

Interview ZTG-Inside:

Für Notfälle gerüstet – Der Telenotarzt für NRW

Im Rahmen der MEDICA organisierte und moderierte das ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin eine Diskussionsrunde zum Telenotarzt, bei der Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Versorgung und Selbstverwaltung über den Telenotarzt in und für NRW sprachen. Im folgenden Interview finden Sie die wichtigsten Fragestellungen und Statements der Runde.

- **Rainer Beckers**, Geschäftsführer der ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin
- **Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Beckers**, MME, Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes der Stadt Aachen
- **Dr. Marie-Thérèse Mennig**, Geschäftsführerin P3 telehealthcare GmbH
- **Dr. med. Gerhard Nordmann**, 1. Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Mitglied im ZTG-Fachforum Telemedizin (*ausschließliche Teilnahme am Interview*)
- **Ralf Rademacher**, Geschäftsführer des Rettungsdienstes Kreis Heinsberg
- **Dirk Ruiss**, Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek), Mitglied im ZTG-Aufsichtsrat
- **Bernd Schnäbelin**, Leiter des Referats Rettungswesen, Rehabilitation im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Minister Laumann hat dem WDR gegenüber erklärt, dass er großes Potenzial im Konzept des Telenotarztes sieht und macht sich für eine flächendeckende Umsetzung in Nordrhein-Westfalen stark. Wo liegen derzeit die Herausforderungen in der Sicherstellung einer optimalen Notfallversorgung in NRW?

Dr. G. Nordmann:

Unsere größte Herausforderung ist sicherlich die steigende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes wie auch des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Dafür werden wir auf Dauer nicht die notwendigen Ressourcen haben – entsprechend qualifizierte Mediziner fehlen uns schon heute. Zudem glaube ich, dass wir die Patientinnen und Patienten besser steuern müssen. Nicht jeder vom Betroffenen subjektiv empfundene Notfall braucht einen Rettungseinsatz. Dafür brauchen wir gemeinsame Standards – dafür müssen wir die Optionen des Rettungsdienstes und der ambulanten Notfallstrukturen besser verzahnen und koordinieren.

B. Schnäbelin:

Die von Dr. Nordmann beschriebene Veränderung zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems macht es unumgänglich, die Notfallversorgung als Gesamtsystem weiterzuentwickeln. Dem Rettungsdienst kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Die steigenden Einsatzzahlen bedingen eine stetig steigende Zahl an Rettungsmitteln nebst dem erforderlichen Personal. Medizinischer Fortschritt und immer weitere Spezialisierungen bzw. Zentrenbildungen führen außerdem zu mehr Verlegungen, was eine rettungsdienstliche Spezialisierung auf entsprechende Intensivtransporte o. ä erfordert. Durch die permanent wachsenden notfallmedizinischen Möglichkeiten im Rettungsdienst brauchen wir mitlernende Fachleute. Doch auch im Rettungsdienst wird das top ausgebildete ärztliche und nicht-ärztliche Personal zunehmend knapper. Lösungsansätze gibt es auf mehreren Ebenen. So wird in Modellregionen derzeit die Zusammenlegung der 116 117 mit der 112 erprobt.

Ziel ist es, Anruferinnen und Anrufer von Anfang an aus einer Hand kompetent beraten und in die geeignete Versorgung leiten zu können. Ein weiterer Ansatzpunkt sind Portalpraxen. In der Regel handelt es sich hierbei um Klinikstandorte, die einen gemeinsamen Zugang für kassenärztlichen Notdienst und Klinik haben. Hier werden Patientinnen und Patienten medizinisch ersteingeschätzt und in den notwendigen Versorgungsbereich (Notfallpraxis oder Notaufnahme) geleitet.

