Dr. med. Fabian Holbe MBA
Dr. med. Gregor Feldmeier

# Interklinisches Telekonsil – Chancen und Herausforderungen

Im ländlichen Raum zählen kleine, nicht spezialisierte Krankenhäuser zu den ersten Ansprechpartnern der niedergelassenen Ärzt:nnen für die stationäre Versorgung. Ein Mangel an Spezialisierung ist dabei keine gezielte wirtschaftliche Entscheidung, sondern das Versorgungsspektrum orientiert sich an den Bedürfnissen der Patient:innen und Zuweiser:innen. Eine mangelnde Spezialisierung führt im DRG-System zu einer wenig wirtschaftlichen Ertragslage [1]. Geringere Fallzahlen in Spezialgebieten führen zu einer potenziell geringeren Versorgungsqualität [2]. Demgegenüber liegt in einzelnen Regionen Deutschlands eine Pro-Kopf-Überversorgung mit stationären Behandlungskapazitäten vor [3]. Für einen gerechten Zugang zu Gesundheitsversorgung auch im ländlichen Raum ist allerdings auch die Zahl an Krankenhäusern pro Fläche zu berücksichtigen. Neben der Diskussion über Vorhaltepauschalen und Förderungen für Krankenhäuser in der Fläche muss auch hier die Qualität der Versorgung sichergestellt sein.

## Zusammenfassung

In ländlichen Gebieten haben sowohl Patient:innen als auch kleinere Krankenhäuser nur einen begrenzten Zugang zu fachärztlichen Spezialist:innen. Telekonsile sind bereits zwischen niedergelassenen Ärzt:innen und Kliniken etabliert. Die hier vorgestellten ergänzenden Konsultationspfade können Qualitätseinbußen kleiner Kliniken mindern, damit die Existenzberechtigung der Grundversorger stärken und so unnötige, belastende und kostspielige Doppeluntersuchungen vermeiden.

## Schlüsselwörter

Telekonsil, Telemedizin, Kooperation, ländlicher Raum

## Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.23.1866-0533.2484

>> Im ambulanten Bereich überweisen Ärzt:innen bei weiterem Klärungsbedarf an die jeweiligen Fachärzt:innen. Seit dem 1. Oktober 2020 ist es möglich, bei unterschiedlichen fachlichen Fragestellungen ambulant oder stationär tätige Kolleg:innen digital – im Rahmen eines Telekonsiliums – zurate zu ziehen. Eine systematische Übersichtsarbeit der Arbeitsgruppe Wootton et al. beschreibt am Beispiel der Teledermatologie, wie viele Arztbesuche vermieden werden können. Im Durchschnitt konnte in den 12 Store-and-Forward-Studien (Datenerhebung und zeitverzögerte Weiterleitung) 43% der Arztbesuche mit klassischem Überweisungsverfahren vermieden werden. In den 7 Echtzeit-Studien und in einer einzigen Studie, in der eine Hybridtechnik verwendet wurde, konnten zu 70% der direkten Arztbesuchn vermieden werden [4].

Im stationären Rahmen ist, über die Grenzen des eigenen Krankenhauses hinweg keine solche Standardvorgehensweise vorhanden. Kollegiale Konsultationen über Patient:innen zwischen dem kleinen Krankenhaus und der spezialisierten Einrichtung führen unbürokratisch zum Ziel einer optimalen Versorgung. Voraussetzung dafür sind ein vertrauensvoller Umgang unter den ärztlichen Kolleg:innen und entsprechende Ressourcen.

Aus wirtschaftlicher Sicht der spezialisierten Klinik ist eine persönliche Vorstellung der Patient:innen erforderlich, da nur so ein DRG-abrechnungsfähiger Fall entsteht. Das hat allerdings zur Konsequenz, dass Patient:innen im ländlichen Raum weite Wege auf sich nehmen müssen und ggf. Untersuchungen doppelt erfolgen [5]. Der zunehmende Wunsch nach Digitalisierung kann an dieser Stelle Zeit und Kosten sparen.

**Gegenüberstellung Ist/Soll**

In der Praxis wird die Indikation zur stationären Aufnahme durch die behandelnden niedergelassenen Ärzt:innen gestellt, alternativ erfolgt eine Vorstellung über eine Notaufnahme.

Sollte die Komplexität der Behandlungen die Möglichkeit der Klinik übersteigen, bestehen je nach Dringlichkeit der Behandlung bisher zwei Optionen:

a. Patient:innen werden quasi „unfertig" entlassen und wenden sich zurück an die einweisende Ärzt:in, um anschließend in eine spezialisierte Klinik erneut eingewiesen zu werden.
b. Die Dringlichkeit in der Behandlung macht Verlegung von Klinik zu Klinik notwendig.

