



Inhalt

285	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) – Kommission Telemedizin zum Referentenentwurf „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen“
286	Korporative Mitglieder der DGIM Opinion Leader Meeting: Aufbruch in eine neue molekulare Ära?
287	121. Internistenkongress vom 18. bis 21. April 2015 im Congress Center Rosengarten Mannheim Pressekonferenz der DGIM in Berlin
288	Neujahrsempfang der DGIM: Fit für die Zukunft Kongresspräsident Professor Michael Hallek gibt Ausblick auf den Internistenkongress
290	121. Internistenkongress 18. bis 21. April 2015 im Congress Center Rosengarten Mannheim
290	Karriereforum „Chances“ für Jungmediziner auf dem 121. Internistenkongress
291	Kongress-Hauptthema: Personalisierte Krebstherapie – Wie Molekularmedizin die Innere Medizin voranbringt
291	Die DGIM in der NS-Zeit
292	Regionalgesellschaften der DGIM Gesellschaft der Internisten Mecklenburg-Vorpommerns e. V. (GdI M-V)
293	Neue Medien: Medizin-Apps – Best.of
296	NephroUpdate 2015
299	Veranstaltungen unter der Schirmherrschaft der DGIM

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) – Kommission Telemedizin

zum Referentenentwurf
 „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen“

Hintergrund: Die Kommission Telemedizin der DGIM begrüßt das Vorhaben einer gesetzlichen Regelung zur sicheren digitalen Kommunikation

on und zu Anwendungen im Gesundheitswesen ausdrücklich.

Das Feld „e-health“ hat sich in den letzten Jahren rapide entwickelt und beinhaltet ein großes Potenzial für medizinische Qualitätsverbesserungen in der Versorgung, insbesondere bei chronischen Erkrankungen.

Innerhalb der verschiedenen Bereiche von „e-health“ repräsentiert *Telemedizin die ärztliche Tätigkeit* an und mit dem Patienten über eine räumliche Distanz unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien.

Die *Innere Medizin mit all ihren Teilgebieten* gehört neben den Fachgebieten Neurologie und Radiologie zu den am weitesten fortgeschrittenen Anwendern und Treibern telemedizinischer Techniken in der klinischen Forschung und im klinischen Alltag.

Die Kommission Telemedizin der DGIM fordert, dass virtuell erbrachte ärztliche Leistungen den gleichen ethischen, wissenschaftlichen und juristischen Prinzipien folgen wie die Präsenzmedizin. Die Kommission ist der Überzeugung, dass sich die Umsetzung telemedizinischer Leistungsangebote an den Kriterien Indikationsbezug, Nutzen, Akzeptanz, Qualitätssicherung, Standesvorbehalt, Exzellenz und Transparenz bemessen wird.

Stellungnahme zum Referentenentwurf

Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) setzt den Schwerpunkt

auf Maßnahmen zur Unterstützung der Telematik-Infrastruktur, nennt aber nur an einer Stelle das Ziel einer Förderung telemedizinischer Anwendungen.

Dieser Ansatz ist konsequent, wenn das Gesetz tatsächlich nur die Telematik-Infrastruktur regeln soll. Ist hingegen ein umfassendes „e-health“-Gesetz intendiert, bedarf es auch nationaler gesetzlicher Regelungen zur Telemedizin, allein schon wegen der verschiedenen nationalen Telemedizinengesetzeslagen vor dem Hintergrund einer globalen „e-health“-Vernetzung.

Die Kommission Telemedizin der DGIM erkennt in der Telemedizin kein eigenständiges Fachgebiet (und damit auch künftig keinen Facharzt für Telemedizin), sondern sieht virtuelle ärztliche Leistungserbringung als eine spezifische Arbeitsweise in Ergänzung zur ärztlichen Präsenztätigkeit in Praxis und Klinik (keine Telemedizin ohne Mitbetreuung des Patienten durch den „face-to-face“ behandelnden Arzt).