D. Ruiss:

Auch die Krankenkassen sehen den gestiegenen Personalbedarf mit Sorge. Es gestaltet sich immer schwieriger, ausreichend Notärzte für den Rettungsdienst zu gewinnen. Darüber hinaus müssen die ländlichen Regionen weiterhin optimal im Rettungsdienst versorgt werden. Um diese Entwicklungen aufzufangen und die gute rettungsdienstliche Versorgung in NRW flächendeckend zu gewährleisten, halten die Ersatzkassen den Einsatz von Telenotärzten, die in schwierigen Situationen per Video „zugeschaltet“ werden, für unabdingbar. In Aachen wurden mit dem Telenotarzt, der dort vor Jahren mit Unterstützung der Ersatzkassen in einem Modellversuch eingeführt wurde, positive Ergebnisse erzielt. Generell sehen die Ersatzkassen in der Notfallversorgung langfristig die Notwendigkeit, die Rettungsdienste mit der ambulanten und stationären Notfallbehandlung durch gemeinsame Leitstellen zu verzahnen. Auch müssen in den Krankenhäusern gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebene Portalpraxen flächendeckend aufgebaut werden. Dafür setzen wir uns ein.

Inwiefern bietet der Einsatz von Telemedizin auf die beschriebenen Herausforderungen eine Antwort?

B. Schnäbelin:

Der Rettungsdienst ist der direkteste und am schnellsten erreichbare Weg zu (notfall-)medizinischer Versorgung. Zugleich ist er Bindeglied zwischen ambulanter und klinischer Notfallversorgung. Hier kommt das Telenotarztsystem als ergänzendes Element hinzu. Die Potentiale sind vielfältig. Neben der Überbrückung eines möglichen therapiefreien Intervalls oder bis zum Eintreffen eines physischen Notarztes kann sich durch Delegation von Maßnahmen eine erhöhte Rechtssicherheit für das nicht-ärztliche Rettungsdienstpersonal ergeben. Das Telenotarztsystem ist vor Ort direkt verfügbar, kann den physischen Notarztdienst entlasten und die Leitstellen im Hinblick auf zu planende und durchzuführende Klinikverlegungen durch direkte ärztliche Abstimmung und Transportbegleitung unterstützen. Telenotfallmedizinische Systeme können somit dazu beitragen, die begrenzten Ressourcen optimal einzusetzen und bieten die Chance, das Rettungsdienstpersonal in der Ausübung und Nutzung der erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten zu unterstützen.

Dr. M.-T. Mennig:

Der Telenotarzt-Dienst begegnet im Rettungsdienst mehreren Herausforderungen: Als ergänzendes Rettungsmittel hilft er, steigende Einsatzzahlen aufzufangen und den traditionellen Notarztdienst signifikant zu entlasten. In vielen Einsatzfällen ist oft nicht der manuelle Eingriff des Notarztes wichtig, sondern vielmehr dessen Fachwissen und Entscheidungsbefugnis sowie die schnelle Verfügbarkeit. In Zeiten des Fachkräftemangels bietet der Telenotarzt ärztliche Expertise auf Knopfdruck, für Einsatzkräfte aber z. B. auch für Leitstellen-Mitarbeiter. Der Telenotarzt ist der notfallmedizinische Experte, der sofort zur Seite steht, um die Behandlung von Notfällen noch besser und schneller zu machen. Lange Anfahrtszeiten auf dem Land, personelle Engpässe in der Besetzung des Notarztdienstes sowie Qualitätseinbußen durch mangelnde Erfahrung oder Qualifikation gehören im Telenotarzt-Dienst der Vergangenheit an. Über 12.000 Einsätze zeugen davon.

Bitte beschreiben Sie kurz, wie der Telenotarzt aus Aachen funktioniert und in welchen Fällen er eingesetzt werden kann. Welche Ausgangslage haben Sie bei uns in NRW am Anfang der Entwicklung und Verbreitung des Telenotarztes vorgefunden?

