

# Telemedizinische Optionen in der Betreuung



Telemedizinische Ansätze haben in der Corona-Pandemie ihren Platz in der Betreuung und Versorgung von Patientinnen und Patienten gefunden. Diese Ansätze bringen viele Vorteile mit, aber alles ist noch nicht geklärt. Offene Fragen sind z. B. die Honorierung und der Datenschutz. Wie sieht es in der aktuellen Realität mit diesen Angeboten aus und was wird die Zukunft bringen?

**Dr. Hansjörg Mühlen, Duisburg**

Telemedizinische Behandlungs-Konzepte haben in der Corona-Pandemie einen erheblichen Aufschwung erlebt. Die Vorteile einer telemedizinischen Behandlung durch Video-Sprechstunde und Video-Schulung möchte ich hier im Einzelnen nicht wiederholen. Das Unternehmen Capterra hat eine Befragung durchgeführt mit über 4000 Patienten aus Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und Großbritannien, die in den zurückliegenden 12 Monaten einen medizinischen Termin wahrgenommen haben. In Deutschland waren es nur 17% der Befragten, die bereits einen telemedizinischen Arzttermin genutzt hatten. In Großbritannien waren es 54%, in den Niederlanden 31% und in Frankreich 28%. 91% der deutschen Befragten möchten Telemedizin auch in Zukunft nutzen. 61% der Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie durch den Telemedizin-Termin ihr Problem lösen konnten. Die Telemedizin wurde vor allem genutzt, weil die telemedizinische Beratung ohne Zeitverlust durch die Anfahrt und ohne Wartezeit in der Arztpraxis erfolgen konnte, schneller ein Ter-



## Video-Sprechstunde

min zu bekommen war und außerdem einen besseren Schutz vor einer möglichen Ansteckung für die Befragten selbst und andere bot [Bahr I 2021]. Das zeigt auch eine repräsentative forsa-Umfrage unter 2020 Befragten, die von der BKK Mobil Oil in Auftrag gegeben wurde. 25% der Befragten, die in den 12 Monaten zuvor telemedizinisch durch einen Arzt beraten wurden, gaben an, Telemedizin häufiger als vorher zu benutzen. 64% wünschten sich, dass das Angebot der Telemedizin auch nach der Corona-Pandemie verfügbar ist [Mobil Krankenkasse 2021].

**Video-Konferenzen und Online-Fortbildungen werden auch nach der Corona-Pandemie ein fester Bestandteil unseres Lebens bleiben.**

Die Teilnahme an Video-Konferenzen für Meetings und Fortbildungen, Online-Fortbildungen, Webinaren und Online-Kongressen ist für Ärz-

tinnen/Ärzte und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Kliniken und Praxen in die Routine übergegangen. Obwohl sich alle auf den persönlichen Austausch bei Präsenz-Veranstaltungen freuen, werden Video-Konferenzen und Online-Fortbildungen auch über die Corona-Pandemie hinaus ein fester Bestandteil unseres beruflichen (und eventuell auch des privaten) Lebens bleiben. Auch wenn die im aktuellen D.U.T-Report publizierten Befragungsergebnisse darauf hinweisen, dass die Bedeutung von telemedizinischen Betreuungs-Konzepten deutlich höher eingeschätzt wird als vor einem Jahr, ist das Angebot von Video-Sprechstunde und -Schulung nur in wenigen diabetologischen Schwerpunkt-Einrichtungen ein fester Bestandteil der Behandlung geworden.

### Video-Sprechstunde

Die Video-Sprechstunde hat durch die Corona-Pandemie anfangs einen Boom erlebt. Hilfreich war sicher, dass in den meisten Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) der Video-Kontakt als persönlicher Kontakt anerkannt



