

Warum kann man in Deutschland nicht online zum Arzt gehen?

Positionspapier der zertifizierten Videodienstanbieter

07. März 2019

Einleitung

Videodienstleister stellen technische Lösungen zur Verfügung, die eine ortsunabhängige Behandler-Patienten-Interaktion im Rahmen einer Videosprechstunde ermöglichen. Die Videosprechstunde soll die Gesundheitsversorgung vereinfachen und verbessern. Technische Zuverlässigkeit, Datenschutz und Benutzerfreundlichkeit sind dabei handlungsleitend.

Auch im zweiten Jahr nach der Aufnahme der Videosprechstunde in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist die Nutzung durch Ärzte gering. Vor diesem Hintergrund werden die aktuellen Gesetzesinitiativen zur Stärkung und Ausweitung der Videosprechstunde¹ seitens der Videodienstleister begrüßt. Auch die aktuellen Anpassungen im Berufsrecht der Ärzte und Psychotherapeuten, die die Anwendung von Fernbehandlungen weitgehend in das Ermessen der Behandler legen², stellen einen bedeutungsvollen Fortschritt dar.

Im Widerspruch zu diesen positiven Entwicklungen sowie dem Ansinnen der Anbieter und dem Wunsch der Patienten nach Telemedizin stehen jedoch Teile der derzeitigen Vorgaben zur Videosprechstunde.³ Die Vertreter der zertifizierten Videodienstleistern nehmen die anstehende Änderung dieser Regularien⁴ zum Anlass, um gemeinsam im Folgenden aus ihrer Sicht notwendige Anpassungen darzulegen.

1. Notwendige Änderungen der Vorgaben

Einige der derzeitigen Vorgaben erschweren die Anwendung der Videosprechstunde, ohne einen klaren Mehrwert zu bieten. Zu nennen sind hier insbesondere folgende Punkte:

- *Schriftliche Einwilligung des Patienten:* Das Erfordernis einer schriftlichen Einwilligung des Patienten vor der Videosprechstunde stellt einen Medienbruch dar. Diese Einwilligung sollte daher unter Wahrung der rechtlichen Pflichten unbedingt digital erfolgen.
- *Erzwungene Peer-to-Peer-Verbindung:* Die Pflicht, die Videosprechstunde ausschließlich als *Peer-to-Peer-Verbindung* zu gestalten, ist unter Umständen ein weiteres Hemmnis. Folgende Anpassung ist erforderlich: Initial muss durch die Software immer versucht werden eine Peer-to-Peer-Verbindung zwischen den Gesprächsteilnehmern aufzubauen - auch für den Fall, dass mehr als zwei Gesprächspartner involviert sind. Sollte dies technisch, z.B. durch NAT (network

¹ Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz, Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung, Terminservice- und Versorgungsgesetz, siehe: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen.html>

² Siehe (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2018): <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/> & Muster-Berufsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Recht/Satzungen_und_Ordnungen/Muster-Berufsordnung_der_BPtK.pdf

³ Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V, siehe: http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_31b_Videosprechstunde.pdf

⁴ SGB V § 87 Absatz 2a, siehe: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_87.html

adress translators) oder Firewalls der Gesprächsteilnehmer, nicht möglich sein, ist die Verwendung eines TURN (Traversal Using Relays around NAT)-Knotens auf einem Server mit Standort in der EU zulässig. In allen Fällen muss die Verbindung stets Ende-zu-Ende verschlüsselt sein.

- *Nachweis über Zertifizierung der Anbieter gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen:* Die fehlende Standardisierung beim Erbringen des Nachweises über die Zertifizierung der Anbieter gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erschwert die Prozesse für Ärzte und Anbieter. Derzeit fordern alle KVen unterschiedliche Formate. Demgemäß ist ein einheitlicher, für alle Kassenärztlichen Vereinigungen gültiger Nachweis wünschenswert.

2. Miteinbezug der Anbieter

Ein regelmäßiger, institutionalisierter Austausch der Anbieter mit der Selbstverwaltung wird angeregt, um einen notwendigen Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch zu gewährleisten, dessen Ergebnisse unbedingt bei der Gestaltung zukünftiger Vorgaben berücksichtigt werden sollten.

