

## ERÖFFNUNG

SmED-Fachtagung Zentralinstitut

Berlin, 16. Mai 2019

Dr. Stephan Hofmeister

20 Minuten

### Quo vadis Akut- und Notfallversorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich begrüße Sie herzlich zur Fachtagung des Zentralinstituts, die heute – wieder einmal – die Akut- und Notfallversorgung zum Thema hat. Es ist zweifellos einer der Aufreger der vergangenen Jahre, über den wir auch hier im Zi immer wieder gesprochen haben.

Also alles wie immer? Eben nicht!

Denn wir sind einige entscheidende Schritte weitergekommen. Von der Fehleranalyse kamen wir zur Lösungsbeschreibung und heute sind wir hier, um über die konkrete Umsetzung zu informieren: die Ersteinschätzungssoftware SmED. Ich finde, das verdient eine besondere Erwähnung und ich möchte deshalb allen danken, die daran mitgearbeitet haben: selbstverständlich dem Zentralinstitut und seinem Team um Dr. von Stillfried, aber auch den KVen und allen Projektbeteiligten im Land und schließlich auch unseren Partnern aus der Schweiz. Danke für diese zielstrebige und – das erlaube ich mir heute schon zu sagen – erfolgreiche Zusammenarbeit. Innerhalb weniger Jahre wurde aus einem man müsste und man könnte ein wir haben.

Ja, wir haben mittlerweile ein stabiles softwaregestütztes Instrument zur Ersteinschätzung entwickelt, um unsere Patienten im Bereitschaftsdienst und in der Notfallversorgung besser zu

versorgen. Grundlage ist ein in der Schweiz bereits erprobtes Ersteinschätzungsverfahren, das für die Anwendung in Deutschland adaptiert wurde. Diese Software SmED wird über das große DEMAND-Projekt des Innovationsfonds' erprobt und evaluiert – viele KVen sind daran beteiligt. Schon in diesem Sommer werden wir es als bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für die Bereitschaftsdienstnummer Elf6 Elf7 verwenden. Mehr noch, wir arbeiten auf Hochtouren daran, dass SmED sowohl vom Bürger selbst per App genutzt werden als auch an den gemeinsamen Tresen der Portalpraxen Anwendung finden kann.

Sehr geehrte Damen und Herren, alle Welt redet von Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung. SmED ist eine reale, funktionierende und nützliche digitale Lösung – auch darauf können wir heute schon stolz sein.

Schauen wir uns kurz an, wo wir herkommen. Seit Jahren sprechen wir über den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die ambulante Akut- und Notfallversorgung der Kliniken. Die Konstanten sind jedem geläufig: veränderte Inanspruchnahme der Notfallambulanzen, eine neue Erwartungshaltung an eine Versorgung rund um die Uhr auch bei Bagatellfällen, eine in der Gesellschaft allgemein verbreitete Jetzt-und-immer-Mentalität. Dazu kommt ein sich verschärfender Fachkräftemangel sowohl im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich. Gleichzeitig sehen wir manche Kliniken, die mit ihren Notfallambulanzen werben und nicht unerfreut sind, wenn die Zahl der Aufnahmen steigt. Letzte Woche erst habe ich mit Klinikvertretern gesprochen, die das unumwunden zugegeben haben. Dies betrifft aber nur *manche* Kliniken wohlgermerkt, denn hier ist das Bild genauso heterogen wie die Kliniklandschaft selbst.

Das KV-System hat seinerseits Lösungen entwickelt, um auf die veränderten Bedingungen zu reagieren. Als wichtigstes Element sehe ich den Ausbau der Elf6 Elf7 für sämtliche Kommunikationskanäle, verbunden mit einer bundesweiten Werbekampagne, die wir Ende des Jahres starten werden. Seit Inkrafttreten des TSVG dürfen Kassenärztliche Vereinigungen Bereitschaftsdienstpraxen auch tagsüber betreiben. Bisher war das rechtlich gar nicht möglich. Außerdem verfolgen wir das Prinzip des gemeinsamen Tresens von Portalpraxen und Notfallambulanzen der Krankenhäuser an geeigneten und ausgewählten Standorten, was bekanntlich auch der Sachverständigenrat dringend empfiehlt.

Auch an solchen gemeinsamen Tresen wird SmED eingesetzt werden können. Daran wird verschiedentlich Kritik geübt. Ich glaube aber, dass diese größtenteils auf Missverständnissen beruht, die sich leicht ausräumen lassen. Jedenfalls erlebe ich das in persönlichen Gesprächen

immer wieder. Nicht zuletzt bietet auch diese Veranstaltung die Gelegenheit, die unzweifelhaft vorhandenen Schnittmengen herauszuarbeiten. Um es gleich vorab zu sagen: SmED soll nicht die bekannten Triage-Systeme der klinischen Notfallversorgung ersetzen. Es lässt sich vielmehr mit ihnen verbinden.