## Internet- Anbindung

wurde und damit die Abrechnung einer ganzen Reihe von Ziffern möglich war, die Limitierung auf 50 Video-Kontakte pro Quartal aufgehoben und die Honorierung verbessert wurden. Die meisten Fördermaßnahmen und Erleichterungen waren bis Ende 2021 verlängert worden. Auf den anfänglichen Hype folgte eine Ermüdung, wie sie bei vielen Änderungen der Lebens- und Arbeitsroutinen auftreten. Nach Sinken der Infektionszahlen wurden in vielen Praxen und Klinik-Ambulanzen die Sprechstunden wieder in bekannter Art fortgeführt. Das Patienten-Management und die Einführung der Impfungen in den Arztpraxen belastete die Ressourcen so erheblich, dass für das Einführen und Aufrechterhalten einer neuen Arbeitsmethode kaum Energie und Zeit blieb. Nur in wenigen Praxen und Klinik-Ambulanzen wurden das Zeit-Management und die Sprechstunden-Planung auf eine Video-Sprechstunde hin eingerichtet.

### Video-Schulung und Video-Workshops

Ähnliches gilt für die Video-Schulung. Nach Lockerung der Corona-Regeln, der frühzeitigen Impfung von Praxis- und Klinik-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern und dem zuneh-

menden Impfschutz der Patientinnen und Patienten konnten wieder mehr Präsenz-Schulungen angeboten werden. Die anfänglich eher emotionale Diskussion über Video-Schulungen hat nicht zuletzt durch die offene Diskussion der beteiligten Verbände und eigene Erfahrungen der Protagonisten eine sachliche Ebene erreicht.

**Aus der eher emotionalen Diskussion über Video-Schulungen wurde inzwischen eine sachliche Diskussion.**

Die Ablehnungs-Gründe für das Durchführen von Video-Schulungen seitens der Praxen und Kliniken waren vielfältig und sollen im Folgenden den aktuellen Konsens wiedergeben:

1. **Unzureichende Geschwindigkeit bei der Internet-Anbindung von Patienten und Praxis**  
Dieses Argument besteht weiterhin und ist im Einzelfall auch nicht zu entkräften. Dies ist aber kein Argument gegen die Video-Sprechstunde und -Schulung, sondern zeigt nur die Notwendigkeit eines raschen Breitband-Ausbaus nicht zuletzt auch

im Hinblick auf den Ausbau der Telematik-Infrastruktur (TI) und die flächendeckende Einführung der ePA.

## 2. Mit Video-Schulung erreicht man nicht alle Patienten

Es besteht ein überwiegender Konsens, dass die Video-Schulung nicht Ersatz der Präsenz-Schulung ist, sondern ein ergänzendes Angebot für bestimmte Patienten-Gruppen darstellt. Es geht darum, die richtige Schulungsform für den individuellen Menschen anzubieten und somit einen höheren Grad der Personalisierung zu erreichen. Dies gilt auch für die Art der Schulung, der Wissens-Vermittlung und der Verhaltens-Änderung.

## 3. Fehlende Honorierung

Von zahlreichen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen werden die Video-Schulungen anerkannt und wie die Präsenz-Veranstaltungen honoriert. Inwieweit dies auch nach der Corona-Pandemie bleibt, muss abgewartet werden und ist sicher auch abhängig von der weiteren Diskussion und den Verhandlungen mit den KVen.

## 4. Unzureichender Datenschutz

Datenschutz-Probleme bei Video-Dienstleistern haben dazu beigetragen, die Video-Konferenz-Systeme nicht für die Schulung zuzulassen, sondern nur die Portale zur Video-Sprechstunde. Damit wurde der Datenschutz erstmals gesichert. Inwieweit es bei Video-Schulungen ein Datenschutz-Problem gibt, muss mit juristischer Fachkenntnis weiter diskutiert werden. Auf jeden Fall müssen die Patientinnen und Patienten für die Schulung eine gesonderte Datenschutz-Erklärung abgeben.

