

Ärztetag lockert Fernbehandlungsverbot

Die Fernbehandlung wird Ärzten in Deutschland in absehbarer Zeit berufsrechtlich im Einzelfall auch dann erlaubt sein, wenn zuvor noch kein persönlicher, das heißt physischer Kontakt mit dem Patienten stattgefunden hat. Das hat der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt beschlossen und damit einen Paradigmenwechsel eingeläutet. „Goldstandard bleibt der persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient“, sagt Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein.

von **Bülent Erdogan**



Foto: fovito/Fotolia.com

In Schillers Don Carlos ruft Malteser-Ritter Marquis von Posa dem spanischen König Philipp II. zu: „Ein Federzug von dieser Hand, und neu erschaffen wird die Erde. Geben Sie Gedankenfreiheit.“ Nun neigen Deutsche Ärztetage in der Regel nicht zur Theatralik, wie wir sie von den Dramen Schillers kennen. Doch vorbehaltlich der Umsetzung in den Berufsordnungen der Landesärztekammern lässt sich konstatieren: Die Entscheidung des 121. Deutschen Ärztetages, die Fernbehandlung in Deutschland künftig im Einzelfall auch dann zu ermöglichen, wenn zuvor noch kein persönlicher Kontakt mit dem Patienten stattgefunden hat, hat grundlegenden Charakter.

In § 7 Abs. 4 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) heißt es nun jedenfalls: „Ärztinnen und Ärzte beraten und behandeln Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt. Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.“

Andere wildern bereits in ärztlichen Gefilden

Dem in Erfurt getroffenen Beschluss vorausgegangen waren intensive innerärztliche Debatten und Pilotversuche in einzelnen Bundesländern als Reaktion auf Angebote von „Online-Sprechstunden“ von Unternehmen wie Dr. Ed aus dem Vereinigten Königreich und Medgate aus der Schweiz. Dr. Ed hat nach eigenem Bekunden in verschiedenen europäischen Ländern seit 2011 etwa 1,5 Millionen Beratungen und Behandlungen in einigen wenigen Indikationen realisiert, davon 400.000 für Patienten in Deutschland. Der Kontakt erfolgt schriftlich oder telefonisch, zu Selbstzahler-Konditionen zwischen neun und 49 Euro.

Die deutsche Niederlassung von Dr. Ed wird in einem Modellprojekt nun baden-württembergischen Bürgern die ausschließliche Fernbehandlung durch dortige Kammermitglieder zunächst für eine Dauer von zwei Jahren anbieten. Bei Kontaktaufnahme beantwortet der Patient zunächst einen medizinischen Fragebogen, anhand dessen die Ärzte beurteilen, ob eine telemedizinische Beratung und ggf. Behandlung sinnvoll ist. Kommt die Beurteilung zu einem positiven Ergebnis, erfolgt eine Behandlung mit Diagnosestellung und gegebenenfalls Verordnung. „Andernfalls wird der Patient an niederlassene Ärzte verwiesen“, beschreibt die Ärztekammer Baden-Württemberg das Projekt, bei dem es sich also nicht um eine Video-Sprechstunde handelt.

Auf ein Jahr angelegt ist im Ländle zudem das Modellprojekt des Münchener Unternehmens Minxli. In diesem sollen Studierende der Universitäten Heidelberg

und Karlsruhe in ihrer neuen Lebensumgebung bei gesundheitlichen Problemen mittels einer Smartphone-App den Kontakt zu baden-württembergischen Ärzten aufnehmen können. Die Mediziner treten dann in einer Video-Sprechstunde mit dem Patienten in den Dialog, um nach entsprechender Anamnese eine Diagnose zu stellen und gegebenenfalls die Behandlung einzuleiten.

