



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) – Kommission Telemedizin

zum Referentenentwurf

„Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen“

Hintergrund:

Die Kommission Telemedizin der DGIM begrüßt das Vorhaben einer gesetzlichen Regelung zur sicheren digitalen Kommunikation und zu Anwendungen im Gesundheitswesen ausdrücklich.

Das Feld „e-health“ hat sich in den letzten Jahren rapide entwickelt und beinhaltet ein großes Potential für medizinische Qualitätsverbesserungen in der Versorgung, insbesondere bei chronischen Erkrankungen.

Innerhalb der verschiedenen Bereiche von „e-health“ repräsentiert *Telemedizin* die *ärztliche Tätigkeit* an und mit dem Patienten über eine räumliche Distanz unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien.

Die *Innere Medizin mit all ihren Teilgebieten* gehört neben den Fachgebieten *Neurologie* und *Radiologie* zu den am weitesten fortgeschrittenen Anwendern und Treibern telemedizinischer Techniken in der klinischen Forschung und im klinischen Alltag.

Die Kommission Telemedizin der DGIM fordert, dass virtuell erbrachte ärztliche Leistungen den gleichen ethischen, wissenschaftlichen und juristischen Prinzipien folgen wie die Präsenzmedizin. Die Kommission ist der Überzeugung, dass sich die Umsetzung telemedizinischer Leistungsangebote an den Kriterien Indikationsbezug, Nutzen, Akzeptanz, Qualitätssicherung, Standesvorbehalt, Exzellenz und Transparenz bemessen wird.

Stellungnahme zum Referentenentwurf:

Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) setzt den Schwerpunkt auf Maßnahmen zur Unterstützung der Telematik-Infrastruktur, nennt aber nur an einer Stelle das Ziel einer Förderung telemedizinischer Anwendungen.

Dieser Ansatz ist konsequent, wenn das Gesetz tatsächlich nur die Telematik-Infrastruktur regeln soll. Ist hingegen ein umfassendes „e-health“-Gesetz intendiert, bedarf es auch nationaler gesetzlicher Regelungen zur Telemedizin, allein schon wegen der verschiedenen nationalen Telemedizinengesetzeslagen vor dem Hintergrund einer globalen „e-health“-Vernetzung.

Die Kommission Telemedizin der DGIM erkennt in der Telemedizin kein eigenständiges Fachgebiet (und damit auch künftig keinen Facharzt für Telemedizin), sondern sieht virtuelle ärztliche Leistungserbringung als eine spezifische Arbeitsweise in Ergänzung zur ärztlichen Präsenztätigkeit in Praxis und Klinik (keine Telemedizin ohne Mitbetreuung des Patienten durch den „face-to-face“ behandelnden Arzt).

Mit diesem Anspruch müssen konsequenterweise alle Merkmale der ärztlichen Tätigkeit in der Präsenzmedizin auch für die telemedizinische Leistungserbringung gelten. Dazu zählen:



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

- ein für den Patienten persönlicher ärztlicher Ansprechpartner für Telemedizin,
- die telemedizinischen Leistungserbringungs-Standorte möglichst in Deutschland,
- die Begrenzung der virtuell-ärztlichen Leistungserbringung auf das jeweilige Fachgebiet des telemedizinisch tätigen Kollegen,
- Pflicht und Einhaltung besonderer datenschutzrechtlicher Regelungen zur Sicherung des ärztlichen Schweigepflichtgebotes im Bereich telemedizinischer Anwendungen und
- die zeitgerechte Modernisierung des im vergangenen Jahrhundert formulierten Fernbehandlungsverbotes unter grundsätzlicher Beibehaltung des inhaltlichen Kerngedankens, dass -außer in Notfällen- telemedizinische Leistungserbringung nur in geeigneter Kombination mit einem Präsenzmediziner durchgeführt werden darf.

Viele dieser Forderungen sind in den Musterberufsordnungen für die Ärzteschaft in Deutschland durch die Selbstverwaltung geregelt oder regelbar.

Das Ansinnen einer gesetzlichen Telemedizinregelung zielt eher auf *den Schutz des Patienten*, dem damit der Unterschied zwischen der Art der telemedizinischen Leistungserbringung in Deutschland und davon durchaus stark abweichenden Telemedizinangeboten aus dem Ausland verdeutlicht wird.

Zudem sollte durch Beachtung der o.g. Punkte die reale als auch virtuelle Leistungserbringung im Ausland rechtlich erschwert werden.

Eine weitere Notwendigkeit für eine spezielle Telemedizingesetzgebung besteht darin, dass mit Schwerpunktsetzungen der Entwicklung der Telemedizin angesichts potentiell unbegrenzter IT- Möglichkeiten eine bestimmte Richtung gegeben werden kann (z.B. die Kompatibilität von neuen Telemedizinangeboten zur vorhandenen Telematik-Infrastruktur oder die Definition von patientenzentrierten Nutzenkriterien etc.)

Gesetzliche Schwerpunktsetzungen können darüber hinaus auch zu einer beschleunigten Umsetzung von telemedizinischen Projekten in die Regelversorgung führen.

In diesem Zusammenhang wäre eine klare Differenzierung telemedizinischer Leistungserbringung wünschenswert. Unterschieden werden sollten

- a) die medizinisch gleichwertige Substitution einer bisher ausschließlich in der Präsenzmedizin erbrachten Leistung (z.B. Teleradiologie – es ist unerheblich, ob die Workstation zur Interpretation eines CT-Befundes fünf Meter im Nachbarraum des CT-Scanners oder sich 50 km entfernt befindet) und
- b) die grundsätzlich von der bisherigen Präsenzpraxis abweichend erbrachten telemedizinischen Patientenbetreuungsformen, die zu einer Verbesserung patientenzentrierter Endpunkte (Mortalitäts- und Morbiditätsreduktion, Verbesserung der Lebensqualität) gegenüber der Standardmethode führen sollen (z.B. Telemedizinische Mitbetreuung von kardiologischen Hochrisikopatienten).

Die Mehrzahl der telemedizinischen Anwendungen gehört zur Gruppe a) und sollte den *Nachweis der Gleichwertigkeit* im Regelbetrieb führen können.

Nur die wenigen Telemedizin-Szenarien der Gruppe b) müssen in randomisierten klinischen Studien den *Nachweis der Überlegenheit* als neue Methode führen.