Mit diesem Anspruch müssen konsequenterweise alle Merkmale der ärztlichen Tätigkeit in der Präsenzmedizin auch für die telemedizinische Leistungserbringung gelten. Dazu zählen:

- ein für den Patienten persönlicher ärztlicher Ansprechpartner für Telemedizin
- die telemedizinischen Leistungserbringungs-Standorte möglichst in Deutschland
- die Begrenzung der virtuell-ärztlichen Leistungserbringung auf das jeweilige Fach-

gebiet des telemedizinisch tätigen Kollegen

- Pflicht und Einhaltung besonderer Datenschutzrechtlicher Regelungen zur Sicherung des ärztlichen Schweigepflichtgebots im Bereich telemedizinischer Anwendungen und
- die zeitgerechte Modernisierung des im vergangenen Jahrhundert formulierten Fernbehandlungsverbots unter grundsätzlicher Beibehaltung des inhaltlichen Kerngedankens, dass – außer in Notfällen – telemedizinische Leistungserbringung nur in geeigneter Kombination mit einem Präsenzmediziner durchgeführt werden darf.

Viele dieser Forderungen sind in den Musterberufsordnungen für die Ärzteschaft in Deutschland durch die Selbstverwaltung geregelt oder regelbar.

Das Ansinnen einer gesetzlichen Telemedizinregelung zielt eher auf den *Schutz des Patienten*, dem damit der Unterschied zwischen der Art der telemedizinischen Leistungserbringung in Deutschland und davon durchaus stark abweichenden Telemedizinangeboten aus dem Ausland verdeutlicht wird.

Zudem sollte durch Beachtung der o. g. Punkte die reale wie auch virtuelle Leistungserbringung im Ausland rechtlich erschwert werden.

Eine weitere Notwendigkeit für eine spezielle Telemedizingesetzgebung besteht darin, dass mit Schwerpunktsetzungen der Entwicklung der Telemedizin angesichts potenziell unbegrenzter IT-Möglichkeiten eine bestimmte Richtung gegeben werden kann (z. B. die Kompatibilität von neuen Telemedizinangeboten zur vorhandenen Telematik-Infrastruktur oder die Definition von patientenzentrierten Nutzenkriterien etc.).

Gesetzliche Schwerpunktsetzungen können darüber hinaus auch zu einer beschleunigten Umsetzung von telemedizinischen Projekten in die Regelversorgung führen.

In diesem Zusammenhang wäre eine klare Differenzierung telemedizinischer Leistungserbringung wünschenswert. Unterschieden werden sollten

- a) die medizinisch gleichwertige Substitution einer bisher ausschließlich in der Präsenzmedizin erbrachten Leistung (z. B. Teleradiologie – es ist unerheblich, ob sich die Workstation zur Interpretation eines CT-Befundes fünf Meter im Nachbarraum des CT-Scanners oder 50 km entfernt befindet) und
- b) die grundsätzlich von der bisherigen Präsenzpraxis abweichend erbrachten telemedizinischen Patientenbetreuungsformen, die zu einer Verbesserung patientenzentrierter Endpunkte (Mortalitäts- und Morbiditätsreduktion, Verbesserung der Lebensqualität) gegenüber der Standardmethode führen sollen (z. B. telemedizinische Mitbetreuung von kardiologischen Hochrisikopatienten).

Die Mehrzahl der telemedizinischen Anwendungen gehört zur Gruppe a) und sollte den *Nachweis der Gleichwertigkeit* im Regelbetrieb führen können.

Nur die wenigen Telemedizin-Szenarien der Gruppe b) müssen in randomisierten klinischen Studien den *Nachweis der Überlegenheit* als neue Methode führen.