„Goldstandard bleibt der persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient. In Zeiten von Google, Facebook oder Amazon ist die indirekte Kommunikation im Netz allerdings in den Alltag der meisten Menschen vordringlich“, sagt Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein. Nun soll der Positionsbestimmung von Erfurt gemäß eine Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer ein Rahmenwerk für die ‚Online-Sprechstunde‘ schaffen. „Wir wollen die Fernbehandlung nicht anonymen Stellen im Ausland überlassen, sondern für Deutschland passend ärztlich gestalten. Sie gehört in die Verantwortung von Ärzten, die alle Standards erfüllen, die hierzulande auch für den physischen Patientenkontakt gelten. Wir sind es nämlich, denen die Grenzen des Instruments klarer vor Augen stehen als Kaufleuten, Kassenchefs oder Programmierern“, sagt Henke.

Gebannt ist die Gefahr einer Übernahme von Teilen der ambulanten Versorgung durch Amazon, Apple oder Alphabet (Google) damit allerdings noch nicht, weil der (niedergelassene) Arzt im Vergleich mit diesen Konzernen technisch und finanziell nicht mithalten kann, allen anderen Vorteilen zum Trotz. Dies haben auch die Delegierten des Deutschen Ärztetags gesehen und die Forderung erhoben, dass in der ambulanten Versorgung nach SGB V nur Vertragsärzte Online-Angebote abrechnen dürfen. Zudem soll der Gesetzgeber dafür Sorge tragen, durch entsprechende Regelungen im SGB V für die Gesetzliche Krankenversicherung und den Mustervertragsbedingungen in der PKV sicherzustellen, dass Versicherte nicht bevorzugt oder benachteiligt werden dürfen, weil sie einer telemedizinischen Versorgung, insbesondere einer ausschließlichen Fernbehandlung, zustimmen oder diese verweigern. Primärarztmodelle, zum Beispiel mittels kommerziell betriebener Callcenter, sind nach Ansicht der deutschen Ärzteschaft keine Antwort auf die Versorgung von morgen. Die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach kurzer Konsultation am Bildschirm lehnten die Delegierten ebenfalls ab.

Bürger wünschen sich mehr Telemedizin

Welche Rolle kann die Tele-Konsultation also künftig spielen? Was müssen Ärzte, die Möglichkeiten der Online-Sprechstunde ausprobieren möchten, beachten? Und was ist schon auf den Weg gebracht? Das virtuelle Sprechzimmer ist bislang unter Niedergelassenen die absolute Ausnahme. In der Bevölkerung ist das Interesse Erhebungen zufolge aber durchaus gegeben. So zeigte eine repräsentative Online-Umfrage der Apobank mit dem Marktforschungsunternehmen Statista auf, dass

56 Prozent der Befragten sich mit der Digitalisierung einen vereinfachten Zugang zur ärztlichen und pharmazeutischen Versorgung versprechen. Demnach wünschen sich die Bürger vor allem gut funktionierende Basisanwendungen, die ihnen die Kommunikation erleichtern: Dazu gehört vor allem die Online-Terminvereinbarung (59 Prozent), der Austausch mit Ärzten und Apothekern per E-Mail (32 Prozent), die Telefon-Sprechstunde (27 Prozent) und die Online-Sprechstunde (26 Prozent). 60 Prozent der Befragten können sich laut Umfrage vorstellen, digital mit ihrem Arzt zu kommunizieren. Dabei wird vor allem das Telefongespräch bevorzugt, an zweiter Stelle steht der Videochat, gefolgt von E-Mail und Text-Chat. 62 Prozent der Befragten gaben eine hohe bis sehr hohe Bereitschaft an, ihre Gesundheitsdaten im Rahmen einer elektronischen Gesundheitsakte an Ärzte und Apotheker weiterzugeben.

