

Pressekonferenz „Medizinischer Notfall? Neue Software schafft Klarheit“

Montag, 25. Juni 2018

Berlin, Haus der Bundespressekonferenz

Statement von Dr. Dominik Graf von Stillfried Geschäftsführer, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Zi ist die Forschungseinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Entsprechend unserer Stiftungssatzung ist unsere Forschung darauf gerichtet, den Sicherstellungsauftrag unserer Träger zu unterstützen. Deshalb beschäftigt sich das Zi bereits seit geraumer Zeit mit den Fragen, was in der Notfallversorgung schief läuft und welche Veränderungen zur Verbesserung notwendig sind.

Die Streichung der Praxisgebühr Ende 2012 hat einen Trend beschleunigt, der an vielen Orten bereits vorher vorhanden war.

Immer mehr Patienten wenden sich mit Anliegen direkt an die Notaufnahme eines Krankenhauses, die nach medizinischem Ermessen weder besonders dringlich noch so schwerwiegend sind, dass diese unbedingt mit den Mitteln eines Krankenhauses behandelt werden müssen.

Damit steht Deutschland aber nicht allein. In den Gesundheitssystemen aller Industrieländer wird nach Lösungen gesucht, wie Patienten davon abgehalten werden können, unnötig die aufwändige und für die Behandlung echter Notfälle gedachte Infrastruktur der Notaufnahmen in Anspruch zu nehmen. Das Problem existiert weltweit. Überall besteht das Ziel, die Notaufnahmen der Krankenhäuser von den sogenannten unechten Notfällen zu entlasten.

Deshalb können wir auf Lösungsansätze zurückgreifen, die im Ausland entwickelt worden sind. 2016 hat das Zi das aQua-Institut damit beauftragt, die internationalen Erfahrungen mit Verfahren zur besseren Steuerung der Notfallpatienten auszuwerten und Verfahrensvorschläge für Deutschland unter Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten und Notfallmediziner zu prüfen. Es dürfte Sie wenig überraschen, dass das kurz vor dem Werkstattgespräch des Sachverständigenrats im September

2017 vorgelegt aQua-Gutachten im Kern viele Gemeinsamkeiten mit den Überlegungen des Sachverständigenrats aufweist.

Der Kern des Verfahrensvorschlags besteht darin, ein einheitliches Ersteinschätzungsverfahren zu etablieren, das nicht nur die Dringlichkeit einer weiteren Abklärung oder Behandlung feststellen kann, sondern den Patienten auch an die richtige Versorgungsebene dirigieren kann. Es geht also um mehr als die sogenannte Triage, die zwischen Patienten nur nach Dringlichkeit der Behandlung unterscheidet.

Es soll ein strukturiertes, computergestütztes Verfahren sein. Das Verfahren soll geschultes Fachpersonal unterstützen, dem Patienten hilfreiche und gut dokumentierte Empfehlungen geben zu können. Es soll ebenso gut geeignet sein, telefonische Anfragen der Patienten, insbesondere unter der Bereitschaftsdienstnummer 116117, zu beantworten sowie die Patienten an den Anlaufstellen von Bereitschaftspraxen und Krankenhäusern schnell und zutreffend einzuschätzen.

Zur Konkretisierung des Verfahrens hat das Zi im Jahr 2017 einen Folgeauftrag an das aQua-Institut erteilt. Aus der Vielfalt bestehender Ansätze sollte eine konkrete Anpassung für eine Anwendung in Deutschland entwickelt werden. Dafür ausgewählt wurde ein in der Schweiz bereits gut funktionierendes System der Firma in4medicine. Dieses liegt bereits als Software vor, um Nutzer möglichst schnell und vollständig durch notwendige Abfragen und Algorithmen zu einer treffsicheren Einschätzung zu führen.

Gedanklich kann der Vorgang in zwei Schritte eingeteilt werden: Zuerst geht es um die Frage, wie schnell und mit welchen medizinischen Methoden die beschriebenen Symptome weiter abgeklärt oder behandelt werden müssen. Dies ist Stand der Medizin und durch wissenschaftliche Studien, Standardwerke und Leitlinien begründbar. Der zweite Schritt heißt dann: Wo und durch welche Versorgungseinrichtung sind diese Anforderungen erfüllt? Hier wird nicht nur über die Frage „Ins Krankenhaus oder zum Arzt?“ entschieden, sondern auch, ob vielleicht eine telefonische ärztliche Beratung, ein späterer Hausarzttermin oder eine Selbstbehandlung angemessen ist. Bei diesem zweiten Schritt bestehen erhebliche Unterschiede zwischen dem Schweizer und dem deutschen Gesundheitssystem. Auch zwischen den Regionen in Deutschland können Unterschiede bestehen.

Inzwischen sind diese Arbeiten an einer deutschen Version weit fortgeschritten. Das Ergebnis heißt: SmED, Strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland.

SmED soll als Software z. B. mit der Praxissoftware, einem Krankenhausinformationssystem oder mit der Disponenten-Software der Telefonvermittlungszentralen für die Bereitschaftsnummer 116117 verbunden werden können. So können die Ergebnisse übernommen und der weiterbehandelnde Arzt schnell ins Bild gesetzt werden.

SmED und dessen Anwendung wird in den kommenden drei Jahren laufend beobachtet und weiterentwickelt. Für diese wichtigen Anpassungs- und Entwicklungsarbeiten haben wir Verstärkung bei ärztlichen Experten gesucht. Neben niedergelassenen Haus- und Fachärzten beteiligen sich zu unserer Freude auch Notfallmediziner aus dem Krankenhaus, vertreten durch den Marburger Bund (MB), die Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) sowie die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Die Kassenärztlichen Vereinigungen finanzieren die Entwicklung von SmED. Gleichwohl ist die Sachkenntnis der Notfallmediziner aus dem Krankenhaus von hoher Bedeutung und muss Berücksichtigung finden, damit SmED auch die Anforderungen der Notaufnahmen erfüllt. Diese Kooperationen sind uns in der Sache sehr wichtig und deshalb freuen wir uns, dass die Vertreter von MB und DGINA heute mit am Tisch sitzen.

(Es gilt das gesprochene Wort.)