## 5. KBV-zertifizierte Video-Programme sind unzureichend

Von den Krankenkassen und den KVen wurde für die Honorierung von Video-Schu-

lungen die Nutzung von KBV-zertifizierten Video-Portalen verlangt. Diese Portale bieten aber nur eine „peer-to-peer“-Verbindung zwischen Arzt und Patient, eine Konferenz-Schaltung war nicht Teil des Konzepts. Hier wurde eine Analogie zu den Video-Sprechstunden hergestellt. Das Problem war, dass es keine von der KBV zertifizierten Video-Konferenz-Systeme gab. Mittlerweile haben die Anbieter von Video-Sprechstunden-Portalen reagiert und ermöglichen zum Teil auch über ihre Portale die Video-Konferenz mit mehreren Teilnehmern. Allerdings haben sie nicht den Funktions-Umfang und die Video-Qualität von professionellen Video-Konferenz-Systemen. Die mangelnde Praktikabilität ist für viele Praxen und Kliniken ein Hinderungs-Grund für die regelhafte Einführung von Video-Schulungen.

**Es geht darum, die richtige Schulungsform für den individuellen Menschen anzubieten.**

## 6. Keine Evaluierung und Zertifizierung der Schulungs-Programme als Video-Schulung

Es ist richtig, dass die Evaluierung der Schulungs-Programme sich auf eine Präsenz-Schulung bezieht. Jedoch dürfte kein praktischer Anwender einen Zweifel daran haben, dass der positive Effekt einer Schulung auch durch die Vermittlung in einer Video-Konferenz erzielt wird. Selbst der Entwickler der meisten Schulungs-Programme, das Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Mergentheim (FIDAM), sieht in der Anwendung als Video-Schulung kein Problem.

Es besteht ein weitreichender Konsens, dass das Durchführen der zugelassenen Schu-

lungs-Programme als Video-Schulungen nur eine Änderung des Mediums darstellt und somit von der bereits vorhandenen Evaluierung erfasst wird.

Zudem werden die Schulungs-Programme in der Regel nicht streng nach dem Curriculum durchgeführt, sondern werden von den Diabetesberaterinnen und -beratern an den Bedarf der jeweils zu schulenden Patienten-Gruppen angepasst. Dies ist sinnvoll, notwendig und sogar ausdrücklich gewünscht.

Es ist sowieso zu diskutieren, ob statt einer lang dauernden und kostenintensiven Evaluierung die Zertifizierung und Zulassung eines neuen Schulungs-Programms durch eine Fachkommission nicht schneller, preiswerter und effizienter wäre. Insbesondere bei der sich rasch entwickelnden Diabetes-Technologie hinkt die Evaluierung eines Schulungs-Programms immer der Entwicklung um Jahre hinterher.

#### **7. Video-Schulung in Praxen und Kliniken öffnet den Markt für Video-Schulung durch Fremdanbieter und Industrie**

Die Online- und Video-Schulung durch Fremdanbieter, z.B. durch Webinare, ist bereits jetzt Realität. Die Forderung muss sein, dass eine Schulung, in welcher Form auch immer, Bestandteil einer ärztlichen Behandlung ist und bleiben muss. Jede Schulung hat das Ziel, das theoretische und praktische Diabetes-Wissen zu erhöhen und eine Änderung der Therapie-Routinen zu erreichen. Dies kann unmittelbar zur Notwendigkeit einer Anpassung der medikamentösen Therapie führen, weshalb jede Schulung in den Kontext einer ärztlich geführten Behandlungs-Strategie gehört.

Wenn die diabetologischen Praxen und Ambulanzen keine Online-Schulung anbieten, wird das Vakuum durch andere ausgefüllt.

#### **8. Bei Video-Schulungen kommt keine Gruppen-Dynamik auf**

Dieses Argument wird fast nur von Menschen gebracht, die selbst keine Video-Schulungen durchgeführt haben. Auch Präsenz-Schulungen werden teilweise nur mit einem „Durchschießen“ und Ablesen von Folien durchgeführt. Also hängen die Diskussion und die Gruppen-Dynamik eher von den pädagogischen Fähigkeiten der Schulungskraft ab als vom benutzten Medium. Zudem waren wir bei der Diskussion in vielen Fortbildungen über Video-Schulungen überrascht, mit welcher Begeisterung und Kreativität die Schulungskräfte an das neue Medium Video-Schulung herangegangen sind. Es bestand ein steter Wechsel von Folien der Schulungs-Programme, gemeinsamem Erarbeiten von Themen am digitalen Whiteboard (und wenn es anfangs nur ein leeres Word-Dokument war) oder am Flipchart vor der Kamera, wie auch Fragen und Diskussion der Teilnehmer. Über mangelnde Gruppen-Dynamik wurde von Schulungskräften mit Erfahrung in der Video-Schulung deutlich nicht geklagt. So ist auch zu erklären, dass im D.U.T-Report die Bedeutung der Video-Schulung von Befragten mit entsprechender Erfahrung insgesamt höher bewertet wird als von denjenigen ohne Erfahrung.

