



120. Deutscher Ärztetag
Freiburg, 23. Mai – 26. Mai 2017

**Präsentation zu
TOP II**

Digitalisierung des Gesundheitswesens

Dr. med. Ulrich Clever

Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Fernbehandlung

Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Monti! Sehr geehrte Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztetages Frau Ulrike Wahl!

Meine sehr verehrten Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen, liebe Delegierte, meine verehrten Damen und Herren!

Ganz ehrlich, jetzt wissen es ja alle von Ihnen, ich stamme aus dem katholischen Rheinland und beginne daher mit einem Geständnis: es hat lange in meinem ärztlichen Leben gedauert, bis ich das erste Mal in unsere Berufsordnung hineingeschaut habe: wenn ich ehrlich bin, da war das erst, als ich Präsident geworden war, und ich war überrascht, was da so drin steht. So mancher Abschnitt in unserer Berufsordnung ist wirklich lesenswert, etwa die Präambel, oder eben viele Paragraphen über den konkreten Patientenschutz, etwa die Wahrung des Arztgeheimnisses, die Dokumentationsverpflichtung, oder auch die Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung. Ich habe dann auch erst verstehen können, warum manche, auch viele unsere beratenden Juristen, sagen, dass die ärztliche Berufsordnung, als eine für alle Ärzte bindende und gültige Berufsordnung der Kammer in ihrem tiefsten Wesen eine Patientenschutzordnung darstellt.

– V.a. auch hinsichtlich der Kommunikation mit dem Patienten und der Patientin, im Blick auf das jeweils hochspezifische Verhältnis von Arzt zu Patient, von Ärztin zu Patientin, da ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses die entscheidende Grundlage für den ärztlichen Erfolg: das ist das Entscheidende, das Grundlegende, das Spezifische an unserem Beruf. Martin Buber sagte: „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“, so ist das fast Einzigartige in unserem ärztlichen Beruf neben diagnostischem und therapeutischem Tun das Gespräch über Ängste, über Schmerzen, über Sorgen und Nöte, über Beziehungen; dann hat auch das Arzt-Patienten-Verhältnis funktioniert. Nicht dass es nicht auch Pfarrer gäbe, oder beste Freunde: aber der direkte, der vertrauensvolle Kontakt zu einem Arzt, wenn der gelingt bei aller Diagnostik und bei allen Therapiemaßnahmen, dann ist nicht nur der Patient erleichtert, oft fast glücklich, in jedem Falle getröstet und nicht sich alleine fühlend. Auch wir Ärzte gehen abends oder nach dem Nachtdienst morgens zufrieden nach Hause: es war dann ein guter Tag. –

Es war immer mein Herzensanliegen, diesen direkten Kontakt, dieses einzigartige Vertrauensverhältnis vor Überwachung, vor Aushöhlung des Arztgeheimnisses zu schützen. Wie kommt so einer wie ich dann auf die Idee, nun gerade die ausschließliche Fernübertragung als ernsthafte, seriöse Behandlungsmöglichkeit einführen zu wollen? Das erscheint so fern, wurde da Saulus zu Paulus, oder wie kam das? So dass ich finde, es ist geradezu eine Riesenchance für die Ärzteschaft, dieses Feld unbedingt beackern zu müssen. Und das kam so:

zum einen war es unsere Vertreterversammlung, die mit überwältigender Mehrheit, nicht ganz einstimmig, aber nahezu einstimmig, dem Projekt eine Chance gab. Zuvor nicht nur unser Vorstand der Landesärztekammer, sondern auch der Berufsordnungsausschuss.

Der Länderkranz um Deutschland herum, von Dänemark über die Schweiz, England und erst recht die Vereinigten Staaten kennen das berufsrechtlich, aber auch in Bundesgesetze gegossene ausschließliche Fernbehandlungsverbot nicht. Vor unserer deutsch-schweizerische Grenze (und das eine ausschließlich baden-württembergische Grenze) sitzt die allseits bekannte Firma Medgate AG mit mittlerweile 17j. Erfahrung in ausschließlicher Fernbehandlung, und wie überall in der Schweiz, wo auch ca. 20.000 Arztstellen unbesetzt sind, wo Ärztemangel herrscht wie bei uns, so arbeiten in diesem Basel-Stadt-Callcenter neben schweizerischen Ärzten auch eine große Zahl von deutschen Ärztinnen und Ärzten, manche davon wohnen hier im schönen Freiburg. Wenn nun diesen Ärzten von Medgate dann home office angeboten wird: wer würde es nicht gerne annehmen von uns? Und wenn sie Mitglieder unserer Landesärztekammern sind, dann müssten wir unsere Kammeranwälte gegen diese Kolleginnen und Kollegen ermitteln lassen? Nein, das wollten wir beim besten Willen nicht.

