

„WIR BRAUCHEN EINE AUFWEICHUNG DER SEKTORENGRENZEN“

Seit Januar gibt es in Deutschland zum ersten Mal Abrechnungsziffern für eine Telemonitoring-Indikation, die chronische Herzinsuffizienz. Ein Erfolg auf der ganzen Linie oder eher ein erster Schritt, dem weitere folgen müssen? Was entsteht da jetzt in der Versorgung, und welche Erwartungen gibt es an die Ampelkoalition und die Länderregierungen? **Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann**, Vorstandsvorsitzender des Ärztenetzes Medizin und Mehr (MuM) in Bünde, und **Rainer Beckers**, langjähriges Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin geben eine Einschätzung.

Haben Sie bei MuM schon Telemonitoring-Erfahrungen gesammelt oder planen Sie derzeit entsprechende Angebote?

Beckmann: Sowohl als auch. Wir hatten im Rahmen unserer Videosprechstunde, die wir 2015 als eines der ersten Ärztenetze in der Bundesrepublik aufgesetzt haben, Telemonitoring-Schnittstellen implementiert. Wir haben dann aber festgestellt, dass die damaligen User:innen damit überfordert waren. Jetzt sind wir sieben Jahre weiter und haben mit dem ZTG ein neues Projekt, das in naher Zukunft an den Start geht, bei dem wir über Smartwatches eine Herzdiagnostik machen wollen. Ein wesentlicher Faktor ist unserer Erfahrung nach, eine koordinierende Stelle zu haben, einen Kümmerer vor Ort, um Patient:innen wie User:innen zu begleiten. Das haben wir über die Jahre gelernt, weshalb wir das jetzt immer als Erstes bei solchen Projekten in Angriff nehmen, bevor wir an die Technik gehen. Wenn das gegeben ist, bin ich sehr zuversichtlich, was künftig die Implementierung von Telemonitoring in der Fläche angeht.

Wie sehen Sie aus Ärztenetztsicht die neuen Regelungen zum Telemonitoring? Helfen die Ihnen?

Beckmann: Grundsätzlich ist es erst einmal großartig, dass G-BA und Bewertungsausschuss überhaupt so einen Ziffernblock geschaffen haben.

Sie senden damit ein Signal, dass weitere Digitalisierung für nötig und sinnvoll gehalten wird. Die Ziffern für Zuweiser:innen und das Telemedizinzentrum (TMZ) sind in ihrer Höhe sehr unterschiedlich, aber ich sehe schon den großen technischen Aufwand in den TMZ, weshalb ich das für gerechtfertigt halte. Wichtig ist, dass es ein offenes System wird, sodass auch zum Beispiel ambulante kardiologische Großpraxen die Möglichkeit bekommen, daran teilzunehmen.

Herr Beckers, wie bewerten Sie, wie bewertet die DGTelemed die neuen Regelungen?

Beckers: Im Moment müssen wir feststellen, dass diejenigen, die das Telemonitoring in den letzten 20 Jahren aufgebaut haben, nämlich die Krankenhäuser, in die Röhre gucken. Sie werden von dieser Vergütung erst einmal nicht profitieren können. Insofern war ich angesichts der Tatsache, dass wir im stationären Bereich schon entsprechende Strukturen haben, etwas enttäuscht. Was die Vergütungsziffern angeht, glaube ich, dass die Aufgabenverteilung zwischen einem TMZ und dem persönlichen, betreuenden Arzt sinnvoll dargestellt ist. Die eingeplanten Infrastrukturkosten sind eher zurückhaltend kalkuliert, es geht ja immerhin um drei Devices plus telemedizinische Patientenakte. Klar ist, Telemonitoring wird kein Selbstläufer, der

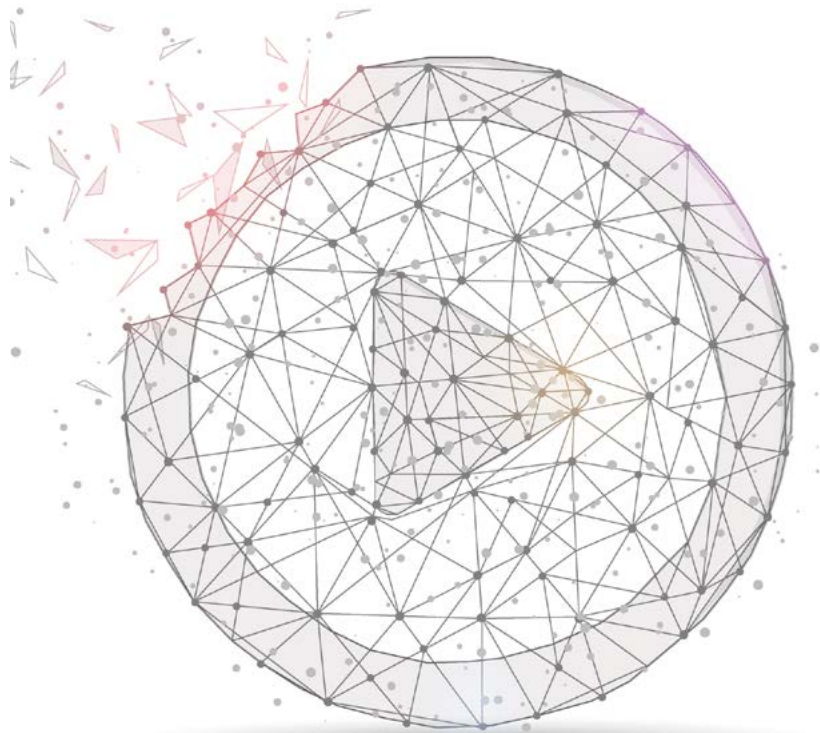
auf Knopfdruck gestartet werden kann. Wenn wir mit diesen Tools das Schicksal der chronisch Kranken verbessern wollen, was möglich ist, dann brauchen wir auch eine Anerkennung der koordinierenden Leistung. Und das scheint mir zu fehlen.