#### **9. Video-Schulung ist für Menschen mit Behinderung nicht geeignet**

Diesem Argument kann und muss aus vielerlei Erfahrungen und Berichten widersprochen werden. Menschen mit einer eingeschränkten Beweglichkeit stellt die Teilnahme an einer Präsenz-Schulung oft vor erhebliche organisatorische und logistische Herausforderungen, die bei Teilnahme an einer Video-Schulung weitgehend entfallen.



# Barrierefreiheit

**Die Video-Schulung stellt keine Ausgrenzung, sondern eine Form der Barrierefreiheit und der Integration dar.**

Gerade bei Menschen mit einer Seh- oder Hörbehinderung ist die Teilnahme an einer Schulung erst durch die Video-Schulung möglich, da ein großer Bildschirm bzw. die Nähe zum Bildschirm die verminderte Sehleistung ausgleichen kann und das Verwenden eines Kopfhörers bzw. das Erhöhen der Lautstärke helfen, den Hör-Verlust auszugleichen.

Programm	Beschreibung
CLARITY (Dexcom)	Online-Synchronisierung von Dexcom-CGM-Daten zum Praxis-/Klinik-Web-Portal, Zugang für Praxis/Klinik ist kostenpflichtig, Patienten-Zugang über Dexcom-App kostenfrei
LibreView (Abbott)	Online-Synchronisierung der CGM-Daten des FreeStyle Libre von Abbott zum Praxis-/Klinik-Web-Portal, Praxis-/Klinik-Account ist kostenpflichtig, Patienten-Zugang über App kostenfrei
CareLink (Medtronic)	Auslesen der Daten der Pumpen von Medtronic mit Web-Portal, insbesondere notwendig zum Auslesen der MiniMed 670G, abwärtskompatibel, Praxis-/Klinik-Account ist kostenpflichtig, Patienten-Zugang kostenfrei
diasend (Glooko)	Auslesen bzw. Online-Synchronisierung von diversen Glukosemess-Systemen, Insulinpumpen und Smart-Pens zum Praxis-/Klinik-Web-Portal, Praxis-/Klinik-Account ist kostenpflichtig, Patienten-Zugang kostenfrei

*Cloud-basierte Programme von Herstellern von CGM-Systemen und Insulinpumpen, die eine Synchronisierung von Patienten- und Praxis- oder Klinik-Accounts erlauben*

Somit stellt die Video-Schulung keine Ausgrenzung, sondern eine Form der Barrierefreiheit und der Integration dar.

Die Corona-Pandemie hat verdeutlicht, dass es Patienten-Gruppen gibt, die auch langfristig die Form der Video-Sprechstunde oder Video-Einzel- bzw. -Gruppenschulung bevorzugen, während andere Gruppen dies nur im Rahmen der Pandemie akzeptieren oder aber ganz konkret den ärztlichen Kontakt und Schulung durch das Fachpersonal vor Ort wünschen. Wie sich die langfristige Akzeptanz von Video-Kontakt-Möglichkeiten entwickelt, bleibt abzuwarten.

### Daten-Sammlung

Das Nutzen von Web- und Cloud-basierten Programmen zum Daten-Management von Glukosemonitoring-Systemen und Insulinpumpen hat sich als fester Bestandteil der Diabetes-Behandlung etabliert. Es gibt keine ernst zu nehmenden diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSPen), die nicht zumindest eins der bekannten Cloud-basierten Programme (siehe Tabelle Seite 251) nutzen. Wenn wir auch immer noch für jedes CGM-System ein eigenes Programm brauchen, ist deren Nutzung in den Workflow der Praxis eingegangen. Nach dem meist einfachen Freigabe-Prozess durch den Patienten stehen die Daten der Praxis jederzeit zur Verfügung. Insbesondere bei einer telefonischen oder telemedizinischen Konsultation (z. B. Video-Sprechstunde, verschlüsseltes Chat-Programm) kann dadurch eine Beratung basierend auf den aktuellen Daten erfolgen.