Hier müssen wir nach Patientengruppen unterscheiden. Bei vielen Patienten, die sich zur Abklärung akuter Beschwerden fußläufig an Anlaufstellen einfinden, ist SmED schon allein deswegen gut geeignet, weil es aus der Perspektive der ambulanten Versorgung entwickelt wurde.

Für Patienten, die als Liegendtransport durch den Rettungsdienst eingeliefert werden, ist SmED dagegen nicht gedacht.

SmED ist darauf ausgerichtet, die Dringlichkeit eines Beschwerdebilds und auch die angemessene Versorgungsebene zu bestimmen. Mit ihm sollen außerdem diejenigen Fälle identifiziert werden, die eine Behandlung durch das Krankenhaus benötigen. Aktuell arbeiten wir daran, einen reibungslosen Übergang in die Triagesysteme der Krankenhäuser herzustellen, anhand derer die Behandlungsreihenfolge in der Notaufnahme bestimmt wird.

Die andere Schnittstelle ist die zwischen den Rettungsleitstellen der Telefonnummer 112 und den Vermittlungszentralen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der Elf6 Elf7. Auch hier gibt es zwei Problemebenen: Die Rettungsleitstellen müssen schnell feststellen, ob eben kein Notfall vorliegt und eine Übergabe an die Elf6 Elf7 möglich ist. Die Vermittlungszentralen der Elf6 Elf7 wiederum müssen sicher sein, dass sie die seltenen Notfälle unter ihren Anrufern schnell erkennen und an die 112 übergeben. Hierbei ist SmED ein wichtiges Werkzeug. Nachher werden wir die Erfahrungsberichte aus Köln hören, wo der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst und der Rettungsdienst gut zusammenarbeiten und eine Abstimmung auf Basis von SmED vorbereiten.

Zur Neuordnung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und der ambulanten Akutversorgung gehört aber noch mehr. Der Gesetzgeber verfolgt mit dem TSVG das Ziel, die Patienten mit mehr Terminen zu versorgen, das heißt im größten Teil der Fälle: mit schnelleren Terminen. Auch damit will er die Klinikambulanzen entlasten und die Patienten in die jeweils geeignete Versorgungsebene leiten.

Ich brauche nicht zu wiederholen, was wir als Vertragsärzte immer wieder sagen: dass es ein echtes Terminproblem in Deutschland kaum gibt. Wie dem auch sei: Der Gesetzgeber hat entschieden, organisatorische Fragen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und kurzfristiger

Terminvermittlung zu verbinden. Zu diesem Zweck gibt das TSVG vor, die Elf6 Elf7 und die Terminservicestellen zusammenzulegen und im 24/7-Modus zu betreiben. Es wird also eine zentrale Nummer geben, über die Patienten rund um die Uhr Hilfe bekommen, die einen dringenden Behandlungswunsch haben. Allerdings sehen wir keine reine Vermittlung von Terminservicestellen- Terminen durch Mitarbeiter der Callcenter. Dafür gibt es weder einen vernünftigen Grund, noch genügend Fachkräfte. Diese kann problemlos elektronisch stattfinden. Für medizinische Akut- und Notfälle wird es aber einen Ansprechpartner rund um die Uhr geben. Letzteres ist sinnvoll und wir Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten begrüßen diese Regel. Sie erlaubt es, die Patienten in angemessener Frist in die richtige Versorgungsebene zu leiten. Dabei geht die Bandbreite der Vermittlung durch die Elf6 Elf7 von der telefonischen Abhilfe, der Vermittlung in eine Arztpraxis bis hin zur Verbindung mit dem Notruf 112. Dazwischen liegen die Ebenen Bereitschaftspraxis, Hausbesuch, Portalpraxis und Klinikambulanz. Später könnte das System durch eine Telekonsultation ggf. per Videoschaltung ergänzt werden. Enorm wichtig ist hierbei: Wie genau die regionale Versorgung aussieht, entscheiden die KVen anhand der Gegebenheiten. Dazu wird es keine bundesweiten Vorgaben geben.

Aber der Zugang des Patienten zu diesem Service ist einheitlich. Er wählt die Elf6 Elf7, er geht auf die Website oder er nutzt die App, die in Kürze zur Verfügung stehen wird. Bei denjenigen Bürgern, die sich an die Elf6 Elf7 wenden, weil sie ein akutes Behandlungsbedürfnis haben, wird zwingend eine strukturierte Ersteinschätzung durchgeführt. Alle Kassenärztlichen Vereinigungen werden dafür SmED nutzen.

All das ist bisher ohne jede Verbindlichkeit auf Seiten der Versicherten konzipiert. Ob das erweiterte Terminservice-Angebot auf Dauer ausreicht und die stetig steigenden Bedürfnisse nach unverzüglicher und umfassender 24/7-Versorgung einfangen kann, bleibt abzuwarten. Zweifel sind erlaubt.

Ohne ernsthafte Steuerung wird es mittelfristig keine Chance geben, die Versorgung aufrecht zu erhalten. Dafür fehlt das Geld, aber noch viel mehr die Menschen, die das leisten sollen.

