

BDA / DGAI Roritzerstr. 27 90419 Nürnberg

Nürnberg, 08.10.2019

Kommentar der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) zu der Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes Rettungsdienst e.V. (DBRD) zur Ausrichtung der Telemedizin im Rahmen notärztlicher Konsultation vom 26.09.2019

DGAI und BDA sind irritiert über eine Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes Rettungsdienst e.V. (DBRD) vom 26.09.2019 zur „Ausrichtung der Telemedizin im Rahmen notärztlicher Konsultation“. Diese Stellungnahme rückt, anstatt den mit dem Pyramidenprozess begonnenen partnerschaftlichen, sachbezogenen Diskurs fortzusetzen, rein berufspolitisch motivierte Aspekte in den Fokus. Damit verfehlt sie eine konstruktive Auseinandersetzung mit den tatsächlichen Problemen und Zukunftsperspektiven des Rettungswesens in Deutschland und baut künstliche Frontlinien zwischen Ärzteschaft und anderen im Rettungsdienst tätigen Berufsgruppen auf. Gleichwohl hoffen DGAI und BDA, dass die nun begonnene Diskussion über diese Stellungnahme zu einem interprofessionellen Konsensusprozess führt.

Der DBRD drückt in seiner Stellungnahme die Befürchtung aus, dass durch die Ausweitung des Telenotarztsystems "die Ausstattung ... der Notfallsanitäter mit Kompetenzen zu invasiven Maßnahmen und Medikamenten" unterbunden werden soll. Insbesondere die "eigenverantwortlichen Kompetenzen" der Notfallsanitäter, die im § 4 Notfallsanitätergesetz (NotSanG) als Ausbildungsziel klar benannt seien, würden "de facto durch telemedizinische Systeme konterkariert". Als angeblicher Grund wird genannt, dass sich "die Notärzteschaft und Ärzteverbände mit der Umsetzung" des Notfallsanitätergesetzes „schwer" täten und daher "offensichtlich den Ausweg in der Einführung von Telemedizin" sehen würden.

Das „Netzwerk Universitäre Telenotfallmedizin“, ein Zusammenschluss von vier auf dem Gebiet der Telemedizin forschenden Universitäten, hat auf die Stellungnahme des DBRD am 02.10.2019 ausführlich und evidenzbasiert geantwortet und die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der Telenotfallmedizin beschrieben. Es wurde u.a. deutlich gemacht, dass die prähospitalen Telemedizin nicht primär „Lückenfüller“ einer Mangelversorgung sei, sondern vielmehr ein unterstützendes Einsatzmittel, welches räumliche Distanzen überwindet. Die Ziele der Telemedizin seien, Expertenwissen u.a. in unterversorgte Regionen rund-um-die-Uhr zur Verfügung zu stellen und die Behandlungsqualität kosteneffektiv, ressourcenschonend und nachhaltig zu verbessern. Dadurch würden die Kommunikation, der Wissenstransfer und die Zusammenarbeit gefördert. Die Einführung eines Telenotfallmedizinischen Systems hemme nicht die Kompetenzen der Notfallsanitäter, sondern schaffe für diese ein kompetenzförderndes Umfeld. So gesehen sei die Möglichkeit der Notfallsanitäter, auf einen Telenotarzt zurückgreifen zu können, kein Manko, sondern eine Bereicherung.

Zentrales Element der Telenotarztanwendung sei, dass der Zeitpunkt und das Ausmaß der Konsultation durch den Rettungsdienst vor Ort bestimmt werden. Bei vielen Notfalleinsätzen wird die manuelle Fähigkeit des Notarztes gar nicht benötigt, sondern lediglich die sofortige leitliniengerechte ärztliche Diagnostik und Therapie. Dies kann auch in adäquater Weise durch einen Telenotarzt erfolgen. Ziel der Konsultation eines Telenotarztes könne dabei sowohl eine einheitliche, qualitativ hochwertige und leitliniengetreue Patientenversorgung, als auch eine

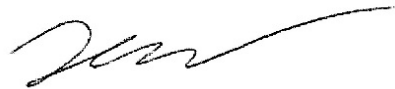
rechtliche Absicherung sein, wie beispielsweise in komplexen Situationen, die einer Standardarbeitsanweisung (SAA) nicht zugeordnet werden können. In den Bereichen Telenotfallmedizin konnten positive Ergebnisse auf die Versorgung schwerkranker Patienten anhand zahlreicher internationaler Studien und auch deutschlandweiter Projekte demonstriert werden. In keiner Region bestehe das Bestreben, Notfallsanitäter oder einen physischen Notarzt zu ersetzen, wo deren Einsatz notwendig ist.

Das "Netzwerk" lädt abschließend zu einem runden Tisch zu diesem Thema ein, an dem neben den Anwendern aus den beteiligten Kommunen auch Vertreter des DBRD teilnehmen sollten.

DGAI und BDA schließen sich den Ausführungen des "Netzwerkes" voll inhaltlich an und rufen den DBRD auf, auf den Weg des sachbezogenen Dialoges zurückzukehren und die Einladung des "Netzwerkes" anzunehmen. Weitere Informationen über den Standpunkt der anästhesiologischen Verbände zur Telenotfallmedizin finden sich in der Strukturempfehlung der DGAI zur Telemedizin in der prähospitalen Notfallmedizin (Anästh Intensivmed 2016;57:160-166) sowie dem Positionspapier der DGAI und der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin zur Telemedizin für die vier Säulen der Anästhesiologie (Anästh Intensivmed 2019; 60: 191-207).



Prof. Dr. med. Rolf Rossaint
Präsident DGAI



Prof. Dr. med. Götz Geldner
Präsident BDA

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) wurde 1961 gegründet und vertritt nahezu 20.000 Mitglieder. Er ist damit einer der größten medizinischen Berufsverbände Deutschlands. Seine satzungsmäßigen Zwecke und Aufgaben sind die weitere Entwicklung der Anästhesiologie im allgemeinen Interesse zu fördern, die beruflichen Belange der im Fachgebiet Tätigen zu wahren sowie die zuständigen Behörden und Stellen in allen einschlägigen Fragen zu beraten.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) wurde 1953 gegründet und vereinigt als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft heute mehr als 15.000 Mitglieder. Sie ist damit eine der größten deutschen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Nach ihrer Satzung hat sie die Aufgabe, Ärzte zur gemeinsamen Arbeit am Ausbau und Fortschritt der Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie zu vereinen und auf diesen Gebieten die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.