

„Durch den Telenotarzt kommt es zur spürbaren Entlastung der physischen Notärzte“

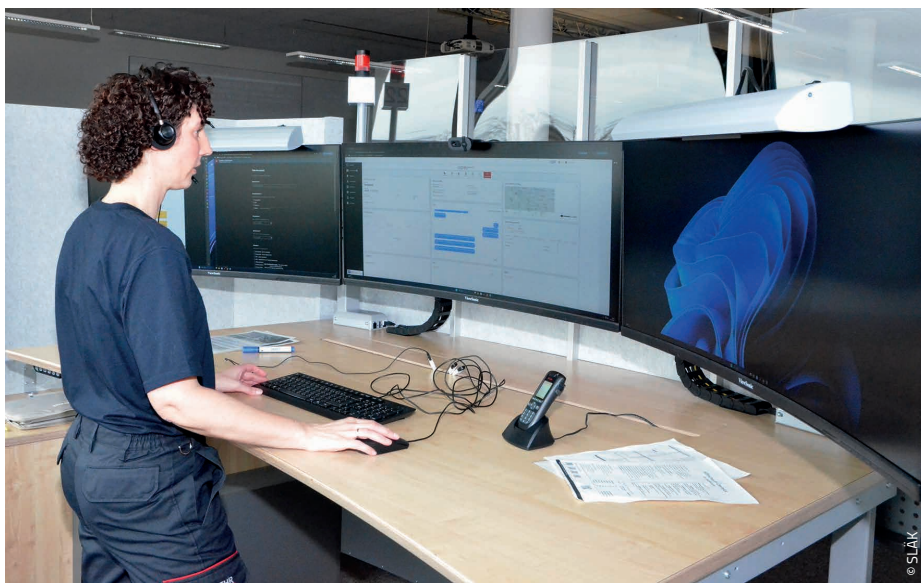
Interview zum Pilotprojekt Telenotfallmedizin in Leipzig

14.58 Uhr: 112 – ein Notruf geht in der Leitstelle ein. Die Schwester eines Pflegeheims meldet: ein 79-jähriger Patient mit einem bekannten Diabetes mellitus habe einen Blutzucker von 21,8 mmol/l, der Hausarzt sei heute am Dienstag nicht mehr erreichbar und der KV-Arzt noch nicht zuständig. Man brauche daher dringend ärztliche Unterstützung.

Statt wie bisher einen Notarzt zu entsenden, wird die diensthabende Telenotärztin Dr. med. Julia Voigt hinzugezogen: Ruhig und strukturiert erhebt sie die relevanten Vitalparameter, Vigilanz und Medikation von der RTW-Besatzung. Der Patient ist stabil; es besteht keine akute Lebensgefahr. Es folgen klare Anweisungen zur weiteren Versorgung sowie konkrete Kriterien für eine erneute Kontaktaufnahme.

Der Fall zeigt, wie Telemedizin gezielt unterstützen kann – schnell, sicher und ohne unnötige Bindung knapper Ressourcen.

Seit Oktober 2025 erprobt die Stadt Leipzig zunächst in 12-Stunden-Diensten, seit Januar 2026 im 24-Stunden-Betrieb, ein sachsenweit einmaliges Pilotprojekt der Telenotfallmedizin. Das Projekt in Leipzig soll durch die telemedizinische Unterstützung von Rettungsteams, die engere Vernetzung mit der Integrierten Regionallaststelle sowie die wissenschaftliche Begleitung eine schnellere, effizientere und patientenorientierte präklinische Notfallversorgung ermöglichen.



Dr. med. Julia Voigt koordiniert als Telenotärztin die eingehenden Notrufe und leitet die Rettungsteams vor Ort fachlich an.

Nach fast sechsmonatiger Erprobung zog die Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, Dr. med. Diana Becker-Rux, eine erste Bilanz im Gespräch mit dem ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes, Dr. med. Ralph Schröder.

Becker-Rux: Wie hoch ist die Auslastung des Telenotarztes?

Schröder: Insgesamt haben die Telenotärztinnen und Telenotärzte seit dem 1. Oktober 2025 über 1.300 Einsätze absolviert. Die Auslastung des Telenotarztes ist insbesondere seit Initiierung des Vollbetriebs Anfang Januar 2026 deutlich angestiegen. Aktuell fallen in 24 Stunden circa zwölf Einsätze an. Herausfordernd ist dabei nicht die Anzahl der Einsätze an sich, sondern die Einsatzverteilung. Insbesondere sind so-

genannte Duplizitätseinsätze herausfordernd, bei denen mehrere Einsätze gleichzeitig bearbeitet werden müssen.

