



Zentralinstitut
kassenärztliche
Versorgung

Zi Jubiläum, Berlin am 27.09.2023

24/7 abrufbar – Medizinische Versorgung zwischen Daseinsvorsorge und Fehlinanspruchnahme

Dr. Sebastian Carnarius
Leiter Fachbereich Medizin

● Was ist seit 2018 (SVR-Gutachten zur Notfallreform) passiert?

- 2019: Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG): einheitliche strukturierte Ersteinschätzung durch die 116117
- 2019: Referentenentwurf Notfallreform zu GNLS & INZ/Anhörung 2020/keine parlamentarische Beratung
- 2021: (GVWG) Beauftragung des G-BA in § 120 Abs. 3b SGB V: Vorgaben zur Ersteinschätzung und Weiterleitung selbsteinweisender Patient:innen in Notaufnahmen bis Mitte 2022
- 2021: Koalitionsvertrag von SPD/Die Grünen/FDP: Notfallreform mit ‚Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen‘, Aufnahme des RD ins SGB V, Einführung von INZ
- 2022: (GKV-FinG) Verschiebung der Beschlussfassung des GBA nach § 120 Abs. 3b SGB V um ein Jahr
- 2023: Vierte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung: ‚Integrierte Leitstellen‘ (ILS), INZ & KINZ
- 2023: Pflegeentlastungsgesetz (PUEG): Einschränkung des Zuständigkeitsbereichs der Richtlinie nach § 120 abs. 3b SGB V auf Besetztzeiten einer Bereitschaftspraxis
- 2023: GBA-Richtlinie zur strukturierten medizinischen Ersteinschätzung
- 2023: Beanstandung GBA-Richtlinie durch das BMG

- **Patientensteuerung = Kernthema**

4 Aspekte

- **Datenlage berücksichtigen**
Wo ist das Problem – Fallzahlsteigerung oder Personalknappheit?
- **Patientensteuerung im Prozess nach ‚vorne‘ verlagern**
Die Hilfesuchenden zuhause abholen – wieweit ist das möglich?
- **Behandlungskompetenz am Standort steigern**
INZ einrichten – Entlastung oder das Problem von morgen?
- **Patientensteuerung vereinheitlichen**
Weiterleitung in die Praxis – Entlastung oder Gesundheitsgefahr?

● Datenlage

- Inanspruchnahme der Notaufnahme seit 2016 abgeflacht, seit 2022 steigende Tendenz
- Krankenhausbezogene Perspektive, da die Bedeutung der Notfallversorgung für Krankenhäuser und Arztpraxen unterschiedlich ist:

alle Krankenhausfälle \approx 15 Millionen,

alle Fälle im ambulanten Versorgungsbereich \approx 600 Millionen
schätzungsweise 200 Millionen akute Fälle

- Zunehmender Mangel von Fachpersonal

- **Patientensteuerung = Kernthema**

4 Aspekte

- **Datenlage berücksichtigen**

Wo ist das Problem - Fallzahlsteigerung oder Personalknappheit?

- **Patientensteuerung im Prozess nach ‚vorne‘ verlagern**

Die Hilfesuchenden zuhause abholen – wieweit ist das möglich?

- **Behandlungskompetenz am Standort steigern**

INZ einrichten – Entlastung oder das Problem von morgen?

- **Patientensteuerung vereinheitlichen**

Weiterleitung in die Praxis – Entlastung oder Gesundheitsgefahr?

● Ausgangslage 116117

- Derzeit rund 36 Millionen Anrufe auf der 116117, ganz überwiegend während der Bereitschaftszeiten.
- Wartezeiten am Telefon werden u.a. durch Regierungskommission kritisiert (potenzieller Überlauf in 112).
- **Aktuelle technische Entlastungsmaßnahmen:**
 - Erhöhung der Zahl der Standorte/Umstellung auf home-office-fähige Arbeitsplätze
 - Fast-Track für hochdringliche Anliegen (116117)
 - gegenseitige digitale Fallübergabe
 - Patienten-Navi online (digitale Selbsteinschätzung mit Terminbuchung)
- **Was fehlt:**
 - einheitliche strukturierte Abfrage bei 112 mit definierten Einsatzkriterien im low-code-Bereich (z.B. GNotSan) und festen Übergabepunkten an 116117 (potenziell sollten alle low-codes hier disponiert werden)
 - Echtzeit-Tracking von bereits eingegangenen/disponierten Anrufen für 116117 & 112 (ergänzt digitale Fallübergabe)
 - Volle Finanzierung der Vorhaltekosten