3. Verzicht auf eine Zertifizierung der Videosprechstunde als Medizinprodukt

Es gelten umfassende Anforderungen an Datenschutz und Informationssicherheit für Videodienstanbieter sowie eine Pflicht zur Zertifizierung.⁵ Dies wird befürwortet, da so die Vertraulichkeit des Online-Arzt-Gesprächs bei der Verwendung eines zertifizierten Anbieters sichergestellt und nachgewiesen werden kann. Eine darüber hinausgehende, weitere Zertifizierung als Medizinprodukt ist nicht erforderlich, da die Videosprechstunde als Software kein Medizinprodukt ist. In diesem Zusammenhang ist ein Vergleich mit den USA lehrreich: Im Rahmen des 21st Century Cures Acts hat die Food & Drug Administration (FDA) alle medizinischen Geräte von der Verpflichtung zur Zertifizierung ausgeschlossen, die kein aktives Patienten-Monitoring durchführen, sondern sich auf die Speicherung und Weiterleitung von Daten beschränken.⁶

4. Regelungsbedarf bei der digitalen Identifikation des Patienten

Der Gesetzgeber plant mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) die Basis für die digitale Identifikation von Patienten im Rahmen der Videosprechstunde zu schaffen.⁷ Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Identifikation über verschiedene Endgeräte möglich und unabhängig vom Smartphone sein muss. Bis zur flächendeckenden Einführung der eGK braucht es eine pragmatische Lösung zur Identifikation in der Videosprechstunde. Die Videodienstanbieter schlagen in diesem Zusammenhang eine Sichtvalidierung von Lichtbildausweis und Versichertenkarte des Patienten durch die Leistungserbringer zu Gesprächsbeginn vor. Dieses Verfahren hat den Vorteil, dass keine weiteren Patientendaten bei den Anbietern gespeichert werden müssen.

5. Gleichstellung zwischen analogem und digitalem Kontakt bei der Vergütung

Um Telemedizin wie gesetzlich festgeschrieben „in einem weiten Umfang“⁸ zu ermöglichen, braucht es eine leistungsgerechte Vergütung für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, die keine finanzielle Einbuße gegenüber dem analogen Vor-Ort-Kontakt darstellt. Nur wenn Leistungserbringer Anreize zur Durchführung von Videosprechstunden vorfinden, werden sie diese auch anbieten und durchführen. Dementsprechend ist eine Gleichstellung des analogen und des digitalen Kontaktes bei der Vergütung erforderlich. Konkret bedeutet dies das Auslösen der Behandlungspauschale bei einem Videosprechstunden-Kontakt pro Quartal. Eine Anpassung der Vergütung für die Videosprechstunde

⁵ Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V, siehe: http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_31b_Videosprechstunde.pdf

⁶ U.S. Food & Drug Administration: <https://www.fda.gov/MedicalDevices/DigitalHealth/default.htm>

⁷ Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung, siehe: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/T/Kabinettsvorlage_Gesetzesentwurf_TSVG.pdf

⁸ SGB V § 87 Absatz 2a, siehe: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_87.html

und eine Abrechnungsmöglichkeit für den Erstkontakt mit Patienten sind obligat, um Telemedizin in Deutschland flächendeckend zum Einsatz zu bringen. Von einer Budgetierung der Leistung sollte abgesehen werden. Die Schaffung eines separaten Budgets für Telemedizin wird angeregt.

Fazit

Es ist nachvollziehbar, dass die Etablierung neuer Technologien im Gesundheitswesen aufgrund der Vielzahl der zu berücksichtigenden Interessen nur schrittweise erfolgt. Unverständlich bleibt, warum eine nachweislich sichere, politisch gewollte und medizinisch und therapeutisch sinnvolle Technologie wie die Videosprechstunde durch übermäßige Regulierung und mangelnde Finanzierung behindert wird. Die Anbieter hoffen, dass die anstehende Änderung der Vorgaben Abhilfe schafft und dafür sorgt, dass man in Deutschland bald online zum Arzt gehen kann.

Vertreter der zertifizierten Videodienstleister

Alexander Wilms, Geschäftsführer, RED Medical Systems GmbH

Klaus Donhauser, Geschäftsführer La-Well Systems GmbH & Luise Kumpf, Product Manager CGM ELVI, La-Well Systems GmbH

Mark Zondler, Geschäftsführer, Snapview GmbH

Stefan Knobl, Geschäftsführer, Facharzt-Sofort-GmbH

Dr. Peter Zeggel, Geschäftsführer, arztkonsultation ak GmbH

Tim Schneider, Product Manager - Key Account Manager, Deutsche Arzt AG

Heinz Gänsslen, Geschäftsführer, WoMBA GmbH

Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik, Geschäftsführer, Bayerische TelemedAllianz UG

Dr. Matthias Kuss, CEO, XPERTyme GmbH

Seko Williams, Geschäftsführer, SWIL Systems UG

Nicolas Schulwitz, Geschäftsführer, Patientus GmbH & Dr. Felix Schirmann, Leiter Operatives Geschäft, Patientus GmbH