

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen am 04.11.2015

Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen	Durchwahl/Name	Datum
--------------------	---------------	----------------	-------

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Möglichkeit einer Stellungnahme.

Einführung

Das geplante E-Health-Gesetz hat der Telemedizin in Deutschland 2015 schon im Vorfeld einen deutlichen Impuls und Dynamik gegeben. Das Interesse am Potential der Telemedizin für eine wohnortnahe, hochqualitative medizinische Versorgung ist in der Bevölkerung verstärkt worden.

Das Ziel der Bundesregierung, zur Standardisierung, Sicherung und Realisierung telemedizinischer Anwendungen und digitaler Kommunikation im Gesundheitswesen beizutragen, ist zentral für die Weiterentwicklung der Telemedizin. Eine größere Rechtssicherheit und eine sichere Telematikinfrastruktur sind die Voraussetzung und die Grundlage, um einen flächendeckenden Wirkbetrieb der Telemedizin umzusetzen.

In dieser Stellungnahme zum Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen wird insbesondere auf zwei Punkte eingegangen:

1. Einführung des Notfalldatensatzes
2. Vergütung telemedizinischer Leistungen

1. Einführung des Notfalldatensatzes

Die Einführung des Notfalldatensatzes wird ausdrücklich begrüßt. Die im Gesetz vorgenommenen Regelungen sind sachgerecht, insbesondere das Leserecht nicht –approbierter Gesundheitsberufe. Langfristiges Ziel sollte

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Dr. Robert G. Gossink

Vorstandsvorsitzender
Prof. Dr. med. Thomas H. Ittel

Kaufmännischer Direktor
Dipl.-Kfm. Peter Asché

Sparkasse Aachen · BIC: AACSD33
BLZ: 390 500 00 · Kto.: 13 004 015
IBAN: DE27 3905 0000 0013 0040 15
Commerzbank AG · BIC: DRESDEFF390
BLZ: 390 800 05 · Kto.: 203 309 400
IBAN: DE79 3908 0005 0203 3094 00
UST-IdNr.: DE813100566

**Klinik für Operative Intensivmedizin
und Intermediate Care**

die Möglichkeit sein, dass der Patient einen Notfalldatensatz in ganz Europa verfügbar hat.

Ein zentraler Punkt ist, dass der Inhalt des Notfalldatensatzes definiert werden muss. Dafür bieten sich medizinische Fachgesellschaften an, die im Notfallmedizinischen Bereich sehr aktiv sind und über die notwendige tiefgreifende Erfahrung und Exzellenz verfügen. Vor allem ist z.B. die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) als Fachgesellschaft zu nennen. Die DGAI hat bereits eine ständige Kommission Telemedizin und eHealth gegründet und Strukturempfehlungen im Bereich Telemedizin publiziert (Marx G. & Koch T. Telemedizin in der Intensivmedizin: Strukturempfehlungen der DGAI Anästh Intensivmed 2015;56:257-261).

2. Vergütung telemedizinischer Leistungen

Das zentrale Hindernis zur umfangreichen Etablierung in der Fläche ist die fehlende Abrechenbarkeit von Telemedizin. Diese existiert nur rudimentär für wenige Spezialfälle. Im Referentenentwurf des E-Health-Gesetzes soll mit der teleradiologischen Befundung eine erste Abrechnungsziffer mit sanktionsbewährtem Mechanismus eingeführt werden. Weitere Telemedizinleistungen nach dem Verfahren nach § 87a SGB V in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) müssen schnellstmöglich auch mit aufgenommen werden, insbesondere Telemonitoringverfahren (z.B. für die Bereiche orale Antikoagulation, Blutdruck, Diabetes, Herzschrittmacher). Stellvertretend sei dies für die orale Antikoagulation kurz erläutert:

Gegenwärtig ist ein Versorgungsproblem festzustellen. Für die Selbstmessung des INR-Wertes in der Antikoagulationstherapie gibt es vielfache Evidenz (AWMF S3 Leitlinie Thromboembolie-Prophylaxe_2010). Die regelmäßige Selbstmessung innerhalb der Antikoagulationstherapie kann dabei auch durch die neuen Antikoagulantien nur für umgrenzte Patientengruppen entfallen. Für wesentliche Patientengruppen ist die Selbstmessung hingegen weiterhin nutzbringend und ohne Alternative für die Therapiesteuerung. Die Selbstmessung ist jedoch gegenwärtig insuffizient. In der Folge treten definierte Qualitätsmängel auf: Hauptgrund dafür ist, dass die Kontinuität und Qualität der häuslichen Selbstmessung trotz obligater Patientenschulung unzureichend ist. Zudem ist die spezifische haus- und fachärztliche Betreuung an dieser Stelle defizitär, da lediglich über die Grundpauschale vergütet.

Dies ist gesundheitspolitisch relevant. Einerseits sind vor allem vermeidbare Schlaganfälle, Blutungen und dergleichen zu verzeichnen,

**Klinik für Operative Intensivmedizin
und Intermediate Care**

andererseits ist auch zu bedenken, dass die Krankenkassen den Patienten die Kosten der Selbstmessung (Schulung, Geräte, Messstreifen) erstatten.

In Studien konnte nun gezeigt werden, dass die Prozessinnovation über eine telemedizinische Unterstützung die Qualität der Antikoagulationstherapie deutlich verbessern kann (Koerfer et al. Current Opinion in Cardiology 2009,24:130-135 und Koertke et al. Circulation. 2003; 108 [suppl II]:II-75-II-78).

Gegenwärtig ist die haus- und fachärztliche Betreuung des Patienten im häuslichen Umfeld, z.B. in Form der kontinuierlichen Auswertung der Messergebnisse und der (telefonischen) Beratung des Patienten im EBM nicht enthalten. Lediglich die Messung des INR-Wertes durch den Haus- oder Facharzt kann über die EBM-Ziffer 32026 abgerechnet. Die Messung in der Arztpraxis kann aber für die Verlaufskontrolle nur die Ausnahme sein.

Der EBM wäre demnach um eine entsprechende Gebührenposition „Telemetrische Verlaufskontrolle des INR-Wertes - mit Beratung, ohne Beratung“ zu erweitern.

Sehr gerne stehe ich Ihnen für Rückfragen und eine Fortführung der Diskussion zur Verfügung und verbleibe mit freundlichen Grüßen,

Ihr

Gernot Marx