● **Hilfesuchende zuhause abholen – welcher Ausbau der 116117?**

- 2019 rd. 35-40 Mio. Euro Aufwand für KV-Servicestellen (116117), ca. 10% des Vorhalteaufwands im Bereitschaftsdienst. Derzeit ist von ca. 650-680 VZÄ auszugehen
- Servicelevelanforderungen der Regierungskommission: ca. 900-1.000 VZÄ nötig, d.h. rd. 15 Mio. Euro zusätzlich, Gesamtaufwand mindestens rd. 50 Mio.

Kernfrage: Wie hoch sind die Anruferzahlen in Zukunft?

- **Szenario 1 – Anruf vor Selbsteinweisung:**
 - ca. 9-10 Mio. zusätzliche Anrufe mit telefonischer Ersteinschätzung (ca. 5 min. Anrufdauer)
 - benötigt werden mindestens ca. 1.000 – 2.500 VZÄ zusätzlich (50 – 150 Mio. Euro)
- **Szenario 2 – Anruf soll bevorzugte Art des Erstkontakts werden:**
(Problem: breite Überlappung mit Regelfversorgung)
 - Anzahl zusätzlicher Anrufe unklar, Potenzial: ca. 200 Mio. (30% der Behandlungsfallzahl p.a.)
 - 10.000 – 20.000 VZÄ? personell zum gewünschten Service-Level nicht leistbar
- Digitales Substitutionspotenzial muss genutzt werden. Kriterien der zentralen Terminvermittlung müssen gelten/Vermeidung von Doppelbuchungen
- **Akut- und Notfallversorgung muss etwas Spezifisches bleiben**

- Ausgangslage 116117

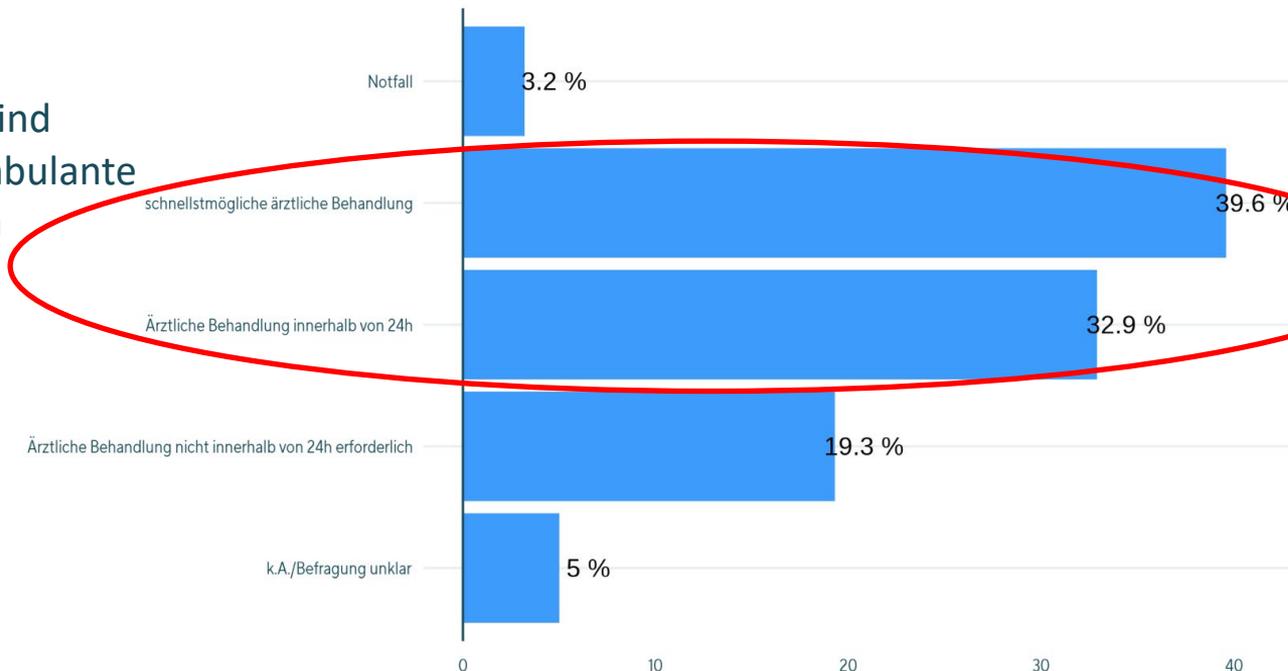


Quelle: laufende Berichterstattung letzten 12 Monate zu SmED-Ersteinschätzung durch Zi unter <https://smed.ziapp.de/>

