten telemedizinisch erfolgen kann, ist noch offen. Hieraus ergeben sich relevante Haftungsfragen für den Arzt. Wichtig ist für die Akzeptanz der Ärzteschaft bei der Einführung der neuen technischen Möglichkeiten eine sachgerechte Honorierung der ärztlichen Leistungen, die durch Telemedizin entstehen. In einem Positionspapier „Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung“, beschlossen vom GKV-Spitzenverband im März 2016, lehnt dieser die zusätzliche Vergütung für die telemedizinische Erbringung von Leistungen, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, ausdrücklich ab. Er fordert, dass in die vertragsärztliche Versorgung nur jene telemedizinischen Leistungen aufgenommen werden sollen, die nachweislich die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern. Telemedizinische Anwendungen müssen auf ihren Nutzen und Wirtschaftlichkeit geprüft werden. Dies hat bisher dazu geführt, dass das Spektrum der Leistungen, die im GKV-Bereich honoriert werden, gering ist. Gleichzeitig ist deren Vergütung bislang noch nicht sachgerecht abgebildet, so dass der einzelne Arzt wenig motiviert wird, telemedizinische Angebote in sein Portfolio aufzunehmen. Ohne eine Verbesserung der Honorierung wird es nicht zu einer wesentlichen Änderung des Angebotes telemedizinischer Leistungen kommen.

D. Ruiss:

Da sind in erster Linie die Ärzte gefragt. In einer Arbeitsgruppe der Ärzteschaft auf Bundesebene werden derzeit die Rahmenbedingungen für die Online-Sprechstunde definiert. Solange dies nicht erfolgt ist, verhalten sich die Landesärztekammern in NRW abwartend. Wie lange dies dauert, ist für die gesetzlichen Krankenkassen schwer abzuschätzen. Die Ersatzkassen wünschen sich, dass dies relativ schnell gelingt. Hier muss lösungs- statt problemorientiert gearbeitet werden. Klar ist aber auch, dass die Ärzte bei der Anwendung

der Telemedizin Rechtssicherheit haben müssen. Nach Auffassung der Ersatzkassen sollte die Fernbehandlung auch auf klar zu definierende Krankheitsfälle beschränkt sein, etwa bei grippalen Infekten oder auch auf Hautkrebs-Screenings. Der Patient muss zudem selbst entscheiden können, ob er sich persönlich oder via Fernbehandlung versorgen lassen möchte. Das entscheiden nicht Regelungen im Berufsrecht der Ärzte.

R. Beckers:

Die Fernbehandlung – manche sprechen auch von Internetmedizin – ist jetzt im System und in den „Köpfen“ angekommen. Auch wenn noch Fragen offen sein mögen. Ich glaube, letztlich wird sich das nun auf absehbare Zeit klären. Dies ist auch versorgungspolitisch notwendig.

Werfen wir einen Blick in die Praxis! Herr Dr. Aßmann, bitte berichten Sie uns kurz von Ihrer Tätigkeit als TeleArzt: Wie funktioniert Ihr Konzept? Welche Fälle versorgen Sie in erster Linie? Wie werden Ihre medizinischen Fachangestellten einbezogen?

Dr. T. Aßmann:

Die medizinische Fachangestellte der Hausarztpraxis geht mit dem Telerucksack zum Bestandspatienten und chronisch Kranken. Im Rucksack wird die grundsätzliche Technik einer Hausarztpraxis abgebildet. Die Daten der Patientin werden direkt im Arztinformationssystem angezeigt, bei Bedarf werde ich z.B. per Videokonferenz zugeschaltet. Die medizinische Fachangestellte kann so meine Anweisungen auch direkt ausführen.

Wie verändert die Lockerung des Fernbehandlungsverbots Ihre Arbeit als TeleArzt?

Dr. T. Aßmann:

Die Arbeit verändert sich nicht direkt, weil es sich um Bestandspatienten handelt. Die Akzeptanz bei Patienten und Kollegen (z.B. Telefallkonferenz) wird sich jedoch erhöhen!

