

Wissenschaftliche Begleitung der Machbarkeitsstudie Rosenheim

Dr. Dominik von Stillfried
Vorstandsvorsitzender

Pressekonferenz KV Bayerns/RoMed Klinikum Rosenheim/Zi/Uni Bayreuth | 14.03.2022

Rolle des Zi

- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) wurde 1972 als Forschungseinrichtung von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Rechtsform einer Stiftung gegründet
- Das Zi
 - beleuchtet die Akut- und Notfallversorgung seit Jahren mit Methoden der Versorgungsforschung.
 - ist auch auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege tätig. Hierzu gehört z.B. die Entwicklung und Bereitstellung der Software SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland).
 - war an der Konzeption und Evaluation der Machbarkeitsstudie Rosenheim beteiligt
 - hat eine ergänzende qualitative Evaluation der Machbarkeitsstudie bei der Universität Bayreuth in Auftrag gegeben.

Ziele / Fragen der Machbarkeitsstudie

Ersteinschätzung: bei allen Selbsteinweisern sofortigen Behandlungsbedarf bestimmen und Patient:innen identifizieren, die vertragsärztlich behandelbar sind

- *Ist die Kombination von MTS und SMED hilfreich/praktikabel?*

Weiterleitung: sobald vertragsärztliche Behandelbarkeit feststeht, Patient:innen in eine angemessene vertragsärztliche Versorgung bringen

- *Gelingt dies jederzeit im Zeitraum 8 – 21 Uhr?*
- *Akzeptanz bei beteiligten Fachpersonen, niedergelassenen Ärzt:innen und Patient:innen,*
- *Identifikation weiterer Fragestellungen für Vertiefungsstudie oder von Verbesserungspotenzial für Routineanwendung*

Datengrundlagen

Interventionsphase: 01.- 30.07.2021, 8-21 Uhr

Krankenhaus- informationssystem (KIS)

ZNA Erwachsene

- 3.313 Patienten
gesamt 0-24 Uhr
- 2.679 Patienten
gesamt 8-21 Uhr
- **1.701 Patienten**
8-21 Uhr ohne
BG-Fälle,
Gyn-Fälle,
Privatversicherte,
Einweisungen,
Verlegungen

Sonderdokumentation Laufzettel

gemeinsamer Tresen 8-21 Uhr

- 1.551 Patienten aus KIS
- 76 Patienten ohne Doku im
KIS
- **Summe: 1.627 Patienten**

Qualitative Erhebung (Uni Bayreuth)

Interviews

- Beteiligte aus Klinik & KV
- Patienten

In die Notaufnahme

(71% aller in Studiendaten erfassten Patient:innen)

1.159 Patient:innen, davon

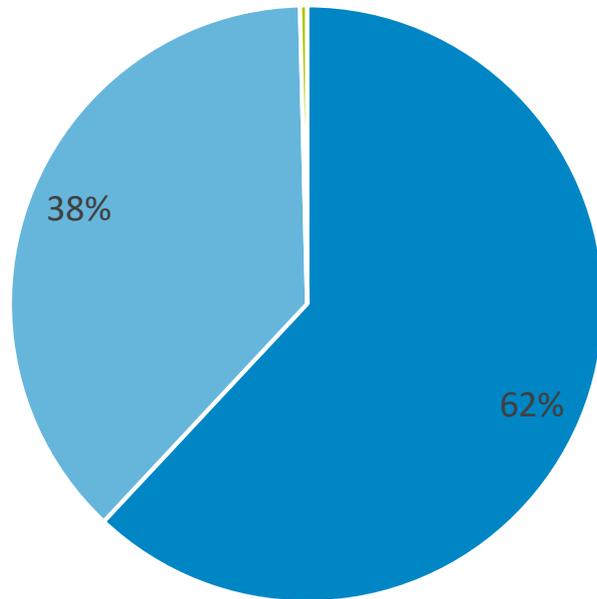
- **direkt durch Triagefachkraft ZNA zugeordnet: 1034**
- **vertragsärztliche Versorgung abgelehnt: 11**
- **aufgrund von SmED: 29**
- **vertragsärztliche Versorgung abgelehnt: 3**
- **Einweisung durch Bereitschaftspraxis: 78**
- **Einweisung durch Videoarzt: 4**