Bei der Herzinsuffizienz wurde jetzt der „klassische“ Weg des deutschen Gesundheitswesens beschritten, nämlich eine Bewertung durch den G-BA mit Verhandlung einer EBM-Ziffer im Erweiterten Bewertungsausschuss. Die DGTelemed hat sich dazu wiederholt kritisch geäußert. Warum?

Beckers: Unsere These ist: Telemonitoring ist keine neue medizinische Methode, sondern es ist eine Prozessverbesserung. Wir machen mit Telemonitoring keine neue Medizin, sondern wir sagen: Wenn die Medizin gute Gründe hat, dass das Beobachten von Vitalwerten sinnig ist, dann muss das nicht noch mal neu überprüft werden, nur weil ich ein digitales Verfahren einführe. Der G-BA ist für riskante, neue medizinische Prozeduren die richtige Einrichtung, aber wenn es darum geht, Prozessoptimierung zu unterstützen, brauchen wir dieses zeitaufwendige Verfahren nicht.

Was wäre eine Alternative?

Beckers: Wir sollten darüber nachdenken, Telemonitoring in die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) zu



E-HEALTH-COM VIDEOSPRECHSTUNDE



In der E-HEALTH-COM Videosprechstunde treffen wir in unregelmäßigen Abständen Experten aus der Gesundheits-IT- und Digital-Health-Branche zu einem virtuellen Interview, das im Heft in Kurzform abgedruckt wird. Weitere Informationen finden Sie unter dem Barcode.

Diesmal zu Gast im virtuellen Sprechzimmer sind **Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann** (o.), Vorstandsvorsitzender des Ärztenetzes Medizin und Mehr (MuM) in Bünde, und **Rainer Beckers** (u.), Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed).

integrieren. Wir könnten einen „Fast Track“ für Telemonitoring bauen nach dem Vorbild der DiGA oder beides vielleicht sogar noch enger verzahnen. Ein anderes Thema sind die Disease-Management-Programme. Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass man als ersten Schritt die Digitalisierung der DMP beim Vitalwerte-Monitoring zumindest nicht mehr verbietet, sondern den Akteur:innen eine Wahlfreiheit schafft. De facto ist digitales Vitalwerte-Monitoring im DMP heute verboten. Wünschen würde ich mir, dass bei den DMP eine Vergütungsaufwertung für die Digitalisierung vorgesehen wird, orientiert am zusätzlichen Nutzen und den Einspareffekten.

Wie sehen Sie eine beschleunigte Zulassung des Telemonitorings mit möglicher Integration ins DMP, Herr Beckmann?

Beckmann: Grundsätzlich wäre ein beschleunigtes Verfahren für die Zulassung von Telemonitoring zu begrüßen. Wir haben einfach Nachholbedarf im internationalen Vergleich. Aber jetzt die Regeln des DMP zu erweitern, wird so lange nicht funktionieren, wie es nicht eine vernünftige Refinanzierung dafür gibt, zumindest in den ersten Jahren. Wir sind damit bei einem grundsätzlichen Problem der Projektfinanzierung im Gesundheitswesen. Solange wir eine duale Finanzierung haben, kommen wir immer an den Punkt, an dem der eine oder andere sagt, wir sind nicht mehr zuständig. Wir brauchen eine Aufweichung der Sektorengrenzen, und da ist die Politik gefordert. Wenn wir aufhören würden, das Geld immer aus verschiedenen Töpfen zu holen, würde das die Implementierung solcher Technologien fördern.

Der Koalitionsvertrag der Ampelkoalition gibt dafür ja zumindest ein paar Ansatzpunkte, Stichworte Regionalisierung und auch Hybrid-DRGs. Ein Weg?

Beckers: Ich kann mir das sehr gut vorstellen. Wir sollten nur nicht den Fehler machen, die Hybrid-DRGs so zu definieren, dass einfach beide Seiten sie abrechnen dürfen. Für mich ist eine Hybrid-DRG eine Abrechnungsziffer, die in gemeinsamer Verantwortung abgerechnet wird, durchaus mit regionaler Differenzierung, weil die Strukturen nicht überall gleich sind. Das wäre mein dringender Appell. Zusätzlich würde ich mir wünschen, dass gute Arbeit, dass Qualität honoriert wird, zum Beispiel wenn mit Telemonitoring die Nachsorge optimiert wird. Das ist nicht immer unkompliziert, und es sollte dann auch belohnt werden.