**Daten-Management  
mithilfe von Diabetes-  
Technologie ist  
integraler Bestandteil  
der Behandlung.**

Wünschenswert wären weiterhin ein einheitlicher Daten-Standard, und damit dann Software-Lösungen, in dem die Daten aller für die Diabetes-Therapie genutzten Medizin-Produkte direkt (ohne vorherige Erstellung einer CSV-Datei) zusammenlaufen, sodass eine einheitliche Darstellung und Auswertung der Daten ermöglicht wird. Die jeweils Unternehmens-spezifischen Lösungen können nur eine Übergangs-Lösung darstellen.

Daten-Management mithilfe von Diabetes-Technologie ist integraler Bestandteil der Behandlung von Patienten, sodass diskutiert werden sollte, ob die Kosten für die Software-Programme, die allein dem Auslesen von Hilfsmitteln eines Herstellers dienen, zulasten der Krankenkassen gehen sollten.

### Tele-Coaching

Wenn die Corona-Pandemie eins gezeigt hat, dann die Tatsache, dass die Basis der Behandlung insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen die persönliche Interaktion der Behandelnden mit den Patientinnen und Patienten im persönlichen Gespräch ist. Dies kann nicht durch Coaching-Apps oder Call-Center ersetzt werden. Zweifelsohne ist das Coaching von Patienten zum Lösen von spezifischen Problemen oder zum Einüben von neuen Lebens-Routinen sinnvoll und kann auch durch Apps oder externe Coaches erfolgen. Jedoch ist dies nur möglich im Rahmen eines ärztlich geführten Behandlungskonzepts, das den gesamten Menschen mit seinen spezifischen Lebens-Umständen erfasst.

Ein persönliches längerfristiges Coaching ist für viele Patientinnen und Patienten sicher sinnvoll, aber derzeit im Gesundheits- und Honorar-System bis auf wenige Ausnahmen nicht abgebildet. Der Erfolg von Coaching-Apps, begin-

nend bei Schrittzählern mit interaktiven Challenges bis zu Ernährungs-Programmen zeigt, dass immer mehr Patientinnen und Patienten – vor allem der jüngeren und mittleren Generation – einem Online-Coaching zugänglich sind und davon profitieren.

### Qualifikation in Praxis-Teams

Bisher bezog sich Fort- und Weiterbildung im Praxis-Team eher auf medizinische oder organisatorische Inhalte. Im Rahmen der Digitalisierung und der Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs, ordnungsfähige Software-Anwendungen und Apps) kommt nun eine neue Qualität dazu: die Anwendung von Apps, Chats und Video-Programmen. Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass dies Patientinnen und Patienten intuitiv können oder sich selbst beibringen. Ebenso wenig kann dies in der Sprechstunde nebenbei erfolgen. Sollen diese Anwendungen einen medizinischen Nutzen haben bzw. in die Routine des Praxis-Ablaufs integriert werden, müssen die Patientinnen

und Patienten eingewiesen und geschult werden wie bei jedem anderen Medizin-Produkt (Insulinpen, Insulinpumpe, CGM-System) auch. Hierfür brauchen die Praxen einen Technik-Coach für die Patienten (und evtl. auch für andere Mitarbeiter der Praxis). Dies eröffnet für viele Mitarbeiter von DSPen eine Möglichkeit zur Weiterbildung bzw. für Angehörige vieler Berufsbilder einen Einstieg ins Gesundheitswesen.