Standardmethodik ist dabei die sogenannte „Pragmatic RCT“, bei der die Studiendurchführung als randomisierte kontrollierte Studie erfolgt, der Gegenstand der Prüfung aber nicht ein neues Medikament oder Device, sondern ein Betreuungsmodell ist. Nur Daten dieser Studienlage sollten für die Beurteilung eines Mortalitäts- oder Morbiditätsgewinns durch telemedizinische Anwendungen herangezogen werden.

Fazit

Der Referentenentwurf ist dahingehend positiv zu bewerten, dass ein erster Schritt zur gesetzlichen Regelung des gesamten „e-

health“-Bereichs“ zunächst mit Schwerpunkt der Telematik-Infrastruktur unternommen wird.

Es fehlen allerdings eindeutige Regelungen zur Telemedizin als den unmittelbar für den Patienten relevantesten Teil im Bereich „e-health“. Hier raten wir zu einer Erweiterung im Referentenentwurf in einem zusätzlichen Absatz bzw.

schlagen nachfolgend ein eigenständiges Telemedizingesetz vor.

Link zum Referentenentwurf: <https://netzpolitik.org/wp-upload/e-health-gesetz.pdf>

Berlin, 30.1.2015
Kommission Telemedizin der DGIM

Korporative Mitglieder der DGIM

Opinion Leader Meeting:
 Aufbruch in eine neue molekulare Ära?
 16. bis 17. Januar 2015 in Eltville

Hochkarätige Vorträge und eine Panel-Diskussion als neues Sitzungsformat zeichneten das diesjährige Opinion Leader Meeting der DGIM aus, das am 16. und 17. Januar 2015 auf Schloss Reinhartshausen in Eltville am Rhein stattfand. Im Fokus stand ein zukunftsweisendes Thema. Unter dem Titel „Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin: Aufbruch in eine neue Ära – From Genome to Medicine“ entwickelte der DGIM-Vorsitzende Professor Dr. Michael Hallek eine Agenda, die aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse aufgreift und direkte Bezüge zur praktischen Anwendung herstellt. Experten aus Wissenschaft und Medizin, Gesundheitswesen und Industrie bestritten ein anspruchsvolles Programm.

In der Auftakt Sitzung am Freitag referierten die geladenen Redner unter Vorsitz von Professor Hallek über Lymphome und Leukämien. Dabei ging es um die komplexen Signalwege chronisch lymphatischer Leukämien und das therapeutische Antikörper-Design. Im Zusammenspiel der verschiedenen Vorträge zeigte sich den Teilnehmern, wie dynamisch und aktiv sich gerade dieser Forschungsbereich sowohl auf universitätsmedizinischer

Seite als auch pharmaseitig entwickelt. Ein ähnliches Bild ergab sich in der Sitzung zum Thema Lungenkrebs, geleitet von Professor Dr. Michael Manns aus Hannover. Hier stellten die Referenten verschiedene molekulare Targets und Herangehensweisen beim Lungenkarzinom und auch bei Mesotheliomen vor. Bestimmte genetische Veränderungen in Lungenkrebszellen, die dem malignen Phänotyp zugrunde liegen, bedingen auch das pharmakologische Ansprechen für eine zielgerichtete Therapie. In diesem Zusammenhang stellte Professor Dr. Jürgen Wolf aus Köln die Arbeit des Netzwerks Genomische Medizin Lungenkrebs vor.

Den Abschluss bildete am ersten Tag die „Special Lecture“ von Professor Dr. Jens Brüning, ebenfalls vom Universitätsklinikum Köln. In einem halbstündigen Vortrag umriss der Genetiker die molekulare Regulation der Adipositas. Er schilderte, wie nach der ersten Klonierung des Leptingens im Jahr 1994 die Kölner Forscher der Frage nachgehen, inwieweit das Gehirn auch sensitiv für Insulin ist. Sie fanden heraus: Bei Mäusen hält eine Gruppe von 3000 Nervenzellen die Nahrungsaufnahme aufrecht. Aus diesem Are-