(3 verlassen ZNA vor Beginn der Behandlung,
5 verlassen Krankenhaus vor Beginn vertragsärztlicher Behandlung)

Verteilung nach Studiendaten (n = 1.627)

Einschätzung der Triagefachkraft und Ankunftsweise des Patienten

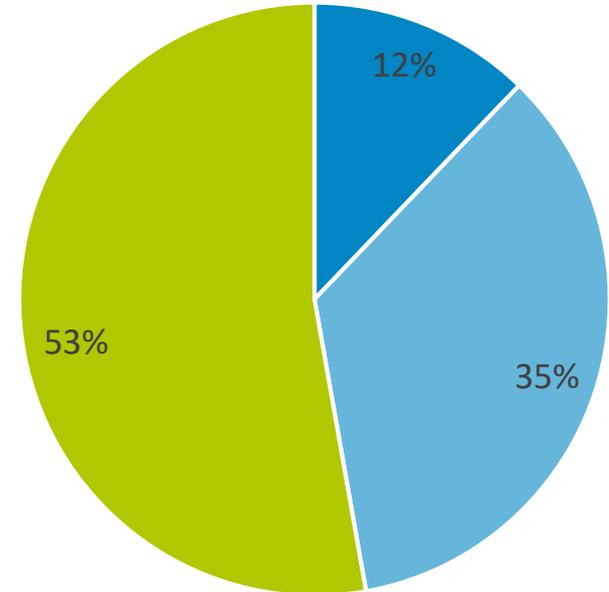
Ankunft per Transport (33%)



Verteilung nach Studiendaten (n = 521)

Selbsteinweiser (67%)

- ZNA: MTS-indiziert
- ZNA: Ressourcenbedingt
- vertragsärztlicher Bereich

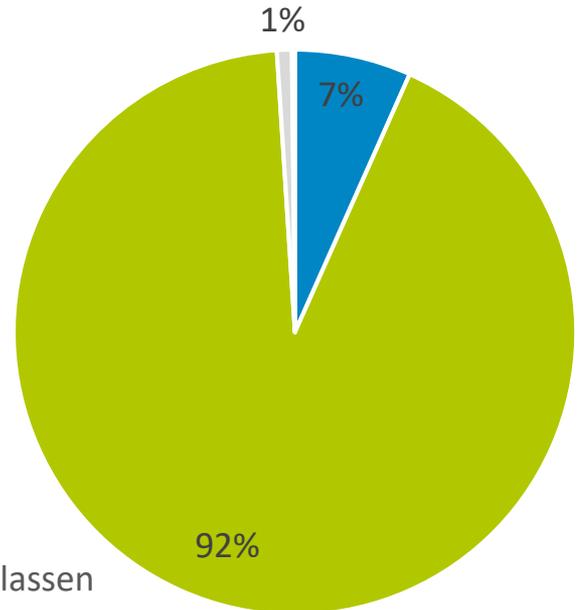


Verteilung nach Studiendaten (n = 1.091)

Einschätzung der Flowmanagerin auf Basis von SmED (53% der Selbsteinweiser)