Wie hat sich die Verfügbarkeit von Notärzten vor Ort in den ersten Monaten konkret verändert? Gibt es erste Zahlen?

Durch den Telenotarzt kommt es zu einer spürbaren Entlastung in der Einsatzhäufigkeit der physischen Notärzte, diese Einsätze gingen um circa 36 Prozent zurück. In der Folge konnte eine Verbesserung der Eintreffzeit von physischen Notärzten im Stadtgebiet Leipzig festgestellt werden.

Da der Einsatz des Telenotarztes insbesondere auf die Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit einer niedrigeren Erkrankungs- und Verletzungsschwere fokussiert, können die

physischen Notärzte gezielter zu Patienten entsandt werden, die die notärztliche Intervention dringender benötigen.

Wird es auch auf Landkreise erweitert?

Die Stadt Leipzig erprobt dieses System auf Basis der sogenannten „Experimentierklausel“ in der Landesgesetzgebung zum Rettungsdienst [§ 26 Abs. 3 SächsBRKG, Anm. d. R.]. Wir gehen davon aus, dass es bei erfolgreicher Erprobung im Anschluss eine schrittweise Erweiterung auf den ganzen Freistaat geben wird.

Gibt es schon messbare Effekte auf die Auslastung der Rettungsmittel?

Ja, die Einsatzsichter können bereits jetzt einen relevanten Anteil der ehemaligen Einsätze für die Rettungswagen übernehmen. Hier sehen wir eine hohe Trefferquote insbesondere bei niedrigprioritären Einsätzen. Der Vorbeugende Rettungsdienst als präventive Komponente sorgt insbesondere durch die Initiierung eines Case Managements für Frequent User für eine Senkung der Einsatzfrequenz speziell bei diesen Patienten. Und der Telenotarzt sorgt nicht nur für eine spürbare Entlastung und Fokussierung im Bereich der physischen Notarzteinsätze, sondern verkürzt nachweislich auch die Eintreffzeit des physischen Notarztes am Einsatzort.

Welche Einsatzstichworte eignen sich bislang besonders gut – und welche haben sich als problematisch erwiesen?

Grundsätzlich kann der Telenotarzt auf zwei Wegen alarmiert werden. Die Notfallsanitäter können den Telenotarzt bei Einsätzen der Rettungswagen beratend hinzuziehen, zum Beispiel für die Planung einer ambulanten Versorgung oder zu Transportverweigerungen. Tatsächlich stellen diese Nachforderungen einen relevanten Anteil unserer telenotärztlichen Beratung dar.



Dr. med. Diana Becker-Rux (r.), Ärztliche Geschäftsführerin, im Gespräch mit Dr. med. Julia Voigt, Telenotärztin in Leipzig

Alternativ kann der Telenotarzt durch die Leitstelle aber auch primär einem Einsatz zugeordnet werden, der bis Ende 2025 noch ein Einsatz des physischen Notarztes war. Dies erreichen wir durch ein so genanntes „Splitting“ des Notarztindikationskataloges, bei dem wir Einsätze identifizieren, die regelhaft keine Präsenz eines Notarztes vor Ort erfordern. Die Anpassung dieser Indikationen wird schrittweise umgesetzt und regelmäßig evaluiert, sodass wir eine hohe Versorgungssicherheit gewährleisten können. Dies belegt auch die sehr geringe Nachforderungsrate des physischen Notarztes von unter zwei Prozent.

Gibt es eine Rückmeldung zu einer veränderten Verantwortungswahrnehmung oder Entscheidungsbelastung? ... für den Telenotarzt? ... für den Notfallsanitäter?

Die Notfallsanitäter dürfen in der Stadt Leipzig ihre Kompetenzen maximal ausschöpfen, dies trägt erheblich zu einer erfolgreichen Umsetzung des Telenotarzt-Systems bei. Dazu gehört beispielsweise neben der Anwendung der Betäubungsmittel Morphin und Fentanyl auch die eigenverantwortliche Entscheidung, ob der Telenotarzt zu einem Einsatz hinzugezogen wird oder nicht.