- **Anwendungsstand – telefonische Ersteinschätzung**

Versorgungszeitpunkt nach med. Ersteinschätzung mit SmED in der 116117

$\frac{3}{4}$ der Fälle sind
taggleich ambulante
zu versorgen



Quelle: SmED-Daten 01.01.2020-31.12.2022 (n=3.619.825)

- **Patientensteuerung = Kernthema**

4 Aspekte

- **Datenlage berücksichtigen**
Wo ist das Problem - Fallzahlsteigerung oder Personalknappheit?
- **Patientensteuerung im Prozess nach ‚vorne‘ verlagern**
Die Hilfesuchenden zuhause abholen – wieweit ist das möglich?
- **Behandlungskompetenz am Standort steigern**
INZ einrichten – Entlastung oder das Problem von morgen?
- **Patientensteuerung vereinheitlichen**
Weiterleitung in die Praxis – Entlastung oder Gesundheitsgefahr?

● Überlegungen der Regierungskommission

INZ = zentrale Anlaufstelle (Tresen) + KV-Notdienstpraxis + ZNA

- Stufe 3 (umfassende Notfallversorgung):
Besetzung = 24/7; 160 Standorte
- Stufe 2 (erweiterte Notfallversorgung):
Mindestbesetzung = Mo-Fr. 14-22h; Sa-So 9-21h; 260 Standorte
- Stufe 1 (Basisnotfallversorgung):
Besetzung nicht eindeutig (analog Stufe 2); „wo regional erforderlich“
- Kinder (KINZ):
Besetzung „bedarfsgerecht“; 290 Standorte
- FÄ für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie; Pädiatrie
(telemedizinisch auch weitere wie z.B. Augenheilkunde, Urologie, HNO)
- Zudem: 24/7 fahrender ärztlicher Bereitschaftsdienst

} 420
} plus X ?

- **Patientensteuerung = Kernthema**

4 Aspekte

- **Datenlage berücksichtigen**
Wo ist das Problem - Fallzahlsteigerung oder Personalknappheit?
- **Patientensteuerung im Prozess nach ‚vorne‘ verlagern**
Die Hilfesuchenden zuhause abholen – wieweit ist das möglich?
- **Behandlungskompetenz am Standort steigern**
INZ einrichten – Entlastung oder das Problem von morgen?
- **Patientensteuerung vereinheitlichen**
Weiterleitung in die Praxis – Entlastung oder Gesundheitsgefahr?

● Konfigurationen und Anwendungsfelder von SmED

SmED Telefon (Basisversion):
Unterstützung medizinischer
Fachkräfte in der **telefonischen**
Ersteinschätzung



SmED Kontakt: Unterstützung des
Rettungsdiensts bei der Frage:
„In die Klinik oder in die Arztpraxis?“

