



**Leitsätze zur Implementierung telemedizinischer Leistungserbringung (Kommission Telemedizin der DGIM)**

Professor Dr. med. Dr. h.c. Diethelm Tschöpe, Vorsitzender der Kommission Telemedizin der DGIM, Direktor des Diabeteszentrums HDZ NRW (Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen) in Bad Oeynhausen, Universitätsklinik Ruhr-Universität Bochum, Vorsitzender der Stiftung DHD (Der herzkranken Diabetiker).

**(1) Indikationsbezug**

Telemedizinische Angebote sollen vorrangig zur Kompensation erkennbarer Versorgungs- und Qualitätsdefizite entwickelt werden. Eine Priorisierung von Handlungsfeldern ist unter dem Gesichtspunkt einer Soll-Ist-Bedarfsanalyse in Abhängigkeit von medizinischer und technischer Machbarkeit unumgänglich.

**(2) Nutzen**

Telemedizinische Leistungen müssen vor allem Nutzen für Patienten zeigen. Nutzenkriterien sind Verringerung von Mortalität und Morbidität, Verbesserung von Lebens- und Versorgungsqualität, aber auch prozessuale oder wirtschaftliche Optimierung.

**(3) Akzeptanz**

Telemedizin verknüpft die Patienten mit den Akteuren im Gesundheitswesen, vorrangig den Ärzten in Klinik und Praxis. Im Regelfall sollten Pflegekräfte, Apotheker, industrielle Anbieter und Kostenträger eingebunden werden. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist die Bereitschaft zur Mitwirkung durch indikationsbezogene Einbindung aller Beteiligten bereits in der Projektphase.

**(4) Qualitätssicherung**

Virtuelle Leistungserbringung muss indikationsbezogene Qualitätsindikatoren berücksichtigen und sich mit dem allgemeinen Leistungsgeschehen „benchmarken“. Grundgedanke ist das „Best practice“-Prinzip, um zu verhindern, dass Substitutions- und Wirtschaftlichkeitsdruck Telemedizin instrumentalisieren und zu einer Aushöhlung etablierter Qualitätsstandards führen.

**(5) Standesvorbehalt**

Ärztliche Leistungserbringung in der virtuellen Anwendungsumgebung muss den gleichen ethischen und rechtlichen Prinzipien wie in der Präsenzmedizin folgen. Die Akteure sind zu einer



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

anwendungsbezogenen Umsetzung dieses Äquivalenzprinzips aufgerufen, die die ärztliche Kontrolle telemedizinischer Leistungserbringung sicherstellt.

### (6) Exzellenz

Jedwede Entwicklung telemedizinischer Leistungsangebote ist am wissenschaftlichen Erkenntnisstand, idealerweise in Leitlinienhinterlegung, zu orientieren. Dabei ist aufgrund der medialen Pluralität von Telemedizin zu fordern, dass die Fortentwicklung des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns besonders zeitnah einzupflegen ist.

### (7) Transparenz

Telemedizin entwickelt neue Leistungsangebote unter Inanspruchnahme innovativer, teils systemfremder Produkte und Strukturen, die über den Begriff der ärztlichen Leistungserbringung hinausgehen. Ohne Regulation besteht die Gefahr proprietärer Systemlösungen, die zu Monopolstrukturen führen können. Eine solche Entwicklung muss vermieden werden. Gerade unter dem Anspruch der Übernahme in die Regelversorgung besteht die Notwendigkeit eines strikten Transparenzgebotes als Grundlage einer angemessenen Verhandlungssymmetrie zwischen den Akteuren.

### **Akklamation:**

Ein großes Problem der Telemedizin besteht darin, dass selbst bei Erfüllung des vorgenannten Kriterienkataloges die Überführung in die Regelversorgung von der Erstattungsfähigkeit abhängt, für die es zurzeit keine gesicherten SOPs (Standard Operating Procedures) gibt.

Wir regen an, dass die Bundesärztekammer (BÄK) mit der zuständigen Körperschaft Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) versucht, für die telemedizinische Leistungserbringung berechenbare Pfade zu definieren, nach denen eine Erstattung in der Regelversorgung, gegebenenfalls auch nach individuellem Indikationsbezug möglich und planbar wird.

Wiesbaden, April 2014