In beiden Fällen erfolgt die Weiterbehandlung in Flächenregionen nicht heimatnah.

Mittels einer telemedizinischen Mitbeurteilung (Telekonsultation) wäre eine Weiterbehandlung im Heimatkrankenhaus möglich, solange die technische und personelle Ausstattung der jeweiligen Klinik ausreicht, die Diagnostik und Therapieempfehlung der spezialisierten Einrichtung umzusetzen (Abb. 1).

Das Szenario findet bereits jetzt Anwendungen bei Kliniken, die einem Verbund angehören. Beispielhaft dafür kooperieren die SANA-Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern telemedizinisch miteinander. Auch über Konzerngrenzen hinweg existieren Kooperationen, allerdings ohne dass bei Haftungsrisiko eine einheitliche Regelung der Vergütung existiert.

In Deutschland beschränken sich standardisierte telemedizinische Kooperationsmodelle auf Kooperationen zwischen Vertragsärzt:innen und Kliniken. Zukünftige Szenarien würden hier auch einen Kommunikationsstrang im stationären und poststationären Bereich ermöglichen. Somit würde sich die Rolle der Vertragsärzt:innen, neben der langjährigen Versorgung, auch als Initiator:in und Begleiter:in fächerübergreifender Diagnostik und Therapiekonzepte verstehen.

## Rechtliche Bewertung

Bis zum 121. Deutschen Ärztetag war es Ärzt:innen berufsrechtlich verboten, Patient:innen ausschließlich über Kommunikationsmedien zu behandeln. Mindestens ein persönlicher Kontakt zwischen Ärzt:in und Patient:innen war unabdingbar. Diese Voraussetzung wurde mit der Neufassung des § 7 Abs. 4 der MBO abgeschafft.

Die spezialisierte Klinik wie auch die anfragende Klinik würden auf Grundlage einer Fernbehandlung telemedizinisch tätig werden. Als Voraussetzung dafür gilt, dass die Behandlung/Beratung:

- ärztlich vertretbar ist
- die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird
- eine Aufklärung der Patient:in über Besonderheiten dieser Behandlungsart erfolgt.