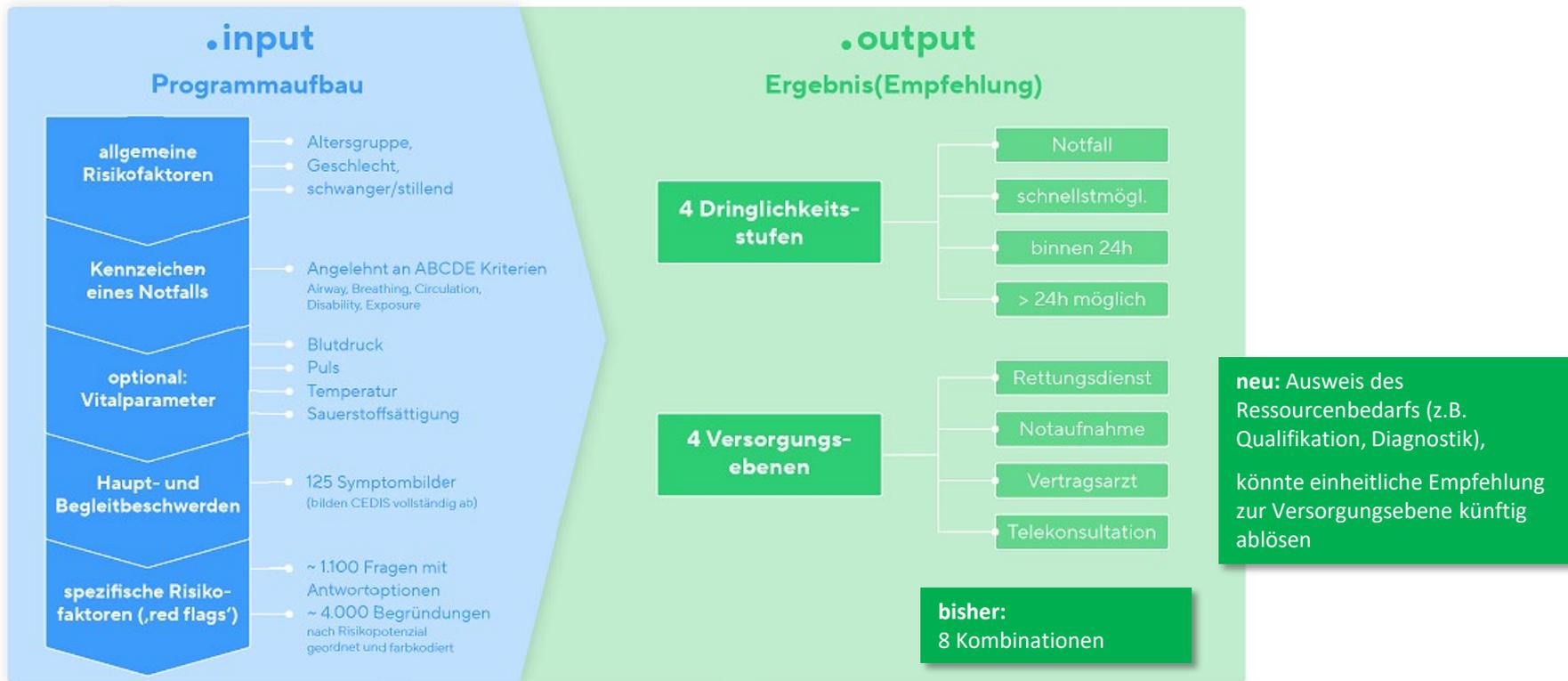
**Digitale Selbsteinschätzung
(SmED Patient):**
Chatbot* für PC und Smartphone
zur Selbsteinschätzung

SmED Kontakt+: Unterstützung der
Sichtungskräfte am Tresen bei der Frage:
„Notaufnahme, Bereitschaftspraxis oder Hausarzt?“

* z.B. eingebunden in Patienten-Navi online
(<https://www.116117.de/de/index.php>) mit
Arztsuche und ggf. online Terminbuchung

Allgemeine Informationen unter <https://smed.zi.de/>

● **SmED – Ersteinschätzung in 5 Schritten**



Eckdaten telefonische Ersteinschätzung: Dauer **149,7 Sekunden**, 1,6 Beschwerden, 19,2 Fragen pro Assessment (<https://smed.ziapp.de/>)

am Sichtungstresen der Bereitschaftspraxis Bremen: Dauer **98,7 Sekunden** (10.216 Assessments zwischen 30.05.2022 und 13.03.2023)