Zweitens: es gibt andere Player, die drängten sehr. Etwas Neues – à la Medgate eben – auszuprobieren: nämlich die Politiker unseres grün-schwarz geführten Bundeslandes, ob nun Grün oder Schwarz, für ihre Wahlkreise hätten sie alle gerne auch solch eine Art Medgate gehabt, etwa mit dem Argument, dem drängenden Ärztemangel Einhalt zu gebieten. Wohlgermerkt, wir glauben da nicht dran, dass es dem Ärztemangel nachhaltig abhilft, wie denn? Arztzeit ist Arztzeit, egal wie zugebracht. Das ist, jedenfalls hauptsächlich, eine andere Baustelle. Aber es mag vielleicht effektiver verbrachte Arztzeit in manchen Fällen sein, wenn ausschließliche Fernbehandlung angewandt werden könnte, auch bei uns. Jedenfalls entwickelte sich ein richtiger „Pilgerpfad“ nach Basel, dem nicht nur Politiker folgten, sondern natürlich auch die Chefs der hiesigen Kassen und wahrscheinlich die der überregionalen Kassenchefs im gesamten Bundesgebiet auch. Das kann man so oder so bewerten. Auch unser baden-württembergisches Gesundheitsministerium ist höchst interessiert... jedenfalls ist das unsere politische Gemengelage gewesen, in der wir auf die Idee kamen, einen Spalt weit – unter dem Genehmigungsvorbehalt der Kammer – die Tür zu öffnen. Wir wollen und wollten „unsere Patientenschutzordnung“ in der Hand behalten, es ist unsere zutiefst ärztliche Aufgabe, den Patienten vor Schaden zu bewahren: Lex suprema aegroti salus! Das höchste Gesetz ist das Wohl des Kranken! Bevor man uns dieses unter zunehmendem politischen und Innovationsdruck streitig macht; wir wollen und wollten für unsere Ärzte im Ländle, für unsere Kammermitglieder, ja, ich sage es so, dieses Geschäftsfeld seriös und unter Wahrung der berufsrechtlichen Rahmenbedingungen sichern. Ja, wir wollen und wollten für unsere danach verlangenden Patienten, übrigens gleichermaßen jung und alt, eine moderne, eine allseits und allzeit verfügbare Methode der Kontaktaufnahme, der Beratung, der medizinischen und therapeutischen Hilfe aufmachen – denn was wir nicht wollen und nicht wollten, das sage ich auch ganz deutlich: ich will nicht, dass in Amerika, in Indien oder auch nur in London angerufen wird, kein Mensch weiß, ob das überhaupt ein Arzt ist, der am anderen Ende der Leitung ist, ob er dokumentiert, versichert ist, die Daten nicht weiterleitet an Big Data o.ä. – Deshalb gibt es nur eines: es selbst in die Hand

nehmen, unseren Ärzten und Ärztinnen, und zwar nur dann, wenn sie es wollen, eine Möglichkeit bieten, die die Zukunft ihnen von anderen sowieso bieten wird – dann aber am liebsten und besten doch von der Kammer!

Nun ist es aber so, dass Fernbehandlung allgemein ja überall und schon lange ganz regulär praktiziert wird: nicht nur die Ziffern 1 und 3 unserer good old GOÄ sind auch schon immer Fernbehandlungsleistungen gewesen, alles schon immer erlaubt, ohne dass das jemand komisch oder erwähnenswert findet: am Bestandspatienten. Als telemedizinische Leistungen sind am bekanntesten die radiologischen, die labormedizinischen, die notärztlichen digitalen Übertragungen, aber auch die telemedizinische Anwendung per Smartphone beim Hausbesuch der Medizinischen Fachangestellten durch die Hausarztpraxis beim Bestandspatienten. Die Bundesärztekammer gab am 11. Dez. 2015 ein lesenswertes Papier namens „Hinweise und Erläuterungen zum § 7 Absatz 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)“ heraus, wo übersichtlich und nachvollziehbar erklärt wird, was alles gut und möglich und erlaubt und akzeptiert ist – alles im Rahmen unserer unverzichtbaren berufsrechtlichen Vorgaben hinsichtlich des Patientenschutzes. Dazu gehören, ich wiederhole es noch einmal: das Ablegen einer ordentlichen Dokumentation, der Abschluss einer Haftpflichtversicherung, die Aufklärung des Patienten und seine Einverständniserklärung, die Wahrung des Arztgeheimnisses, also im weitesten Sinne der Datenschutz von digitalen „Leitungen“, der elektronischen Kartei und die möglichst optimale Verhinderung von Anzapfbarkeit durch Fremde.

