

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 Versorgungsauftrag 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 Videodiensten: <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*