Die Rückmeldungen des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals sind durchweg sehr positiv.

Die Tätigkeit als Telenotarzt ist anfangs ungewohnt, da der unmittelbare Patientenkontakt, wie zum Beispiel zur körperlichen Untersuchung, fehlt. Unsere hoch standardisierten Arbeitsanweisungen, die zuverlässige Technik und die gute Ausbildung der Notfallsanitäter führen aber zu einer sicheren Patientenbehandlung, und selbst komplexere Fallkonstellationen konnten erfolgreich bewältigt werden.

Welche organisatorischen Herausforderungen sind erst im laufenden Betrieb sichtbar geworden?

Die Startphase war geprägt von einem sehr hohen Aufwand für die Schulung aller Einsatzkräfte: Notfallsanitäter, Einsatzsichter, Telenotärzte, Leitstellendisponenten. Im laufenden Betrieb kam und kommt es immer wieder zu Optimierungen in den organisatorischen Abläufen, diese bedingen regelmäßige Nachschulungen der genannten Einsatzkräfte. Bei der Telenotarzt-Software haben wir erfreulicherweise die Möglichkeit, ganz gezielt unsere Erfahrungen beim Systemanbieter ein-

fließen zu lassen und so zu einer kontinuierlichen Verbesserung des technischen Systems beizutragen.

Wie stabil funktioniert die Video- und Datenübertragung im realen Einsatzgeschehen?

Die audiovisuelle Übertragung funktioniert mit wenigen Ausnahmen durchweg stabil und sicher. Sollte es zu nicht lösbaren Problemen bei der Übertragung kommen, sehen unsere Protokolle entsprechende Rückfallebenen bis hin zur Entsendung eines physischen Notarztes vor.

Ein zweites Pilotprojekt ist die Funktion des Einsatzsichters, der eine speziell rettungsdienstliche, qualifizierte Fachkraft ist und bei ausgewählten Einsätzen anstelle eines Rettungswagens entsandt wird, um die Lage vor Ort einzuschätzen und eine bedarfsgerechte Versorgung einzuleiten; bei Bedarf kann dieser auch telemedizinisch mit dem Telenotarzt zusammenarbeiten. Liegen schon erste Kennzahlen zur Performance des Einsatzsichters nach den ersten Monaten vor?

Die Einsatzsichter absolvierten im letzten halben Jahr circa 1.800 Einsätze. Insbesondere gelingt hier die Zuordnung zu niedrigprioritären Einsatzindikationen sehr gut, und die Rettungswagen können entlastet werden. Die Nachforderungsquote für weitere Rettungsmittel ist bei den Einsatzsichtern, auch im deutschlandweiten Vergleich ähnlicher Systeme, mit unter 25 Prozent sehr niedrig.

Wie kann der „Vorbeugende Rettungsdienst“ zu einer Entlastung im System beitragen?

Der Vorbeugende Rettungsdienst identifiziert Vielfachnutzer, so genannte „Frequent User“, und kann über die Einbindung dieser Patienten in ein eigens aufgesetztes Case Management dazu beitragen, die Einsatzfrequenz von Ret-

tungswagen und Notärzten zu senken. Dazu erfolgt bei den Patienten eine Abklärung von dahinterliegenden Problemen sowie eine strukturelle wie psychische Maßnahmenanalyse. Auch evaluieren wir einrichtungsbezogene Einsatzhäufungen in organisierten Wohnformen, wie zum Beispiel in Pflegeheimen, und versuchen mit dem jeweiligen Träger die Zusammenarbeit zu optimieren.

Die enge Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung ergänzt die Tätigkeit unseres Koordinators für den Vorbeugenden Rettungsdienst.

Wie ist die Erfahrung mit der Personalgestaltung durch den in der Ausschreibung bezuschlagten Dienstleister?

Die Erfahrungen sind sehr gut. Die Telenotärzte weisen ein sehr hohes Qualifizierungsniveau auf, sind alle in Sachsen ärztlich tätig und entsprechend mit den hiesigen Vorgehensweisen und Besonderheiten bestens vertraut. Personalbedingte Ausfälle in der Vorhaltung gab es in den letzten sechs Monaten keine. ■

Das Interview führte
Dr. med. Diana Becker-Rux
Ärztliche Geschäftsführerin