Dr. M.-T. Mennig:

Als wir vor über zwölf Jahren erstmals über die Nutzung mobiler Datenübertragung im Rettungsdienst nachgedacht haben, waren viele Fragen noch nicht geklärt: Wie sehen die rechtlichen Rahmenbedingungen aus? Wie kann das Vorhaben so umgesetzt werden, dass wir die Technik in den bestehenden Prozessen des Rettungsdienstes überhaupt nutzen können? Wie müssen Telemediziner und Rettungskräfte dafür geschult werden? Bei der Einführung solch umfassender technologisch gestützter Anwendungen in einer so herausfordernden Umgebung wie dem Rettungsdienst, bedarf es jahrelanger Forschung. Technologisch bestand die Herausforderung darin, Sprache, Vitaldaten, Fotos und Videos mobil im Einsatz auf Knopfdruck bereitzustellen – und das zum Zeitpunkt, als das allererste iPhone auf den Markt kam. Politisch betraten wir absolutes Neuland – so regte sich z. B. Widerstand in den Reihen der Mediziner, die sich um ihre Position im Rettungsdienst sorgten. Heute wissen wir, dass die strukturpolitische Situation überall in Deutschland die Rettungsdienste an ihre Grenzen bringt. Daher stellt sich vielerorts nicht mehr die Frage, ob es neue Konzepte wie dieses braucht – sondern vielmehr wie wir die digitale Unterstützung schnellstmöglich umsetzen können. Umso mehr freuen wir uns über die Begeisterung, die Herr Minister Laumann für den Telenotarzt zeigt, und über die Ankündigung, das System flächendeckend in Nordrhein-Westfalen zu nutzen.

Welche Effekte hat der Einsatz des Telenotarztes im Rettungsdienst bisher gezeigt? Was konnte belegt werden?

Dr. S. Beckers:

Durch den Telenotarzt ist eine effizientere Nutzung der Ressource Notarzt möglich. So ist der „konventionelle“ Notarzt verfügbarer für lebensbedrohliche Einsätze, bei denen seine manuellen Fertigkeiten erforderlich sind. Im Aachener System war z. B. eine Reduzierung der Notarzt-Quote um mehr als 50% möglich. Zudem können therapiefreie Intervalle verkürzt und Medikamentengaben auf Knopfdruck angeordnet werden. Die Dokumentation durch den Telenotarzt ist vollständiger als durch den Notarzt. Das selbständige Arbeiten der Rettungsteams kann durch Delegation auch in Zeiten des Notfallsanitäters bei maximaler Rechtssicherheit gewährleistet werden. In Bezug auf die Qualität können wir nach über 12.000 behandelten Patienten festhalten:

- Es besteht die direkte Verfügbarkeit notärztlicher Kompetenz im Einsatz.
 - Die Verkürzung des therapiefreien Intervalls ist möglich.
 - Eine erhöhte Patientensicherheit ist durch ärztliche Echtzeit-Supervision gegeben.
 - Ärztliche Delegation statt Notkompetenz ist möglich.
 - Der Telenotarzt wird als Rückfallebene in der Leitstelle genutzt.
 - Die nachgewiesene bessere Dokumentationsqualität erhöht die Transparenz in der Versorgung.
 - Eine überdurchschnittliche Leitlinienadhärenz ist insbesondere für Tracer-Diagnosen feststellbar.
- Zudem haben wir in der Telenotarzt-Zentrale Aachen die überregionale Einsetzbarkeit erfolgreich umgesetzt, da wir auch Rettungswagen der Kreise Euskirchen und Heinsberg betreuen.

R. Rademacher:

Ich möchte zudem betonen, dass die Kompetenz des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals ansteigt, weil mehr heilkundliche Maßnahmen in eigener Durchführungsverantwortung angewandt

werden. Dies kommt auch Patienten zugute, bei denen der Telenotarzt nicht beteiligt ist. Die erwähnte Verkürzung des therapiefreien Intervalls ist gerade bei Schmerztherapien relevant und kann die „Leidenszeit“ der Patienten deutlich verkürzen. In Kombination mit dem neuen Berufsbild „Notfallsanitäter“ kann das System seine Vorteile deutlich ausspielen: Notfallsanitäter beherrschen die Durchführung von invasiven Maßnahmen besser als die Rettungsassistenten, oftmals sind aber enge Grenzen bei der Indikation gesteckt. Durch die Übertragung der Therapieentscheidung auf den Telenotarzt werden die Grenzen ausgeweitet. Bei Schmerztherapien durch den Notfallsanitäter ist dieser durch die Einschränkungen des BTMG bei der Auswahl der Medikamente limitiert. Durch Unterstützung des Telenotarztes wird auch die Betäubungsmittelgabe ermöglicht.