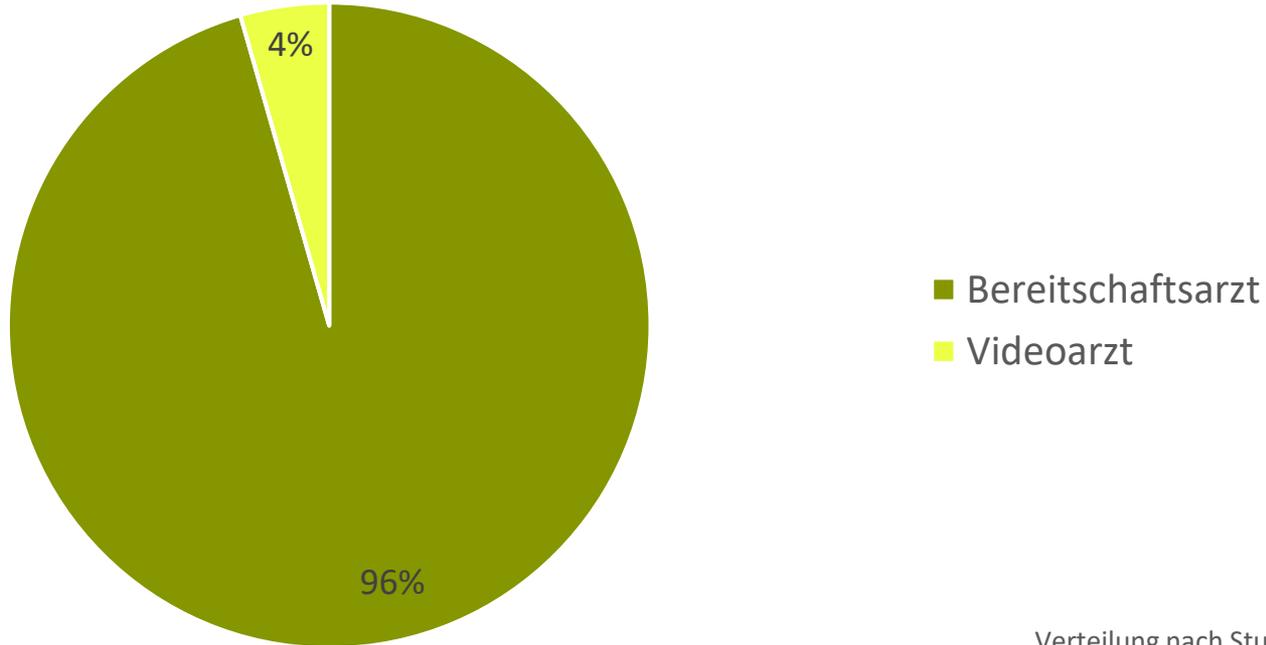
SmED-Endpunkte-Matrix	Rettungsdienst	Notaufnahme	Vertragsarzt	Vertragsärztliche Telekonsultation
Notfall	X	X		
Schnellstmöglich		X	X	
innerhalb von 24h			X	X
nicht innerhalb von 24h erforderlich			X	X

- ZNA
- vertragsärztlicher Bereich
- Standort vor Versorgung verlassen
- unklar



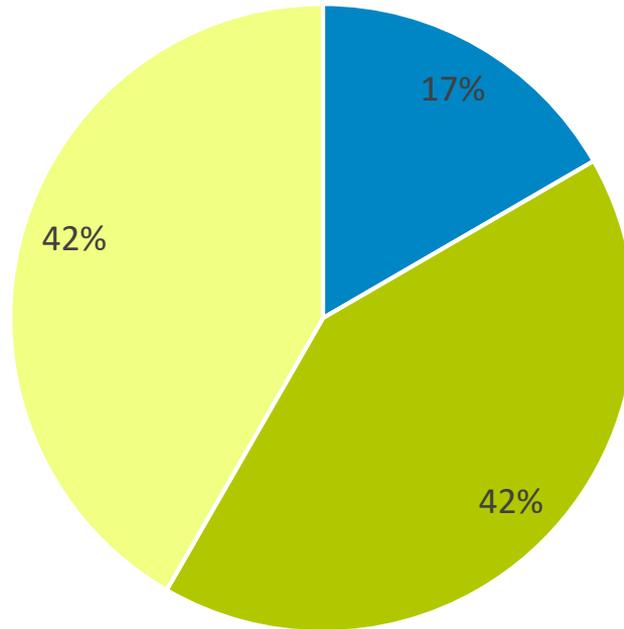
Verteilung nach Studiendaten (n = 583)

Vertragsärztliche Versorgung (49% der Selbsteinweiser)



Verteilung nach Studiendaten (n = 538)

Prüfung der Weiterleitung durch einen Vertragsarzt per Videotelefonie („Videoarzt“) (2,2% der Selbsteinweiser)



Beratungsergebnis Videoarzt

- Einweisung
- Behandlung
- Arzttermin

Verteilung nach Studiendaten (n = 24)

Zwischenfazit

- **hoher Anteil Selbsteinweiser** (besonders zu Besetzt-Zeiten der Bereitschaftspraxis)
- **rd. 50% der Selbsteinweiser vertragsärztlich behandelt** (84% abschließend)
- vertragsärztliche Behandlung: 96% Bereitschaftspraxis, 1,5% Videoarzt, 1,5% in externen Praxen

