

NOTFALLVERSORGUNG VERNETZT DENKEN: DATEN VERFÜGBAR MACHEN, TELEMEDIZIN KONSEQUENT EINBINDEN

Die DGTelemed begrüßt die stärkere Patientensteuerung und die Aufwertung der medizinischen Notfallrettung. Für eine bedarfsgerechte Versorgung muss der Gesetzentwurf jedoch über die digitale Fallübergabe hinausgehen:

- **Entscheidungsrelevante Gesundheitsdaten verfügbar machen**
- **Digitale Vernetzung statt reiner Fallübergabe**
- **Telemedizin strukturell in die Rettungskette integrieren**
- **Vulnerable Patientengruppen gezielter versorgen**
- **Telemedizinische Netzwerke flächendeckend aufbauen**

Positionen der DGTelemed
zum Entwurf der Bundesregierung
zum Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Patientensteuerung stärken – Notfallrettung neu verankern

Im Gesetzentwurf steht vor allem ein Ziel im Vordergrund: die bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten im Notfall. Die Inanspruchnahme von Leistungen soll besser auf die jeweils erforderliche medizinische Versorgungsebene ausgerichtet werden, um die Ressourcen zu schonen. Die bestehenden Strukturen sollen insbesondere durch neu zu schaffende Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert werden.

Diese sollen auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene vermitteln und in geeigneten Fällen auch eine telefonische oder telemedizinische ärztliche Konsultation ermöglichen. Erste Umsetzungen der digitalen Ersteinschätzung, etwa durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, haben bereits gezeigt, dass sich auf diese Weise unnötige Wege durch das System vermeiden lassen. Darüber hinaus wird die medizinische Notfallrettung im SGB V erstmals als eigenständiger Leistungsbereich etabliert. Diesen Schritt begrüßt die DGTelemed ausdrücklich.

Digitale Fallübergabe allein greift zu kurz

Ein relevantes Potenzial zur Vermeidung nicht bedarfsgerechter Inanspruchnahmen besteht jedoch bei komplexen Versorgungssituationen, insbesondere bei multimorbiden und pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten (Bretschneider et al. 2022). Auch im Rettungsdienst gibt es im Übrigen einen erheblichen „Drehtüreffekt“ aus der immer gleichen Überforderung im pflegerisch-häuslichen Umfeld (Breuer et al. 2023).

Um an dieser Stelle effektiver zu versorgen, brauchen wir ein telemedizinisch vernetztes Handeln aller Akteurinnen und Akteure! Die Regelungen des Gesetzentwurfs bleiben jedoch im Wesentlichen der fallbezogenen Informationsweitergabe innerhalb der aktuellen Rettungskette verhaftet. § 133c SGB V verpflichtet dort die beteiligten Akteurinnen und Akteure zur digitalen Erhebung, Übermittlung und zum Empfang der im aktuellen Notfall- und Akutversorgungsgeschehen erhobenen Daten. Eine systematische Bereitstellung bereits vorhandener, für die notfallmedizinische Entscheidungsfindung relevanter Behandlungsinformationen für den Rettungsdienst – etwa hausärztliche Befunde, vorausgegangene Entlassungsberichte oder Laborbefunde – wird damit aber nicht sichergestellt.

Solche Informationen können in Verbindung mit den aktuell erhobenen klinischen Befunden wesentlich dazu beitragen, die präklinische Risikoeinschätzung, Arbeitsdiagnose und weitere Versorgungsentscheidung zu verbessern. Insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten können Informationen über Vorerkrankungen, Vorbefunde, Medikation und vorausgegangene Behandlungen helfen, nicht bedarfsgerechte Versorgungsentscheidungen zu vermeiden. Das umfasst zudem auch den Zugriff der weiterversorgenden Einrichtung auf diese umfassenden Daten, im Sinne einer optimalen Vorbereitung auf den Patienten (z. B. Stroke Unit, Notfallzentrum, Katheterlabor).

Entscheidungsrelevante Gesundheitsdaten müssen verfügbar sein

Der Gesetzentwurf schafft zwar wichtige Voraussetzungen für einen bidirektionalen Datenaustausch, stellt aber nicht sicher, dass in der präklinischen Versorgung alle entscheidungsrelevanten longitudinalen Gesundheitsinformationen vollständig, strukturiert und unmittelbar verfügbar sind. Die bloße Digitalisierung der Fallübergabe greift daher zu kurz. Auch die derzeitige elektronische Patientenakte (ePA) ist aus verschiedenen Gründen (unvollständig, nicht ausreichend aktuell, unstrukturiert) noch kein Instrument, das eine vollständige, strukturierte und situationsgerechte Bereitstellung solcher Informationen im Rettungsdienst sicherstellt, obwohl der Gesetzentwurf die digitale Vernetzung der Akutleitstellen und der Leistungserbringer des Notfallmanagements unter Nutzung der Telematikinfrastruktur vorsieht.