Ende-zu-Ende verschlüsselt

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat im März 2017 in einem Ratgeber folgende Einsatzgebiete für die Video-Konsultation zwischen Arzt und Patient benannt – (damals noch) bei bereits bekannten Patienten:

Bei ausgewählten Krankheitsbildern:

- Visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde
- Visuelle Verlaufskontrolle einer/von Dermato(n)s, auch nach strahlentherapeutischer Behandlung
- Visuelle Verlaufskontrolle einer/von akuten, chronischen und/oder offenen Wunden
- Visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen und -störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, auch nervaler Genese, als Verlaufskontrolle
- Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und/oder der Sprache als Verlaufskontrolle
- Anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle

Wie hoch der Anteil video-konsultierbarer Patientkontakte ist, lässt sich heute noch nicht belastbar schätzen. Die KBV hat im Mai eine Umfrage unter 6.000 Praxischefs gestartet. Mit dem „PraxisBarometer Digitalisierung 2018“ soll auch der Frage nachgegangen werden, welche Chancen und Risiken sie bei der digitalen Entwicklung sehen und nach (weiteren) Einsatzbereichen, in denen eine Digitalisierung als sinnvoll betrachtet wird.

KBV und der GKV-Spitzenverband haben die technischen Anforderungen festgelegt, die Videodienstleister erfüllen müssen (www.kbv.de/530623). „Diese beinhalten unter anderem, dass die Video-Sprechstunde während der gesamten Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt ist. Dies entspricht dem aktuellen Stand der Technik und gewährleistet eine hohe Datensicherheit. Der Anbieter muss außerdem dafür sorgen, dass die Verbindung frei von Störgeräuschen (z.B. telefonisches Anklopfen) und Werbung ist. Zudem dürfen nur Server innerhalb der Europäischen Union genutzt werden.“ Ferner verlangen KBV und Kassen, dass sich der

Patient auch ohne eigenen Account für die Video-Sprechstunde anmelden kann. Mit der neuen berufsrechtlichen Positionierung einfacher wird auch die mögliche Bündelung ärztlicher Kompetenz aus Bereitschaftsdiensten, Klinikambulanzen und Rettungsleitstellen. So machen sich Ärzte, die in einer integrierten Leitstelle eine Ersteinschätzung des akuten Behandlungsbedarfs zum Beispiel am Bildschirm vornehmen oder am Telefon via 116 117, auch berufsrechtlich nicht mehr angreifbar. Voraussetzung ist allerdings, dass sie den Spielraum nicht überdehnen, also in Anamnese und Diagnostik nur soweit gehen, wie man es von einem Gespräch am Bildschirm und am Telefon auch erwarten kann.

Neue Praxisabläufe dank Videosprechstunde?

Könnte sich die Online-Sprechstunde, richtig angewendet und dosiert, also zu einem Mittel zur Neugestaltung der Praxisabläufe entwickeln – wenn zum Beispiel das Gespräch über den Behandlungsverlauf oder die Ausstellung von Folgeprescriptionen an sich unproblematisch sind? Jedenfalls könnte es für manchen Praxischef durchaus Sinn machen, solche Patienten in bestimmten Zeitfenstern zu bündeln und nacheinander zu konsultieren.

Die Digitalisierung lässt die Welt zusammenrücken. Kollegen, die heute noch in der Peripherie ihren Sitz

haben, erschließen sich womöglich die großen Ballungsräume wie das Ruhrgebiet oder die Rheinschiene. Umgekehrt kann ärztliche Expertise aus den Zentren leichter in die Peripherie diffundieren. Zumal zu erwarten ist, dass die Zahl der Praxen auf dem Land, allen Bemühungen zum Trotz, eher stagnieren statt ansteigen wird. Kann die Digitalisierung hier Antworten liefern, damit die Versorgung und der Sprechstellungsauftrag weiterhin eine ärztliche Domäne bleibt? Wieviel dieser künftig zu erwartenden Versorgungslast im Rahmen einer analogen oder teildigitalen Delegation an das Praxispersonal (siehe auch RÄ 4/2018, S. 12f: „Delegation: Mehr Zeit für den Patienten“) geschultert werden kann, lässt sich heute noch nicht prognostizieren. Der Hausbesuch per Breitbandkabel könnte möglicherweise einen Teil der Versorgung abfedern, ohne dass der Arzt ins Auto steigen und weite Wege oder Staus in Kauf nehmen muss. **RA**