Herr Ruiss, was erhoffen Sie als Vertreter eines Krankenkassenverbandes sich durch eine Lockerung des Fernbehandlungsverbots?

D. Ruiss:

Televisiten sollen den Patienten zu Gute kommen. So können Patienten, die auf die Hilfe anderer angewiesen sind, um eine Arztpraxis aufzusuchen – Gehbehinderte, Pflegebedürftige oder auch an Demenz Erkrankte – die Online-Sprechstunde nutzen. Dadurch würden auch die Angehörigen, Freunde bzw. die Pflegenden entlastet. Berufstätige könnten zudem flexiblere Angebote für Sprechstunden bekommen. Darüber hinaus kann die Televisite in strukturschwachen ländlichen Regionen den Patienten lange Anfahrtswege zu einer Arztpraxis ersparen. Der Arzt wiederum kann unter bestimmten Konstellationen von Hausbesuchen absehen. Dadurch kann er in der gleichen Zeit mehr Patienten behandeln. Bundesweit werden pro Quartal 7,5 Millionen Hausbesuche durch Ärzte vorgenommen. Unter der Annahme, dass ein Arzt pro Hausbesuch zehn Minuten für die An- und Abfahrt benötigt, verbringen alle Ärzte in Deutschland pro Quartal 1,26 Millionen Stunden auf der Straße. Wenn 25 Prozent der Hausbesuche durch Telemedizin ersetzt werden würden, stünden zusätzliche Kapazitäten von umgerechnet 486 Arztstellen für eine effektivere Versorgung der Patienten zur Verfügung.

Ketzerisch gesprochen: Hat das Konzept des Hausbesuchs nun ausgedient?**D. Ruiss:**

Auf keinen Fall! Die Telemedizin kann Hausbesuche nicht vollständig ersetzen. Bei schwerwiegenden Erkrankungen oder akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustands wird ein Hausbesuch nach wie vor erforderlich sein.

R. Beckers:

Es kommt auf eine gezielte Ergänzung und Abstimmung zwischen der Präsenzmedizin und Internetmedizin an. Keines von beiden ist „überflüssig“ oder entbehrlich. Nur so werden sich die tatsächlichen Vorteile für die Qualität der Versorgung einstellen. Insbesondere in der ländlichen Versorgung wird die intelligente Kombination aus beiden Elementen, also „realer“ und „virtueller“ Hausbesuch, einen erheblichen Beitrag zur Steigerung der Qualität leisten.

Dr. T. Aßmann:

Der Hausbesuch des Arztes hat auf keinen Fall ausgedient! Er kann jetzt aber gezielter und wesentlich effizienter erfolgen.

Werden die Krankenkassen in Deutschland nun ihre Aktivitäten in Richtung telemedizinischer Konsultationen verstärken (Vorbild: Schweiz)?**D. Ruiss:**

Aus Sicht der Ersatzkassen ist der stärkere Einsatz telemedizinischer Anwendungen ein wesentliches Instrument, um angesichts des demografischen Wandels künftig eine flächendeckende und weiterhin gute Versorgung zu gewährleisten. Deshalb setzen sich die Ersatzkassen dafür ein, dass digitale Versorgungsformen mit nachgewiesenem Nutzen zu einem festen Bestandteil der Leistungen der GKV werden. Versicherte sollen zeitnah vom technischen Fortschritt profitieren, wenn dieser einen patientenrelevanten Nutzen für die Versorgung hat.

R. Beckers:

Wir müssen aufpassen, dass die neue ungehinderte Option telemedizinischer Konsultationen nicht alle anderen, teilweise wesentlich sinnvollerer Anwendungen überlagert. Videosprechstunden sind doch in erster Linie eine Erleichterung, da Wegezeiten entfallen. Nicht mehr und nicht weniger. Telemedizin ist aber mehr als diese Form der Behandlung über die Distanz. Ich denke vor allem an Telekooperation und Telemonitoring. Sie bedeuten eine bessere Medizin durch mehr Expertise und mehr Daten. Hier schlummern die Potenziale für die Versorgung. Sie sind deshalb auch Bestandteil der Digitalstrategie des Landes.