 **maßgeschneiderte Lösung für Steuerung in vertragsärztliche Versorgung nötig**
(z.B. zusätzliches Tresenpersonal nur zu Zeiten mit durchschnittlich > 6-7 Patienten/Stunde, laufende vertragsärztliche Präsenz über Besetzzeiten der Bereitschaftspraxis hinaus nicht sinnvoll)

 **Anteil ressourcenbedingter Zuordnung zur ZNA** (von 1.627 Patienten) gleich hoch wie Zuordnung zur vertragsärztlichen Versorgung (36%)

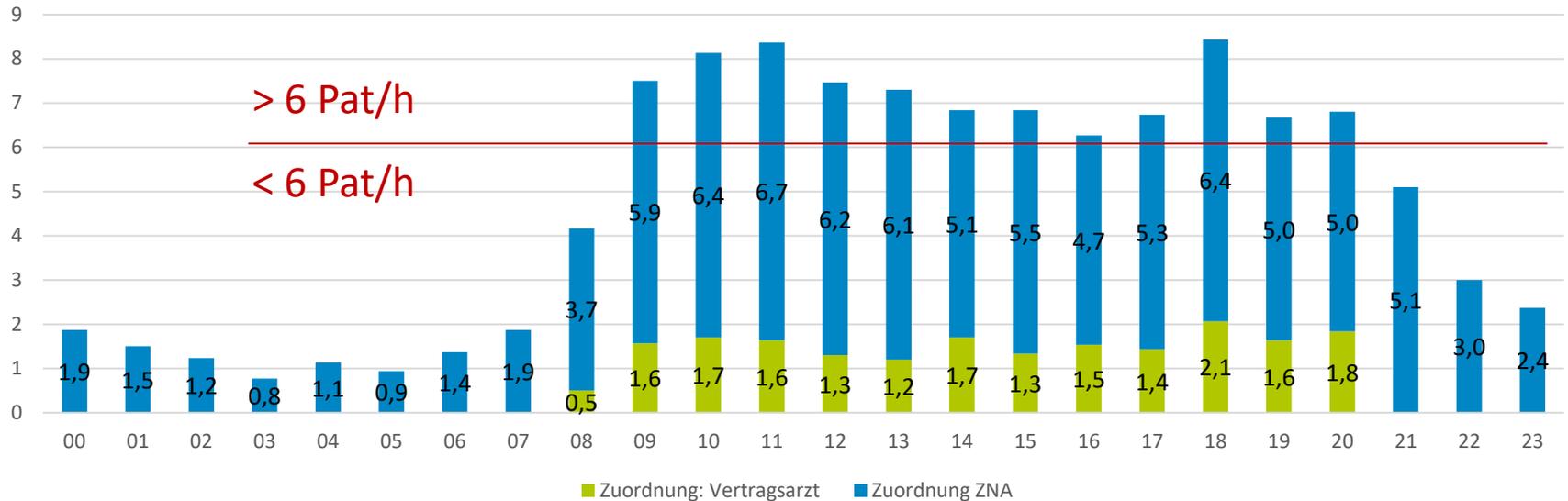
Genauere Prüfung des Verbesserungspotenzials nötig
(z.B. welche Ressourcen werden benötigt? Sind auch eingelieferte Patienten mit SmED einzuschätzen?)

Folgefragen

- **Kann der Anteil der Patienten gesteigert werden, die der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet werden?** Wie könnte die ressourcenbedingte Zuordnung in die Notaufnahme noch verringert werden?
- **Wie kann die Weiterleitung in niedergelassene Praxen vereinfacht werden,** damit diese vom Triagetresen aus schnell und verlässlich erfolgen kann?
- **Bietet die videomedizinische Behandlung Entlastungspotential** im Rahmen einer Routineanwendung?
- Können **Rückläufer in die ZNA** nach Anzahl und Ursachen zuverlässig erfasst werden?

Rosenheim: Patientenaufkommen nach Ankunftszeit

Mittleres Patientenaufkommen pro Stunde nach Ankunftszeit



Basis: 3.383 Patienten aus RoMed und Studiendaten; vertragsärztliche Zuordnung aus Studiendaten
mittlere Patientenzahlen nach Ankunftszeit

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!**

**Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Salzufer 8
10587 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450
Fax +49 30 4005 2490

zi@zi.de
www.zi.de