Gibt es schon Erfahrungen andernorts?

R. Beckers:

Das Rettungswesen erlebt gegenwärtig eine umfassende Digitalisierung. In vielen Bundesländern finden sich entsprechende Ansätze, wobei der Telenotarzt der Uniklinik Aachen zu den Pionieren und Vorreitern gehört. So wird beispielsweise im Rahmen des Innovationsfonds auch in Mecklenburg-Vorpommern ein Telenotarzt-System erprobt. In mehreren Bundesländern wurden zudem Rettungswagen mit Telemedizin für die optimale Schlaganfallbehandlung eingesetzt. Auch die in Nordrhein-Westfalen entwickelte App „Mobiler Retter“ macht Schule. Bundesweit interessieren sich immer mehr Kreise dafür, über Apps Ersthelfer zu mobilisieren.

Was sind Ihre Erfahrungen mit der Einbindung eines innovativen Systems wie den Telenotarzt im Regelrettungsdienst?

Dr. S. Beckers:

Die Ressource „Telenotarzt“ im Rettungsdienst wird als sinnvolles Add-On zum Notarztdienst angesehen, wenn auch anfangs eine gewisse Skepsis bzgl. der technischen Machbarkeit und Stabilität bestand. Die Systemstabilität hat sich bewährt und die Unterstützungsmöglichkeiten haben sich noch weiterentwickelt. Letztlich handelt es sich aber nicht um die Einführung eines „Gerätes“, sondern man steigt in einen Change-Management-Prozess ein, da an vielen Stellen der Prozesskette Anpassungen notwendig werden und dies begleitet werden muss.

Dr. M.-T. Mennig:

Unserer Meinung nach haben drei wesentliche Faktoren zum Erfolg des Systems beigetragen: Zum einen mussten wir ein System entwickeln, das eine technologische Vorreiterrolle einnehmen würde und zugleich bestmöglich auf die Bedürfnisse der Anwender zugeschnitten ist. Die Interdisziplinarität in unserem Team aus Medizinern und ITlern war hierfür der wichtigste Erfolgsfaktor. Ein zweiter wichtiger Faktor ist die Akzeptanz für Telemedizin im Rettungsdienst. Vor allem an der Basis braucht man Befürworter, die zurückmelden, was gebraucht und vor allem was einsetzbar ist. Die Rettungsdienstler in der Stadt Aachen haben uns hier jahrelang unterstützt. Heute ist das System vielerorts im Einsatz, wir bekommen viel positives Feedback und neue Ideen zur weiteren Verbesserung des Systems. Der dritte wichtige Faktor heißt Geduld – die Mühlen der Innovation in Deutschland mahlen langsam. Für die Umsetzung des Telenotarztes braucht es nicht nur gewillte Anwender bzw. Rettungsdienste. Vielmehr müssen kommunale Politik, Datenschutz und Krankenkassen ihre Zustimmung geben. Daher freuen wir uns sehr über die Unterstützung aus der Landespolitik. Wir glauben daran, dass der Telenotarzt in Deutschland überregional eingesetzt werden muss, um die Effizienz des Systems wirklich zu nutzen. Auch in Mecklenburg-Vorpommern

wird auf Landesebene eine Strategie entwickelt, wie die weißen Flecken auf der Karte der Notfallversorgung des Landes durch die Telemedizin bedient werden können.

Die Leitstellen entscheiden, ob ein Notarzt vor Ort benötigt wird. Anhand welcher Kriterien treffen die Leitstellen die Entscheidung wo ein Notarzt und wo ein Telenotarzt zum Einsatz kommt?

Dr. S. Beckers:

Aktuell wird der Telenotarzt nicht disponiert, d. h. die Leitstelle entscheidet lediglich, ob ein Notarzt vor Ort benötigt wird oder nicht. Die Entscheidung, ob ein Telenotarzt hinzugezogen wird, obliegt dem Rettungsteam vor Ort. In über 90% der Fälle ist dies beim alleinigen Einsatz des RTW der Fall. Es kommt auch überbrückend bei parallel alarmiertem (ca. 5%) oder nachalarmiertem Notarzt (ca. 4%) bis zu dessen Eintreffen vor. In ca. 1 % der Fälle kontaktiert der Notarzt vor Ort den Telenotarzt für entsprechende Rückfragen oder Hilfestellungen.