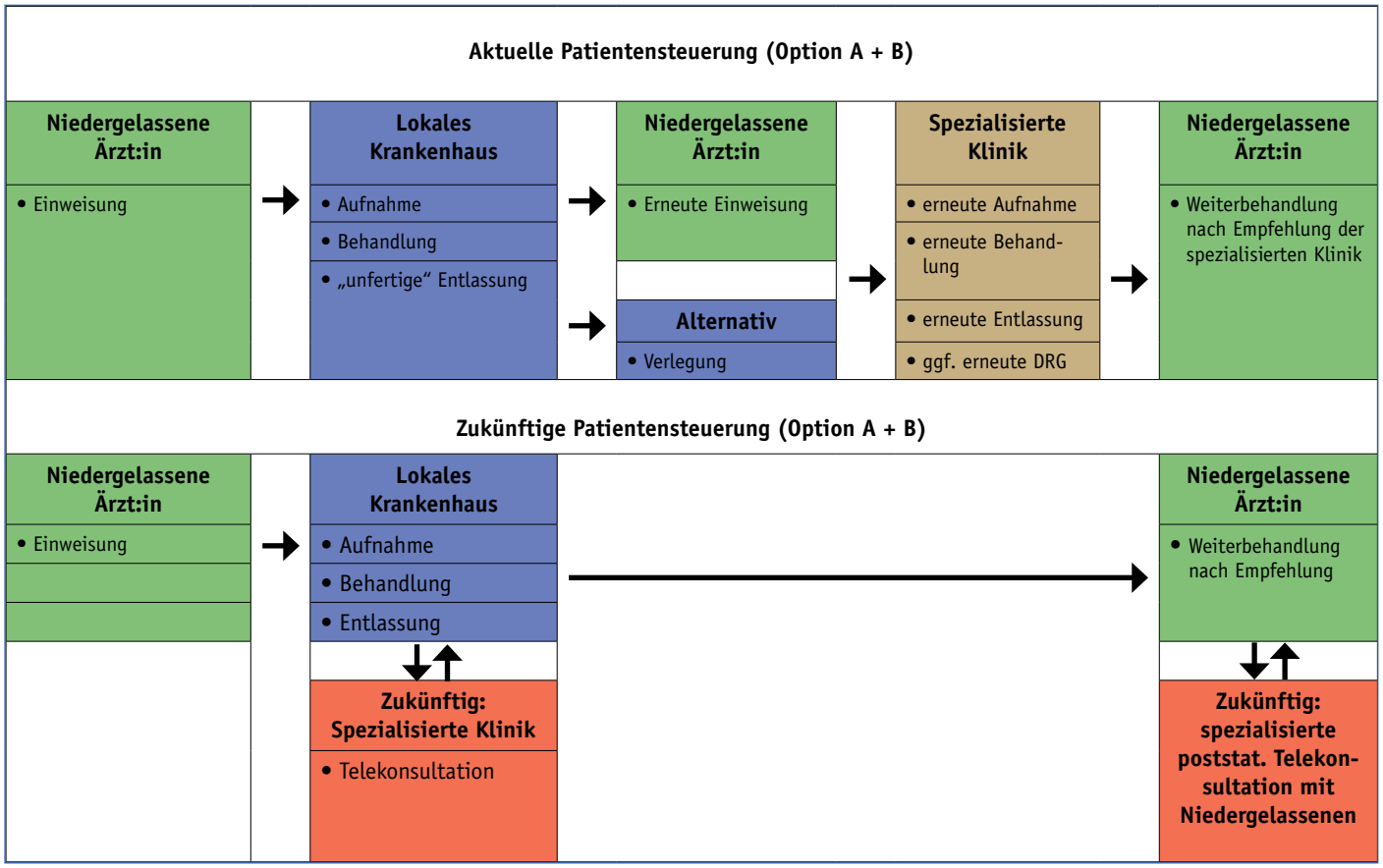



***Abb. 1***: Aktuelle und zukünftige Standardvorgehensweisen in der Patientensteuerung.

Die Ärzt:in, die ein telemedizinisches Angebot bereithält und Patient:innen zur Fernbehandlung annimmt, trägt das Übernahmeverschulden gemäß § 630 h Abs. 4 BGB und jede ärztliche Behandlung hat „nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards" zu erfolgen.

Ebenso wie im etablierten Setting zwischen Vertragsärzt:in und Klinik sind Datenschutzrahmenrichtlinien einzuhalten [6].

**Vergütung**

Telekonsile zwischen stationär und ambulant tätigen Ärzt:innen können über den EBM abgerechnet werden („Praxis-zu-Klinik-Konsil"). Die Voraussetzungen und die Vergütungshöhe werden im Beschluss des ergänzenden Bewertungsausschusses geregelt [7].

Die Einholung des Konsils wird dabei mit der GOP 01670 (110 Punkte/12,24 Euro), die telekonsiliarische Beurteilung für die ersten 10 Minuten über die GOP 01671 (128 Punkte/14,24 Euro) vergütet.

Eine einheitliche Vergütung für Kooperationen zwischen zwei Krankenhäusern („Klinik-zu-Klinik-Konsil") existiert derzeit nicht. Ebenso gibt es kein Modell einer anfragenden Klinik an eine Praxis („Klinik-zu-Praxis-Konsil")

Folgende Möglichkeiten kämen in Betracht:

a) Erweiterung des „Telekonsils" nach dem KBV-Modell auf Konsile zwischen zwei Kliniken, da der bisherige Beschluss einen Vertragsarzt als denjenigen voraussetzt, der das Konsil einholt.
b) Das Krankenhaus, in dem sich die Patient:innen befinden, erwirtschaftet den Erlös auf Grundlage des § 2 Abs. 1 KHEntG über Fallpauschalen. Die spezialisierte Klinik könnte gemäß § 115a Abs. 1 SGB V eine vor- oder nachstationäre Behandlung geltend machen und damit „die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung [...] klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung" [vorbereiten]. Die Patient:innen befinden sich allerdings gleichzeitig in stationärer Behandlung in der heimatnahen Klinik. Eine Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung ist aber nur dann abrechenbar, wenn die Leistung nicht über andere Vergütungsformen wie z. B. Fallpauschalen abgegolten werden.
c) Einzelverträge mit den Krankenkassen für Leistungsbereiche, die ggf. flexibel nach Diagnosestellung ausgelöst werden können.
d) „Konsilleistungen" werden von der anfragenden Klinik vergütet, wie es am Beispiel teleradiologischer Leistungen oder Laborleistungen bereits erfolgt.