Die Instrumente in unserer Verantwortung habe ich genannt. Wie sieht jetzt der Zeitplan aus? Das TSVG ist da eindeutig: Bis spätestens zum 1. Januar 2020 muss das erweiterte Terminservice-Angebot mit telefonischer Ersteinschätzung rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Die KVen konnten erst nach Inkrafttreten des Gesetzes mit den Ausschreibungen für Callcenter und

Personal beginnen. Am vergangenen Freitag wurde das TSVG nun im Bundesgesetzblatt veröffentlicht, jetzt ist der Weg für die Gremien frei, die Mittel zu beschließen. Aber natürlich war längst alles vorbereitet. Auch die KBV arbeitet seit Wochen intensiv daran, die technischen Vorgaben zu spezifizieren, den eTerminservice auszubauen und die Richtlinien zu formulieren.

Wir können nun die ambulante Akut- und Notfallversorgung mit moderner Technologie fit machen für die kommenden Jahrzehnte. Wir dürfen dabei aber nie vergessen: Die tatsächliche Versorgung der Patienten müssen auch weiterhin die Kolleginnen und Kollegen und die vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Tag für Tag und Nacht für Nacht leisten!

Deshalb kann die Devise nur lauten: Das schwindende Gut Arztzeit sinnvoll einsetzen!

Die KBV hat in diesem Jahr die Arztzeituhr geschaltet und weist mit ihr am Gebäudeeingang auf den unbequemen Fakt hin, dass wir schon allein deshalb immer weniger Arztzeit zur Verfügung haben, weil sich Kolleginnen und Kollegen für ein Anstellung im ambulanten Bereich entscheiden und nicht für eine wirtschaftlich selbständige Niederlassung. Das ist ein Kulturwandel, der überhaupt nicht zu kritisieren ist. Aber wir müssen uns darauf einstellen: mit mehr Medizinstudienplätzen, mit besseren Bedingungen für diejenigen, die eben doch in die Niederlassung gehen, und mit dem Einbezug der Patienten in den verantwortlichen Umgang mit den Ressourcen von Ärzteschaft und Pflege. Die Akut- und Notfallversorgung ist der offensichtlichste Bereich, in dem mehr Patienten-Mit-Verantwortung eingefordert werden könnte, ja müsste.

Das BMG will noch in diesem Sommer ein Notfallgesetz vorlegen: Hier ist die Gelegenheit, die vielen guten Vorschläge des Sachverständigenrates umzusetzen. Mir persönlich gefällt zum Beispiel die Idee, dass derjenige, der nach den Ergebnissen einer strukturierten Ersteinschätzung in einer Bereitschaftsdienstpraxis oder in einer Klinikambulanz behandelt werden muss, schon über die Elf6 Elf7 einen Termin mit Ort und Uhrzeit erhält. An diesen Ort würden dann auch die Ergebnisse der Ersteinschätzung übermittelt, damit der behandelnde Arzt bereits über das Beschwerdebild informiert ist. Stundenlange Wartezeiten müssen dann nur noch diejenigen inkaufnehmen, die sich nicht über die Elf6 Elf7 leiten lassen und von sich aus eine Klinikambulanz ansteuern. Gewinnen würden mit diesem System alle: die Patienten, denen schnell geholfen wird; das Fachpersonal, das von unechten Notfällen entlastet wird und den Arbeitsablauf besser planen kann, und sogar die Krankenkassen, deren finanziellen Mittel zielgenau eingesetzt werden.

SmED ist eine digitale Entscheidungshilfe sowie ein digitales Dokumentations- und Kommunikationsinstrument. Es kann aber nur der Anfang sein. Der nächste große Sprung muss dazu führen, dass nicht nur die Daten der Ersteinschätzung, sondern auch die in der Notfallversorgung erhobenen Daten direkt und vollständig an weiterbehandelnden Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte gelangen. Und ein Quantensprung wäre es schließlich, wenn diese Daten auch in einer sektorübergreifenden digitalen Fallakte zur Verfügung stünden. Um das zu erreichen, leistet die KBV Grundlagenarbeit mit der Koordination der Standardisierung der medizinischen Informationsobjekte für die elektronische Patientenakte, wie sie das TSVG nun vorgibt. Es gab – und es gibt auch heute noch – einige Zweifler, die der KBV und dem KV-System eine solche Aufgabe nicht zutrauen. Hervorgetan, diese Aufgabe im Sinne einer für alle nutzbaren Umsetzung zu lösen, hat sich bisher allerdings trotz jahrelanger Anstrengungen vieler Beteiligten auch niemand.

Ich finde, die Entwicklung und Implementierung von SmED ist ein gutes Beispiel dafür, dass das KV-System der richtige Ansprechpartner dafür ist, umfassende und zukunftsorientierte Lösungen in die Versorgung zu bringen. Wer, wenn nicht wir?

Vielen Dank