R. Rademacher:

Auch im Kreis Heinsberg gibt es bisher keine eigene Telenotarzt-Disposition, d. h. die Leitstelle alarmiert den Notarzt nach wie vor nach NA-Indikationskatalog der Bundesärztekammer bzw. der Vorgaben der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes. Die Entscheidung über die Beteiligung des Telenotarztes obliegt der jeweiligen Rettungswagenbesatzung. Dennoch stellt ein Telenotarzt-RTW ein höherwertiges Rettungsmittel im Vergleich zum Nicht-Telenotarzt-RTW dar und kann bei einem Notarzt-Mangel gesondert disponiert werden.

Die Feuerwehren, die den Rettungsdienst in NRW organisieren, äußern sich zum Teil skeptisch zum Telenotarzt. Eine Befürchtung ist, dass die Krankenkassen das Konzept nutzen, um Ärzte in der Notfallrettung einzusparen. Wie beurteilen Sie diese Bedenken?

D. Ruiss:

Die Notärzte sollen dort eingesetzt werden, wo sie auch tatsächlich gebraucht werden – um Menschenleben zu retten. Das ist das Ziel, nicht der Abbau von Personal! Vielmehr geht es darum, knapper werdende Ressourcen optimal zu nutzen. Das schnellere Einleiten einer Schmerztherapie unter Anleitung eines Telenotarztes ist das beste Beispiel dafür. Wird ein Patient verlegt, ist die Anwesenheit eines Notarztes ebenso nicht immer erforderlich, insbesondere auf der Rückfahrt ohne Patienten.

Dr. G. Nordmann:

Der Telenotarzt bringt die notwendige Entlastung, um die Ressource Notarzt gezielter einzusetzen. Den Rettungsteams im Einsatz bringt die Option des Telenotarztes Ergänzung und Sicherheit. Das zeigen die gemachten Erfahrungen. Ohne den Einsatz von Telemedizin werden wir in Zukunft den ländlichen Raum weder im Rettungsdienst noch in der normalen Gesundheitsversorgung in einer Qualität wie heute versorgen können. Wir müssen deshalb umdenken. Dänemark hat es uns mit seiner Zentralisierung der Klinikstandorte vorgemacht. Selbstverständlich werden dort die Rettungsteams bei den längeren Fahrzeiten zur nächsten Notaufnahme telemedizinisch unterstützt.

Wie kann der Telenotarzt optimalerweise in die Fläche gebracht werden, damit alle Regionen und alle beteiligten Akteure von dem Konzept profitieren können? Müssen dafür noch Voraussetzungen geschaffen werden?

B. Schnäbelin:

Das Telenotarztsystem soll keine bestehenden Versorgungsstrukturen – hier vor allem das boden- und luftgebundene Notarztsystem – ersetzen. Die Umsetzung kann und wird nicht in einem Sprint erfolgen, sondern eher in Form eines Mittel- bis Langstreckenlaufes. Das Telenotarztsystem ist ein Baustein der Gesamtversorgung und muss mit allen anderen zusammenwirken. Zudem müssen wir die Optimierung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung und die Ausbildung der Notfallsanitäterinnen und -sanitäter flächendeckend voranbringen.