### Digitale Qualifikation von Patienten

Auch wenn viele Menschen durch ihre beruflichen Erfahrungen oder privaten Interessen Erfahrungen mit Video-Konferenzen und digitalen Anwendungen haben, ist dies nicht für alle Menschen vorauszusetzen. Auch wenn wir überrascht waren, wie viele Patienten aktiv nach der Option einer Video-Sprechstunde gefragt und welche und wie viele Patienten die Video-Sprechstunde problemlos angenommen haben, brauchen doch eine ganze Reihe von Patientinnen und Patienten Hilfe und Schu-





lung zum Einrichten von Kamera, Lautsprecher und Mikrofon und zum Verwenden von Video-Portalen. Das Gleiche gilt ganz sicher auch für DiGAs. Der Daten-Transfer von den Patientinnen und Patienten in medizinische Einrichtungen, der Zugang zu gesicherten digitalen Informationen und die rasche Möglichkeit zur Kommunikation werden integrale Bestandteile des Gesundheits-Managements unserer Patientinnen und Patienten sein. Es ist Aufgabe der (Gesundheits-)Politik, dafür zu sorgen, dass möglichst wenige Menschen von der digitalen Entwicklung des Gesundheitswesens abgekoppelt werden.

## Resümee

Die Corona-Pandemie war sicher Beschleuniger einiger digitaler Themen wie der Video-Sprechstunde und Video-Schulung, andererseits aber auch Bremsklotz, da viele personelle und finanzielle Ressourcen bei Politik, Regulierungsbehörden und Krankenkassen, aber auch besonders der Kliniken und Praxen in die Bewältigung der Corona-Pandemie geflossen sind und nicht in die (Weiter-)Entwicklung von digitalen Lösungen für das Gesundheitssystem. Auch hat die Pandemie schon vorher bestehende gesellschaftliche und technologische Probleme offengelegt und verstärkt.

## Telemedizin und Digitalisierung müssen Bestandteil eines umfassenden Gesundheits-Managements werden.

Die Telemedizin besteht nicht nur aus Web-Portalen, Video-Sprechstunden und -Schulungen, beginnt aber für viele hier. Weitere Entwicklungen sind in den letzten zwei Jahren nicht öf-

fentlich geworden oder wurden ausgebrems. Aber die in der Pandemie gemachten Erfahrungen werden in die Zukunft wirken und mittelfristig das Gesundheitswesen verändern: Die ambulante Versorgung und Organisationsstruktur der Praxen und Ambulanzen muss eine telemedizinische Betreuung integrieren, was aber letztlich erst durch einen Web-basierten Zugang zu Patienten-Daten möglich sein wird. Der Zugang zu Daten und Kommunikation wird Zeit- und Orts-unabhängig. Mit der derzeitigen Konzeption von DiGAs ist eine große Chance für Innovation vergeben worden.

Der Politik und den Kostenträgern hat die Krise hoffentlich gezeigt, wie wichtig eine telemedizinische Infrastruktur zur Versorgung ist. Ob dies mittel- oder langfristig Konsequenzen hat, bleibt abzuwarten. Die Telemedizin und die Digitalisierung müssen Bestandteil eines umfassenden Gesundheits-Managements werden, an deren Konzeptionierung alle beteiligten Gruppen im Gesundheitswesen beteiligt werden müssen.

---

### Literatur:

1. *Bahr I: Telemedizin in Deutschland: Für 61% der Patienten konnte das Problem nach der Fernbehandlung gelöst werden.* 21.6.2021. <https://www.capterra.com.de/blog/2028/telemedizin-in-deutschland> (Zugriff: 02.12.2021)
2. *Mobil Krankenkasse: forsa-Umfrage zur Nutzung telemedizinischer Angebote.* 2021. <https://mobil-krankenkasse.de/unternehmen/presse/pressemeldungen/nutzung-telemedizinischer-angebote.html> (Zugriff: 02.12.2021)
3. *Sonderheft zur diabetes zeitung Nr. 7/8 vom 28.08.2019: „Telemedizin: Chancen in der Diabetologie – ein Leitfaden“.* [https://www.medical-tribune.de/fileadmin/Bilder/landingpage/digitalcorner/MTD\\_Broschuere\\_Telemedizin\\_DigitalCorner.pdf](https://www.medical-tribune.de/fileadmin/Bilder/landingpage/digitalcorner/MTD_Broschuere_Telemedizin_DigitalCorner.pdf) (Zugriff: 02.12.2021)