Internethinweis

- Alle Beschlüsse zum § 7 Abs. 4 MBO-Ä finden Sie unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert auf einer Themenseite über die technischen Spezifikationen, Sprechstundeninhalte, den Ablauf und Anbieter von Videosprechstunden: <http://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php>

„Mehr als Beratung und visuelle Kontrolle können Sie derzeit nicht vornehmen“

Der Düsseldorfer Orthopäde Dr. Roland Tenbrock, Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), gehört zu den Pionieren der Telekonsultation in Nordrhein. „Ich kann mir vorstellen, dass wir Ärzte uns auf diesem Wege zum Beispiel Verlaufskontrollen, AU-Verlängerungen oder Zwischenfragen von Patienten widmen können“, sagt Tenbrock, der als Chief Medical Officer in der Deutschen Arzt AG (DAAG) mit Sitz in Essen aktiv ist. Auf der Internetseite *ortho.sprechstunde.online* bieten BVOU und DAAG Ärzten für monatlich 29 Euro ein Online-Sprechzimmer für den Desktop oder das Tablet an. Eine Version für das Smartphone ist in Arbeit. Etwa jeder zehnte Patientenkontakt, sagt der Arzt aus Düsseldorf-Oberkassel im Gespräch mit dem RÄ, sei für Telekonsultation geeignet, vielleicht auch mehr. „Ich kann mir vorstellen, morgens und nachmittags zehn Termine freizuhalten.“ Allerdings mahnt auch Tenbrock: „Mehr als Beratung und visuelle Kontrolle können Sie meiner Meinung nach nicht machen. Die Erstdiagnose ist für mich eine Angelegenheit für den klassischen, persönlichen



„Die Erstdiagnose ist für mich eine Angelegenheit für den klassischen, persönlichen Arzt-Patient-Kontakt“, sagt **Dr. Roland Tenbrock**, Orthopäde aus Düsseldorf und Befürworter der Video-Sprechstunde.

Foto: Deutsche Arzt AG (DAAG)

Arzt-Patient-Kontakt.“ Abzulehnen sei zum Beispiel das Ausstellen von initialen AU-Bescheinigungen. „Ansonsten werden Sie zum Kiosk. Der Patient muss schon noch einen gewissen Aufwand haben und sich einer eingehenden persönlichen Untersuchung unterziehen, um eine AU zu erhalten.“ Tenbrock wünscht sich klare Begriffsbestimmungen der Ärzteschaft darüber, was als Beratung und was als Behandlung zu verstehen ist. Mittels Televisite möchte sich der Orthopäde künftig auch verstärkt Patienten im Ausland zuwenden. Und er denkt an die Zeit nach der Praxiskarriere. „Man muss mit 65 Jahren ja

nicht gleich komplett aufhören“, sagt er. „Warum sollten wir die Expertise der älteren Kollegen nicht auch über deren Eintritt in den Ruhestand hinaus nutzen? Und warum sollten zum Beispiel Ärztinnen, die kinderbedingt zeitweise kürzertreten, nicht stundenweise von zuhause aus beratend tätig werden, wenn sie dies wollen?“ Könnte die Televisite also gar einen Beitrag gegen den inzwischen kaum noch bestrittenen Arztzeitmangel leisten? Tenbrock sieht jedenfalls noch weitere Einsatzfelder, zum Beispiel in der virtuellen Begleitung eigener Patienten, die sich einer Behandlung im Krankenhaus unterziehen, bei der Zweitmeinung und in der ärztlichen Betreuung von Senioren im Altersheim. „Wenn der betreuende Hausarzt sich per Video ein erstes Bild machen kann und zum Beispiel zum Schluss kommt, dass sich am besten gleich der Fachkollege die Situation anschauen sollte, dann wäre das ebenfalls ein Beitrag zu einer effektiveren Versorgung.“ Kann sich dann der Facharzt im Verbund mit dem Pfleger vor Ort per Video-Sprechstunde ein Bild von der Wunde machen, so ließen sich gleich zwei Fahrten zum Heim vermeiden. *ble*