Eine optimale Umsetzung in der Fläche kann nur unter Einbezug der Beteiligten erfolgen. Wir haben top ausgebildetes Rettungsdienstpersonal und einheitliche Ausbildungskonzepte für die Durchführung erweiterter Maßnahmen. Bei den Kreisen und kreisfreien Städten gibt es für den Rettungsdienst ärztliche Leitungen, die in medizinischen Belangen und Fragen der Qualität Verantwortung tragen. In diesem Gesamtkontext und mit Blick auf den Rettungsdienst als eigenständige notfallmedizinische Versorgungssäule und zugleich wesentliche Schnittstelle zwischen ambulanter und klinischer Notfallversorgung wird das Telenotarztsystem nicht als Glocke übergestülpt werden können. Es muss schrittweise in die Versorgungsstruktur eingebettet werden. Auch die rechtlichen Gegebenheiten bedürfen einer aktuellen Betrachtung. Medizin-, haftungs- und datenschutzrechtliche Fragestellungen wurden in einem sehr umfassenden Gutachten mit dem Titel „Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst“ von Herrn Prof. Dr. iur. Christian Katzenmeier und Frau Dr. iur. Stefania Slavu, LL.M. vom Institut für Medizinrecht der Universität zu Köln bewertet. Da sich rechtliche Rahmenbedingungen mittlerweile geändert haben, ist im Zuge der geplanten Ausweitung eine ergänzende rechtliche Bewertung unter Beteiligung der für die Berufsaufsicht zuständigen Ärztekammern vorgesehen. Weiterer wichtiger Baustein ist die technische Infrastruktur und der tatsächliche Bedarf an Telenotarztzentralen. Hierzu ist zunächst eine umfassende Bedarfsabschätzung notwendig.

Dr. G. Nordmann:

Die rechtlichen Voraussetzungen für die ärztlichen Kollegen müssen natürlich klar sein – Stichwort Fernbehandlungsverbot. Eine Refinanzierung des Einsatzes und der technischen Ausstattung sollte klar geregelt sein. Noch wichtiger erscheint mir aber, dass wir Akzeptanz bei den Betroffenen für den Einsatz telemedizinischer Strukturen erreichen. Ärztinnen und Ärzte bei einem Einsatz oder einer Behandlung nicht vor Ort zu haben, sondern nach Bedarf telemedizinisch hinzuzuziehen, darf nur als Stärkung und nicht etwa als Schwächung der Strukturen begriffen werden.

D. Ruiss:

Derzeit sind die Strukturen in den einzelnen Kommunen sehr heterogen. Deshalb strebt der vdek eine NRW-weite Planung an. Dadurch können Bedarfe definiert und einheitliche Standards über kommunale Grenzen hinweg etabliert werden. Ein Beispiel: Würden die Rettungswagen mit den gleichen Medikamenten ausgestattet, könnten alle Notfallsanitäter für den Einsatz der Medikamente ausgebildet werden. In Aachen klappt das wunderbar – und hat sogar noch Möglichkeiten aufgezeigt, die vorher nicht gesehen wurden, etwa die Beratung der Leitstellen-Disponenten oder der Krankenhausärzte bei Verlegungsfahrten.

Welche technischen und organisatorischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um schnell und reibungslos den Telenotarzt in die Prozesse der notfallmedizinischen Versorgung zu integrieren?

R. Beckers:

Aufgrund der regionalen Zuständigkeiten braucht man technisch hochgradig interoperable Systeme. Andernfalls können die Telenotarztzentren nicht kreisübergreifend agieren. Das heißt, dass beliebige telemedizinische Infrastruktur in den Rettungswagen mit ein und derselben Telenotarztzentrale kommunizieren können muss. Darüber hinaus ist es naheliegend, dass der Telenotarzt selbst finanziert werden muss. Schließlich müssen die Krankenhäuser hier im 24/7-Betrieb Personal und auch Infrastruktur vorhalten.

Dr. S. Beckers:

Grundsätzlich ist die Einführung eines Systems in den Rettungsdienstbedarfsplänen der Städte und Landkreise festzulegen. Diese beinhalten sämtliche Vorhaltungen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich und sind Grundlage für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Rein technisch betrachtet müssen die RTW telemedizinisch ausgestattet werden, d. h. es wird eine Übertragungseinheit – die sog. PEEQ-Box mit mehreren Mobilfunkkarten zur Übertragung der Sprache und aller Vitaldaten – zur Kommunikation mit dem mobilen EKG-Defibrillationsgerät erforderlich sowie eine steuerbare Kamera und ein Drucker. Auf der anderen Seite gilt es, eine Telenotarztzentrale technisch mit Software, Arbeitsplatz, Monitor etc. sowie personell mit hocherfahrenen Notfallmedizinern zu etablieren oder sich einer bestehenden Zentrale anzuschließen. Letztlich müssen Telenotärzte und das gesamte Rettungsdienstpersonal nach denselben Vorgaben geschult sein und sich an einem gemeinsamen Standard zur Notfallversorgung orientieren.