Wir empfehlen deshalb nachdrücklich, dass die digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung weiter gefasst wird. Ausgehend von der Errichtung der Integrierten Notfallzentren sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenhausträger und die Träger des Rettungswesens auf Grundlage bundeseinheitlicher interoperabler Standards gemeinsame Verfahren und Verantwortlichkeiten für ein vernetztes, bidirektionales digitales Notfallmanagement festlegen. Dies beinhaltet selbstverständlich auch die digitale Fallübergabe. Diese sollten parallel und unabhängig zur digitalen Fallübergabe und Leistungsdokumentation definiert werden, die ursprünglich vornehmlich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Abrechnung etabliert wurde.

Telemedizinische Netzwerke konsequent in die Notfallversorgung integrieren

Der Gesetzentwurf erkennt mit § 133b Abs. 4 Nr. 3 und 5 vom Grundsatz her die Bedeutung telemedizinischer Anwendungen und Versorgungsnetzwerke für die medizinische Notfallrettung ausdrücklich an. Offen bleibt jedoch, wie der konkrete Zugang zur telemedizinischen Patientenversorgung (telemedizinische Erstberatung, Voranmeldung, Assistenz/Delegation, Supervision, Telekonsile, interprofessionelle Fallbesprechung usw.) organisatorisch ausgestaltet und insbesondere mit der Versorgung vulnerabler Patientengruppen verzahnt werden soll. Solche Themen könnten lediglich im „Fachgremium medizinische Notfallrettung“ thematisiert werden.

Es bleibt deshalb zu hoffen, dass auf absehbare Zeit der Rettungsdienst dennoch Telekonsile und Fallbesprechungen in der Notfall- und Akutversorgung systematisch nutzen kann, wobei in diesem Kontext insbesondere die flächendeckende Etablierung von Netzwerken zwischen spezialisierten telemedizinischen Zentren in Verbindung mit Pflegeheimen zu etablieren wäre. So kann ein telemedizinisches Netzwerk entstehen, in dem der Patient verantwortungsbewusst und datengestützt den weiteren Versorgungsstufen zugewiesen werden kann und wiederholte Rettungseinsätze reduziert werden können.

- **Entscheidungsrelevante Gesundheitsdaten verfügbar machen:** Rettungsdienste und weiterversorgende Einrichtungen benötigen unmittelbar Zugriff auf relevante Vorbefunde, Medikation, Entlassungsberichte und weitere longitudinale Behandlungsinformationen.
- **Digitale Vernetzung statt reiner Fallübergabe:** Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser und Rettungswesen sollten auf Basis bundeseinheitlicher interoperabler Standards ein gemeinsames, bidirektionales digitales Notfallmanagement etablieren.
- **Telemedizin strukturell in die Rettungskette integrieren:** Telemedizinische Erstberatung, Telekonsile, Supervision, Voranmeldung und interprofessionelle Fallbesprechungen müssen verbindlich in die Versorgungsprozesse eingebunden werden.
- **Vulnerable Patientengruppen gezielter versorgen:** Insbesondere bei multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen können vernetzte Versorgungsstrukturen nicht bedarfsgerechte Krankentransporte und wiederholte Rettungsdiensteinsätze vermeiden.
- **Telemedizinische Netzwerke flächendeckend aufbauen:** Spezialisierte telemedizinische Zentren, Rettungsdienst, Krankenhäuser, ambulante Versorgung und Pflegeeinrichtungen sollten systematisch miteinander vernetzt werden.

Literatur

Bretschneider, C., Poeck, J., Freytag, A. *et al.* Notfallsituationen und Krankenhauszuweisungen in Pflegeeinrichtungen – ein Scoping-Review zu Begleitumständen und versorgungsrelevanten Maßnahmen. *Bundesgesundheitsbl* **65**, 688–696 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03543-w>

Breuer, F., Dahmen, J. „Fehlensätze“ im Rettungsdienst – Notwendigkeit einer einheitlichen Begriffsdefinition und Abgrenzung zu Bagatelleinsätzen. *Notfall Rettungsmed* **26**, 345–348 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01166-5>