

## Medieninformation

### Zi-Forum über „Akutfälle in der Notfallversorgung“ zeigt Reformpotenziale auf

#### **Europäische Perspektive macht deutlich: Notaufnahmen von weniger schweren Fällen entlasten, Gestaltungsspielräume nutzen**

**Berlin, 7. April 2022** – In einem digitalen Forum „Akutfälle in der Notfallversorgung – In die richtige Versorgungsebene steuern“ hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) gestern Nachmittag mit nationalen und internationalen Expert:innen Perspektiven der Steuerung von Akut- und Notfallpatient:innen diskutiert. Demnach wird in allen Industrieländern aktuell nach Lösungen gesucht, wie Hilfesuchende zur richtigen Zeit an den richtigen Behandlungsort geführt werden können. Dies umfasst auch die Weiterleitung von Hilfesuchenden, die die Notfallversorgung ohne medizinisch hinreichenden Grund beanspruchen. In Deutschland gilt zudem, dass gesetzlich Versicherte die Notaufnahmen der Krankenhäuser nur dann selbständig aufsuchen dürfen, wenn ein medizinischer Notfall vorliegt. Wie künftig bestimmt wird, ob ein solcher Notfall vorliegt und wie eine Weiterleitung Hilfesuchender in die ambulante ärztliche Versorgung erfolgen soll, berät derzeit der Gemeinsame Bundesausschuss im Auftrag des Gesetzgebers. Umstritten ist dabei, welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit Patient:innen auch in Praxen geleitet werden können, die nicht auf dem Gelände der Klinik liegen.

Vor diesem Hintergrund hat das Zi-Forum einen Blick auf aktuelle Entwicklungen und Erfahrungen bei Ersteinschätzungsverfahren in Belgien, Schweden und Deutschland geworfen. Auch in Belgien sollen Akutpatient:innen künftig in nahe gelegene Praxen weitergeleitet werden. Am Universitätsklinikum Lüttich sind dafür Kriterien entwickelt worden. Ein darauf basierender spezieller Algorithmus kombiniert eine fünfstufige Risiko-Priorisierung mit Kriterien zur Bestimmung des Versorgungsortes, die aus einem System zur telefonischen Ersteinschätzung stammen. In Schweden dominiert seit Jahren das Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS). Dieses unterscheidet vier Risikostufen, mit denen auf regionaler Ebene über die zeitliche Priorisierung und den Behandlungsort entschieden wird. Der Vorteil ist, dass Ärzt:innen sowie Rettungs- und Sichtungskräfte am Krankenhaustresen das gleiche System nutzen. Dadurch wird eine schnelle und präzise Abstimmung des mit einer Risikostufe verbundenen Handlungsbedarfs unterstützt. Die lokalen Gegebenheiten, die in dünn besiedelten Landstrichen Schwedens völlig anders sind als etwa in Stockholm, finden dabei Berücksichtigung.

In Deutschland werden derzeit zwei Verfahren, die beide als Software bereitgestellt werden, in klinischen Studien wissenschaftlich evaluiert. Das in einem Forschungsverbund um die Uniklinik Göttingen entwickelte OPTINOFA-System sowie die zur Anwendung am Sichtungstresen weiterentwickelte Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in

Deutschland (SmED). SmED basiert auf einem Schweizer System und wird bereits millionenfach in der telefonischen Ersteinschätzung der 116117 eingesetzt.

„Die Steuerung von Akutfällen vom Campus in eine alternative Versorgung ist auch international ein hoch relevantes Thema, die Anwendung im Klinik- und Praxisalltag aber sehr unterschiedlich und die Studienlage noch limitiert. Einen Goldstandard, an dem sich Deutschland orientieren könnte, gibt es daher bislang noch nicht“, sagte der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried. Nicht infrage stehe die Weiterleitung in Bereitschaftspraxen auf dem Klinikgelände. Diese Möglichkeit bestehe schon bei etwa 50 Prozent der Krankenhäuser mit einer Notfallstufe in Deutschland. „Doch es laufen auch Machbarkeits- und klinische Studien in Deutschland, die Hinweise auf ein mögliches Vorgehen liefern, wenn eine Bereitschaftspraxis nicht besetzt oder nicht verfügbar ist. Da der Gesetzgeber eine Konkretisierung des ‚Notfalls‘ durch eine Ersteinschätzung als Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Notaufnahme fordert, können Krankenhäuser auch nicht für jedes erdenkliche Risiko haftbar gemacht werden, das im konkreten Fall eventuell bestehen könnte. Die Experten waren sich einig, dass nicht in jedem Fall eine Ärztin oder ein Arzt hinzugezogen werden müsse, wenn Hilfesuchende in eine Praxis weitergeleitet werden. Zudem wird auch unter den Patientinnen und Patienten, die vom Rettungsdienst eingeliefert werden, ein erheblicher Anteil gesehen, der in einer Praxis behandelt werden könnte. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss deshalb nun Vorgaben machen, die mehr Rechtssicherheit für die Weiterleitung geeigneter Patientinnen und Patienten in die Arztpraxen schaffen. Zugleich sollte berücksichtigt werden, dass die Datenlage durch aktuelle und künftige Studien zur Leistungsfähigkeit der Ersteinschätzungsverfahren weiter verbessert werden muss“, so von Stillfried weiter.

In den Krankenhausnotaufnahmen werden derzeit rund 10 Millionen Fälle pro Jahr ambulant behandelt, davon etwa 4,4 Millionen während der Praxisöffnungszeiten, wenn die Bereitschaftspraxen nicht besetzt sind. „Wenn auch von diesen Fällen etwa 30 bis 50 Prozent in die Praxen geleitet werden können, brächte das eine spürbare Entlastung der Ressourcen, die der Versorgung medizinischer Notfälle vorbehalten sein sollten. Für die Praxen wäre das sicherlich leistbar, behandeln diese doch jährlich etwa 200 Millionen Akutfälle“, bekräftigte der Zi-Vorstandsvorsitzende. Es müssten dafür jetzt auch digitale Hilfsmittel genutzt werden, um die Weiterleitung in Praxen einfach, schnell und sicher zu machen.

**Das Zi-Forum „Akutfälle in der Notfallversorgung – In die richtige Versorgungsebene steuern“ kann hier über YouTube als Video-Stream abgerufen werden:**

<https://www.youtube.com/watch?v=zWQkmWnJxyc>

#### **Ansprechpartner für die Presse**

Daniel Wosnitzka  
Leiter Stabsstelle Kommunikation / Pressesprecher

Tel: 030 – 4005 2449

[presse@zi.de](mailto:presse@zi.de)

**Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi)**

Salzufer 8, 10587 Berlin

Tel: 030 – 4005 2450, Fax: 030 – 4005 2490

[www.zi.de](http://www.zi.de)

---

Das **Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi)** ist das Forschungsinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Es wird finanziert durch jährliche Zuwendungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Forschungsarbeiten und Studien des Zentralinstituts beschäftigen sich vorwiegend mit der vertragsärztlichen Versorgung unter Nutzung der von den Trägern dafür zur Verfügung gestellten Routinedaten.