## Literatur

1. Schreyögg J, Milstein M. Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten. Im Internet: https://www.tk.de/resource/blob/2090886/90a4ec1624cb79d28da08e0edab46328/gutachten-der-krankenhausfinanzierung-2020-data.pdf;
2. Böcken. J., Wehling H. Krankenhausqualität aus Patientensicht. Bertelsmann Stiftung – Weiße Liste. In: 2018
3. Bertelsmann-Stiftung. Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich. In: 2019
4. Wootton R, Bahaadinbeigy K, Hailey D. Estimating travel reduction associated with the use of telemedicine by patients and healthcare professionals: proposal for quantitative synthesis in a systematic review. BMC Health Serv Res 2011; 11: 185. doi:10.1186/1472-6963-11-185
5. Flintrop J. Krankenhäuser zwischen Medizin und Ökonomie: Die Suche nach dem richtigen Mafl. Dtsch Arztebl International 2014; 111: 1929-
6. Frielitz F. S., Storm N., Hiort O. et al. Die Erstellung eines Datenschutzkonzeptes: eine Anleitung für telemedizinische Versorgungsprojekte. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2019; 62: 479-485. doi:10.1007/s00103-019-02918-w
7. Bewertungsausschuss Ghde. Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 60. Sitzung In; 2020

## Zusammenfassung

Die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum ist eine qualitative und wirtschaftliche Herausforderung für die handelnden Kliniken und Ärzt:innen. Eine effektive Nutzung ärztlicher Expertise kann durch eine Ausweitung telemedizinischer Angebote optimiert werden. Telemedizinische Kooperationen zwischen zwei Kliniken oder zwischen einer anfragenden Klinik und niedergelassenen Ärzt:innen als Konsil sind nach den derzeit vorliegenden Regularien nur über Sonderverträge möglich.

Eine Ausweitung der Telekonsil-Richtlinien, wie vom Bewertungsausschuss für eine Kooperation „Praxis zu Klinik" vereinbart ist, könnte als Beispiel für eine „Klinik zu Klinik" und auch „Klinik zu Praxis" herangezogen werden. Über diesen Weg ließen sich Qualitätseinbußen kleiner Kliniken mit geringerer Spezialisierung reduzieren, ohne die Existenzberechtigung der Grundversorger zu hinterfragen. Zudem würden unnötige belastende und kostspielige Doppeluntersuchungen vermieden. Ein derartiges Versorgungsnetzwerk wird einem umfangreichen Ansatz der Patientenzentrierung gerecht und kann auch mögliche Nachteile der medizinischen Versorgung in Flächenregionen ausgleichen. Darüber hinaus wären in Anbetracht der aktuellen und zukünftigen Anstrengungen des Klimaschutzes durch eine optimale Ausgestaltungen, Planung und innovative Umgestaltung der Gesundheitsversorgung in Flächenregionen unnötige Fahrten von Patient:innen vermeidbar. <<



## Interclinical teleconsultation – opportunities and challenges

In rural areas, both patients and smaller hospitals have limited access to specialists. Teleconsultations are already established in the „practice to clinic" scenario. The complementary consultation pathways presented here can reduce the quality losses of small clinics and thus strengthen the raison d'être of primary care providers and avoid unnecessary, burdensome and costly duplication of examinations.



## Keywords

telemedicine, medical advice, rural, cooperation


## Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen..


## Zitationshinweis

Holbe, F., Feldmeier, G.: „Interklinisches Telekonsil – Chancen und Herausforderungen" in: „Monitor Versorgungsforschung" (02/23), S. 52–54. http://doi.org/10.24945/MVF.02.23.1866-0533.2484



**Dr. med. Fabian Holbe MBA** ORCID: 0000-0001-7994-6058

hat an der Universität Lübeck Medizin studiert und Management an der Hochschule Wismar. Er ist niedergelassener Arzt in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis. Daneben ist er Dozent für Gesundheitsmanagement an der Hochschule Wismar und Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Kontakt: Holbe@Hausarztpraxis-Neuburg.de





**Dr. med. Gregor Feldmeier** ORCID: 0000-0001-7420-5752

hat an der Universität Rostock Humanmedizin studiert. Er ist Facharzt für Allgemeinmedizin und niedergelassener Hausarzt sowie Dozent am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock. Seine Arbeitsgebiete sind: Versorgungsforschung, Kommunikationsforschung, Telemedizin in der Arzt-Patienten-Kommunikation, ärztlich-delegierbare Tätigkeiten, Lehrforschung.
Kontakt: Gregor.Feldmeier@med.uni-rostock.de