Was sind aus Ihrer Sicht die notwendigen nächsten Schritte beim Ausbau des Telenotarzt-Systems in NRW?

B. Schnäbelin:

Zwei wesentliche Säulen stehen bei den nächsten Schritten im Fokus: Zum einen müssen wir die bereits genannte Bedarfs- und Potentialanalyse zum Telenotarztssystem für NRW erstellen. Darüber hinaus ist eine ergänzende rechtliche Bewertung auf Basis der Ist-Situation erforderlich. Aufbauend auf diesen ersten Schritten kann die weitere Planung erfolgen. Zentral – auch für die Akzeptanz und den späteren Nutzen eines solchen Systems – ist wie gesagt der Einbezug und die Mitnahme aller relevanten Akteure. Dies bedingen allein schon die Wechselwirkungen und Abhängigkeiten des Telenotarzt-systems mit den und von den beschriebenen weiteren Bausteinen und Maßnahmen.

R. Rademacher:

Nach der bisherigen Planungssystematik sind die Träger des Rettungsdienstes, also die Kreise und kreisfreien Städte, für die Implementierung eines Telenotarzt-Systems im Rahmen der Rettungsdienstbedarfsplanung verantwortlich. Diese müssen für das Telenotarzt-System sensibilisiert werden. Es fehlt auf Landesebene an klaren Kriterien, wann und in welchem Umfang ein Telenotarzt-System sinnvoll ist. Das Thema wird in jedem Rettungsdienst-Trägerbereich gesondert und ggf. anders diskutiert. Daher sollten landesweite Empfehlungen für die Rahmenbedingungen erarbeitet und mit Krankenkassen abgestimmt werden, bevor die regionale Diskussion beginnt. Die Erfahrungen aus Aachen, den Kreisen Euskirchen und Heinsberg und ggf. Greifswald sollten regelmäßig evaluiert und fortgeschrieben werden. Ein zentrales Register nach Beispiel des Reanimationsregisters könnte zur Darstellung der Effizienz des Systems beitragen.

R. Beckers:

Das NRW-Gesundheitsministerium hat sich klar für eine flächendeckende Verbreitung des Telenotarztes ausgesprochen. Dies kommt vor allem der ländlichen Bevölkerung in NRW zugute.

Zunächst ist es deshalb wichtig, alle erforderlichen Maßnahmen mit den relevanten Akteuren der Notfallversorgung schnell abzustimmen. Das ZTG unterstützt an dieser Stelle gerne. Insbesondere hinsichtlich der Herstellung der zwingend notwendigen Interoperabilität der beteiligten Systeme können wir wertvolle Koordinierungsarbeit leisten. Darüber hinaus nutzen wir unsere vielfältigen Kommunikationskanäle und -instrumente dafür, mehr Öffentlichkeit für das Engagement des Landes Nordrhein-Westfalen zur flächendeckenden Einführung des Telenotarztes zu schaffen.

Wie beurteilen Sie generell die Möglichkeiten aber auch die Risiken telemedizinischer Diagnosen und Therapien in Notfallsituationen?

Dr. G. Nordmann:

Natürlich sind die Möglichkeiten begrenzt. Die Auswertung der bisherigen Einsätze hat gezeigt, was für das Team vor Ort gemeinsam mit dem Telenotarzt ideal beherrschbar war. Ab einer gewissen Schwere der Verletzungen oder der Erkrankung muss der Arzt unmittelbar am Patienten sein. Das will und kann niemand bestreiten. Und genau deshalb kann das Rettungsteam einen Notarzt zusätzlich anfordern. Generell traue ich der telemedizinischen Unterstützung in Notfallsituationen mehr zu. Im ambulanten Bereitschaftsdienst könnte ein solches System die Hausbesuche entlasten. Wir werden jedenfalls die künftige Entwicklung des Telenotarzt-Systems interessiert verfolgen.