- **Studien zur Weiterleitung von Patienten**

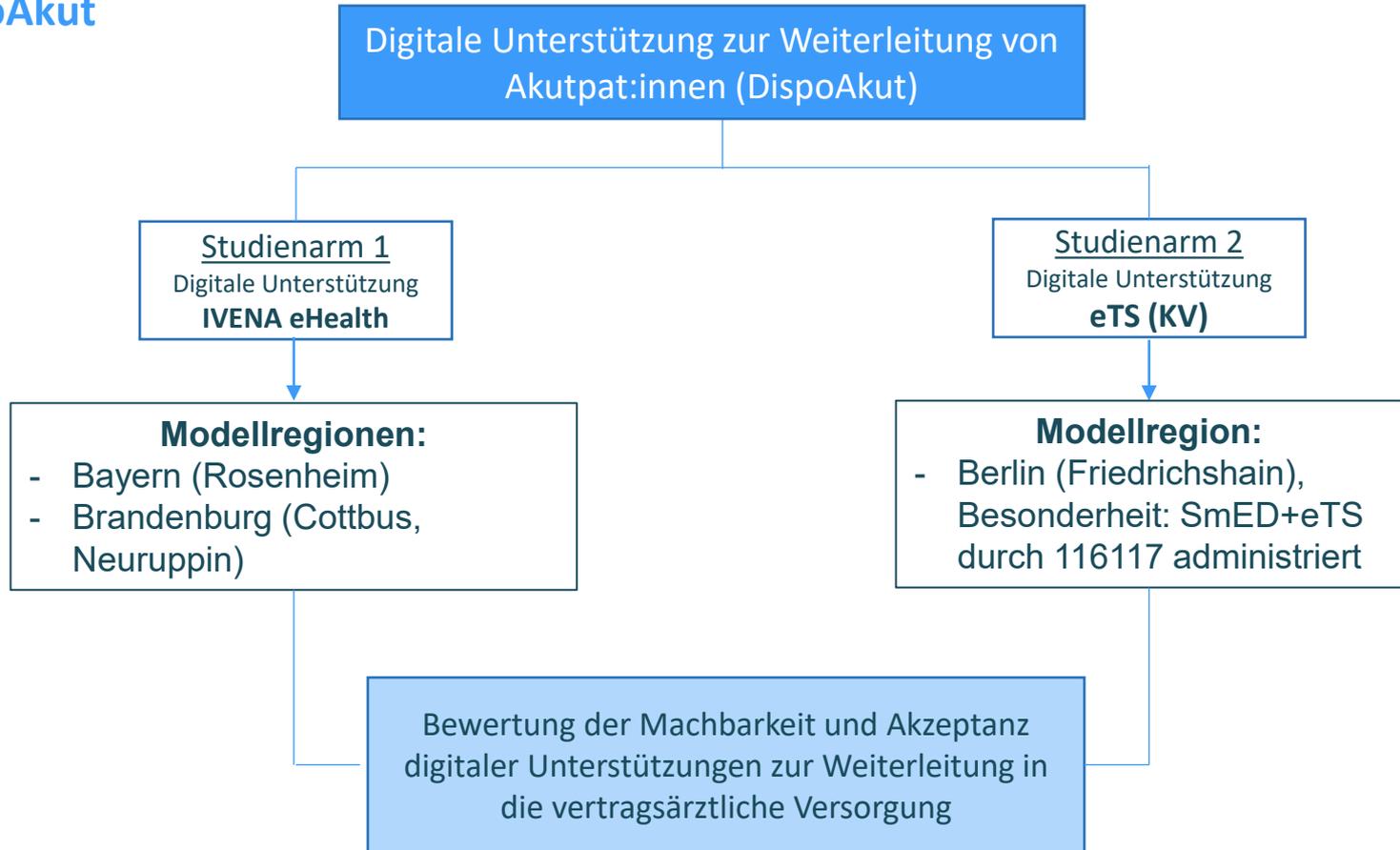
Klinische Studie Patientensicherheit (ohne tatsächliche Weiterleitung):

Charité am Campus Mitte & Universitätsklinikum Leipzig evaluieren SmED Kontakt+ (DRKS-ID DRKS00026988) Rekrutierung von 2000 Patienten abgeschlossen, Expertenpanels bewerten Stichprobe und abweichende Fälle (MTS, SmED, ärztliche Ersteinschätzung, klinische Befunde). Ergebnisse voraussichtlich im Oktober 2023

Beobachtungsstudien mit tatsächlicher Weiterleitung:

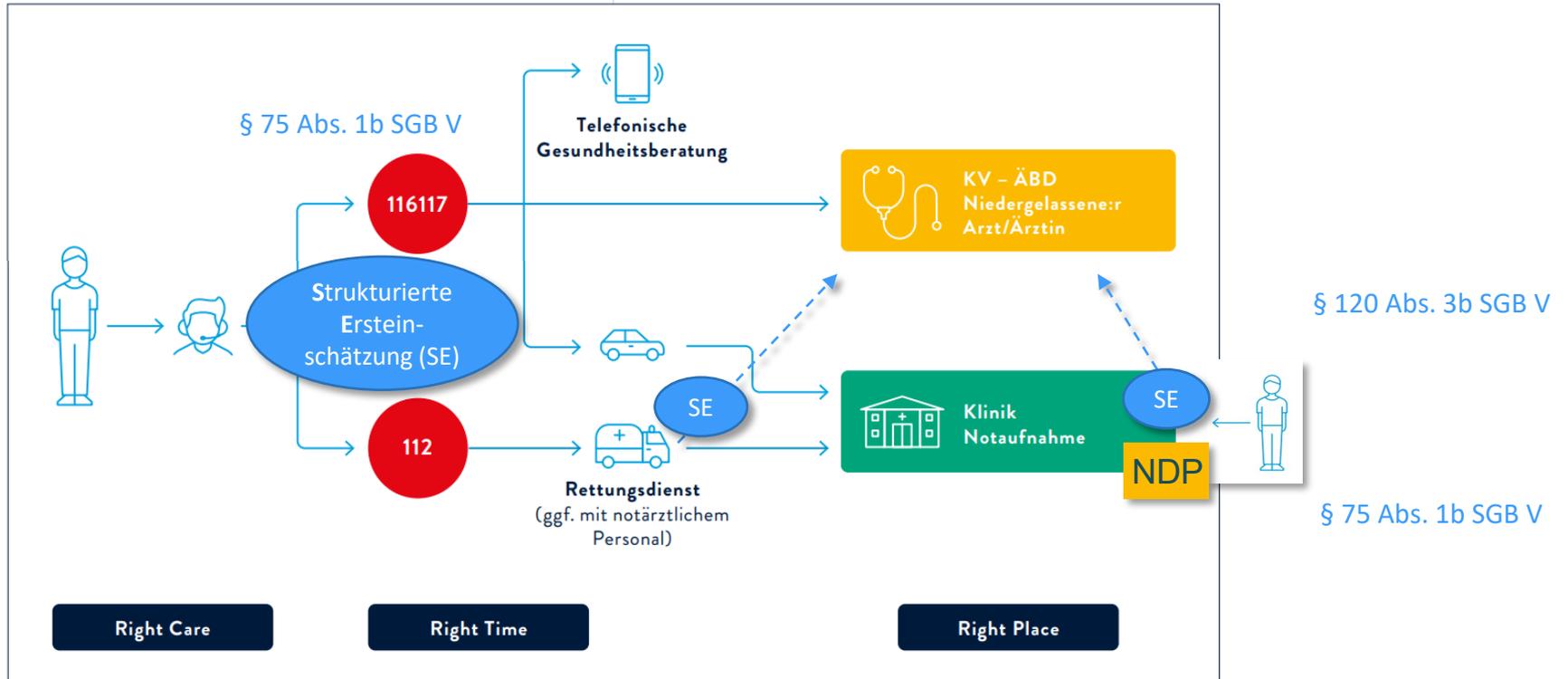
MTS vor SmED Einstieg nach Vortriage	SmED vor MTS Nutzung der Notfallindikationsliste
RoMed Klinikum in Rosenheim, Bayern	Havelland Klinikum Nauen, Brandenburg
Klinikum Frankfurt-Höchst	St.Joseph-Stift, Bremen
Vivantes Klinikum im Friedrichshain in Berlin	Katholisches Marienkrankenhaus, Hamburg
DRK Kliniken Berlin Köpenick	Allgemeinmedizin am Campus (APC) der Uniklinik Mainz

● DispoAkut



- ## Zielbild Akut-/Notfallversorgung

(Alternative zur 4. Stellungnahme der Regierungskommission)



Quelle: Krafft T et al (2023)Notfallversorgung und Rettungsdienst(Abb. 16, S. 137) https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Notfallversorgung.pdf
https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Notfallversorgung.pdf; adaptiert durch Zi (Hervorhebung durch Schatten)



Zentralinstitut
kassenärztliche
Versorgung

Laufende Informationen zu SmED unter: <https://smed.zi.de>

Kontakt

Dr. Sebastian Carnarius

scarnarius@zi.de

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

in der Bundesrepublik Deutschland

Salzufer 8

10587 Berlin

www.zi.de