

**Gemeinsame Stellungnahme  
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOJ),  
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),  
der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)  
zum Referentenentwurf für eine Verordnung zum Einsatz telemedizinischer Verfahren bei der Blut-  
und Plasmaspende (Telemedizin-BlutspendeV)**

Die Fachgesellschaften danken sehr für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Zweifelsfrei sind die Fachgesellschaften der Unfallchirurgie und der Orthopädie sowie die gemeinsame Fachgesellschaft unter vielfachen Aspekten betroffen.

So in der Notfall- und Rettungsmedizin, der intensivmedizinischen und operativen Versorgung von z.B. ausgedehnten Frakturen und Polytraumatisierten, aber auch für sog. elektive Chirurgie wie die Endoprothetik und Wirbelsäulenchirurgie, für die einem funktionstüchtigen Blutbankmanagement hohe Bedeutung beikommt, aber auch durch analoge Aspekte der Richtlinie Hämotherapie.

Es wird zunächst zur Kenntnis genommen, dass in die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen weitreichend Überlegungen zu Kosten von Hard-, Software und Schulungen mit höherer finanzieller Größenordnung berücksichtigt werden sollen. Dies erscheint angemessen.

Es sei aber grundsätzlich in Richtung auf das Bundesgesundheitsministerium klargestellt:

Im Rahmen der sog. Digitalisierung (TI) der Krankenhäuser und Praxen sind diese Kosten völlig ungenügend mit Pauschalen allenfalls für die Software bzw. nur geringen und eine technisch unnötig um mehrere hundert Millionen überteuerte sog. Konnektorenlösung bedacht worden und grundsätzlich unrealistisch niedrig angesetzt worden.

In diesem Kontext wurden die wirklich bedeutsamen hohen Hardwarekosten einschl. deren immer wieder entstehenden Modernisierungskosten ebenso wie bei der Software und die ständigen hohen Wartungs- und Schulungskosten nicht entsprechend eingerechnet. D.h. die sog. TI-Kosten sind völlig unzureichend gegenfinanziert und diese Behandlung erscheint schwierig.

Hier:

„Kosten durch die Anschaffung und Wartung der erforderlichen Hard- und Software in Höhe von [im Rahmen der Anhörung zu ermitteln]. Zudem entstehen geschätzte Kosten in Höhe von [ca. 15 000 EUR jährlich, im Rahmen der Anhörung zu ermitteln] durch die Schulung und Aus- bzw. Weiterbildung des verantwortlichen Personals.

Eine weitere wesentliche Kommentierung beschäftigt sich mit den Verantwortlichkeiten:

In § 3 Abs. 1 werden ausführlich die entscheidenden Verantwortlichkeiten des Arztes herausgearbeitet. Es erscheint dabei schwierig, dass sich alle diese Verantwortlichkeiten allein durch eine telemedizinische Einschätzung gewährleisten lassen. Denn im Prinzip geht es, wie auch bedacht, immer wieder um eine Erstanamneseerhebung (Erstspender).

Es verwundert daher zunächst, dass die Auswahl von Blutspendern ohne persönliche Inspektion durch einen Arzt erfolgen soll. Dies wirft die grundsätzliche Frage auf, ob ähnlich wie beim Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeit, solche Maßnahmen bei persönlich unbekanntem Spender / Patient sinnvoll durchgeführt werden können. Hier geht es um die mögliche Gefährdung weiterer Menschen, die sicher durch ergänzende Laboruntersuchungen wesentlich reduziert wird. Allerdings nicht vollständig.

In § 3 Abs. 2 sollen die Durchführung und ausreichende Notfallversorgung durch ein(!)jährige praktische Tätigkeit in dem Bereich durch das nichtärztliche Personal sichergestellt sein. Dies erscheint für tatsächlich schwere Fälle durchaus kritisch – trotz und wegen deren Seltenheit. Kardiale und weitere Kreislaufereignisse müssten dann durch eine allgemeine Rettungskette gesichert sein, insbesondere wenn Einrichtungen insgesamt breitflächig verteilt stehen sollen.

Die Verordnung überrascht in dem Kontext des teils angedachten restriktiven Umgangs mit Blutprodukten (vgl. Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer) in ärztlich geführten Einrichtungen durch fehlende Präsenzpflicht eines Arztes.

In der hier geschilderten organisatorischen Konstellation wird die faktische Verantwortung sehr weitreichend auf das weitere nichtärztliche Personal übertragen, ohne dass aber die zusätzliche Verantwortlichkeit entsteht. Die Verantwortlichkeit wird allein dem Arzt übertragen. Dies erscheint weiterhin zu überdenken, soll aber auch überwacht werden.

Es bleibt hier zu beobachten, ob die Meldungen dieses Risiko ausreichend erfassen und die individuelle Verantwortlichkeit ausreichend geringhalten können.

Im Regelfall werden die zuständigen Ärzte nicht aus den Fachgesellschaften der Unfallchirurgie und Orthopädie sein. Anders verhält es sich:

Diese Aspekte überraschen in dem Kontext, dass bisher die Herstellung und Verwendung von Blutprodukten z.B. zum Einsatz in Gelenken mit sog. Wachstumsfaktoren und Transplantationsverfahren oder auch im Bereich der Anwendungsverfahren zu Stammzellen, auch wenn dies rein ärztlich erfolgt, mit sehr intensiver Skepsis auf Seiten des BMG geregelt werden sollte, hier aber großzügig sogar auf ärztliche Präsenz in den Spendeeinrichtungen verzichtet werden soll.

Daher erklärt sich der jetzige gedankliche Sprung in der Änderung der Handhabung nur bedingt.

Die Fachgesellschaften danken für die Möglichkeit zu Stellungnahme und Austausch und wünschen für das Vorgehen den angestrebten Erfolg.

Gez. Privatdozent Dr. Elmar Lindhorst  
Mitglied der AG Digitalisierung der DGOJ