Das Ganze kann nur Ergänzung sein: es soll und wird – aus meiner Überzeugung auch nie! – den direkten Kontakt von Kranken oder vermeintlich Kranken mit Ärzten ersetzen, wir werden nicht arbeitslos, nie und nimmer! Und wir alle werden beim weiter sich verstärkenden Ärztemangel so viel Arbeit haben, dass wir auch durch das Einsparen einzelner Praxis-Besuche von Patienten noch reichlich und genügend zu tun haben werden. Wir werden einfach deshalb noch mehr als genug zu tun haben, weil angesichts von Altersmorbidity, Innovationsentwicklung der Medizin und eben dem Wunsch der Menschen nach einer geschützten und sicheren Arzt-Patienten-Beziehung wir mit der Arbeit gar nicht nachkommen werden. Da ist, um es konkret auf den bundesdeutschen GKV-Versicherten einmal herunter zu brechen, die ausschließliche Fernbehandlung auch ein Weg, Patientenbindung bei uns, die es können, herzustellen und nicht anderen, etwa den gestern auch oft dargestellten Heilpraktikern zu überlassen (die das ja auch schon längst als Geschäftsfeld entdeckt haben, gehen Sie mal ins Internet!).

Genau die auch und gerade durch die ausschließliche Fernbehandlung Arzt-Patientenbindung wird deutlich, dass bei diesem so zustande gekommenen Kontakt, also beim bislang unbekanntem Patienten trotzdem dann geschätzte 70 % dieser Kontakte mit der Empfehlung enden, zu einem Arzt oder einer Ärztin sprich Praxis zu gehen enden. Manchmal wird der Arzt bei der ausschließlichen Fernbehandlung sogar dringend und gar Krankenhauszuweisung empfehlen und vielleicht sogar den Krankenwagen alarmieren – ist doch nicht schlecht, wenn das so liefere, es würde allen helfen:

zuerst dem Patienten, dann dem Ziel, da die Krankheiten und Verletzungen zu behandeln, wo es am besten ist – eben Umwege ersparen. Also keine Sorge, dass die Praxen leer würden: es werden eher unnötige, eingeschobene, zusätzlich stressende Arztbesuche herausgefiltert, es wird vorsortiert, es wird – gerade wohl dann bei den ersten Modellversuchen – triagiert werden. Und das meine ich nicht nur für den Bereich des Bereitschaftsdienstes; hier bietet es sich im Besonderen an, und dank der formidablen Kooperation mit dem Vorstand der hiesigen KVBW und der kritischen Begleitung durch die Kollegen in der dortigen und unserer Vertreterversammlung wird wahrscheinlich eines der ersten Modellprojekte, dessen Genehmigungsantrag uns bei der Kammer und unserem Vorstand vorgelegt werden wird, das Projekt Doctor direkt sein, an dem die KVBW arbeitet und mit der wir in engem Kontakt auf Arbeits- aber auch Vorstandsebene die Umsetzung vorbereiten: für baden-württembergische Ärzte, für Mitglieder unserer baden-württembergischen Kammer, für baden-württembergische Patienten. Und das ist auch ganz einfach, warum das nur so sein kann – wobei ich bin ehrlich, am Anfang, bevor wir uns damit beschäftigten, wussten wir das ja auch alles nicht, es war alles Neuland. Natürlich können wir die Berufsordnung nur bei demjenigen anwenden, für den sie auch gilt. Nicht für ein MVZ, nicht für ein Krankenhaus, nicht für eine Körperschaft, nicht für eine Krankenkasse, nicht für Doctor Ed in London oder für Medgate in der Schweiz: nur für einen sogenannten Verantwortlichen Arzt, der Mitglied in der LÄK BW ist, der das mit Ärzten vor Ort macht und dafür bei uns einsteht, dass die berufsrechtlichen Aspekte gewahrt werden. Und der für eine unabhängige Evaluation sorgt.

Ist doch an sich auch klar, dass wir es nicht für schleswig-holsteinische oder nordrheinische Ärzte machen können, da würde mir Herr Dr. Bartmann oder Herr Henke ziemlich den Pelz waschen, und auch nicht für Patienten, die dort wohnen, das würde der Kammer dort auch nicht schmecken, höchstens für unsere hiesigen Patienten, die im schönen Schleswig-Holstein oder in meiner alten durchaus schönen Rheinland von hier aus Urlaub machen – gehen Sie mal am Rhein spazieren!

Dies ist nicht das einzige Modellprojekt, das sozusagen in der Pipeline ist: das Interesse ist groß, die Gespräche sind wichtig, sie müssen genau geführt werden, denn für die Hälfte der interessierten Anrufer bei uns gilt, dass sie nicht genau wissen – wie wir's am Anfang selbst ja auch noch nicht so richtig wussten und verstanden hatten – was eben die „ausschließliche“ Fernbehandlung genau ist.

Ich freue mich jetzt auf die Diskussion: wenn es mir gelungen wäre, darzulegen, dass es nicht des Teufels ist, dass es für unsere Patienten und unsere Ärzte in unserem Bezugsgebiet ein Türschlüssel für die Zukunft ist, vor der man nicht Angst oder Bedenken haben muss, sondern auf die man sich freuen kann, ja es in Zeiten wie dieser es geradezu ärztliche Aufgabe ist, dieses selbst zu übernehmen – so wäre mir der Vortrag gelungen!

Dr. Ulrich M. Clever (Freiburg/Stuttgart)