

# Medizinischer Notfall oder nicht?

BMG will ›standardisierte Ersteinschätzung‹ in Klinikambulanzen

**Ob, wie und wo Menschen behandelt werden sollen, die Hilfe in einer klinischen Notfallambulanz suchen, soll künftig eine softwaregestützte »standardisierte Ersteinschätzung« ermitteln. Der Plan aus dem Haus des Digitalisierungsfans Jens Spahn (CDU) ist umstritten**

Das Vorhaben steht im Referenten-Entwurf eines »Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung« (GVWG), erarbeitet vom Bundesministerium für Gesundheit. Das BMG will in den Notfallambulanzen ein standardisiertes »Ersteinschätzungsverfahren« etabliert sehen – und die Vergütung ambulanter Notfallbehandlung in Krankenhäusern davon abhängig machen, dass besagtes Verfahren »die sofortige ambulante Behandlungsnotwendigkeit« ermittelt hat.

Grundlage der angestrebten Ersteinschätzung wird laut Gesetzesbegründung »ein qualifiziertes und standardisiertes, softwarebasiertes Abfragesystem«. Eingesetzt werden soll es »beim ersten Kontakt zwischen dem Hilfesuchenden, der die Notfallambulanz des Krankenhauses aufsucht, und dem Krankenhauspersonal«.

Detaillierte Vorgaben und Qualitätsanforderungen für die standardisierte Einschätzung soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) entwickeln, verlangt das BMG und fügt in seiner Begründung hinzu: »Hilfesuchende, die keiner sofortigen ambulanten Behandlung bedürfen, können aufgrund des durch die Software vorgegebenen Umfangs der Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit schneller identifiziert und haftungsrechtliche Bedenken hinsichtlich der Abweisung ausgeräumt werden.« Auf diese Weise soll nach Darstellung des BMG »vermieden werden, dass Patientinnen und Patienten die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser binden, obwohl kein medizinischer Notfall vorliegt«; statt dessen könnten sie bei Bedarf »der Behandlung in der vertragsärztlichen Praxis zugewiesen werden«.

Der BMG-Entwurf hat mehrere Verbände aufgeschreckt. Zwei notfallmedizinische Fachgesellschaften schlugen am 13. November öffentlich Alarm: »DGINA und DIVI warnen vor geplantem Gesundheitsgesetz – Triage-Software gefährdet Patientensicherheit«. Martin Pin, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin

(DGINA), erklärte: »Eine ›Ersteinschätzungs-Software‹ der KV kann und darf nicht den ärztlichen Kontakt und die ärztliche Untersuchung ersetzen.« Sollten »Notfälle aufgrund dieser Ersteinschätzung weggeschickt werden, kann dies für die Betroffenen möglicherweise lebensbedrohliche Folgen haben«, so Pin. Ähnlich positionierte sich Professor Andreas Markewitz, Geschäftsführer der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI): »Wenn das Gesetz so kommt, wären die Leidtragenden die Patienten.«

Dass die KBV künftig befugt sein soll, Vorgaben zur Bewertung der Dringlichkeit für Behandlungen in Kliniken zu definieren, kritisieren nicht nur DIVI und DGINA, sondern auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): »Damit wird der Organisation der niedergelassenen Ärzte die Kompetenz zugeordnet, den unter medizinisch fachlicher Leitung stehenden Notfallambulanzen der Krankenhäuser

Vorgaben zu machen«, erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum; die entworfenen Regeln seien ein »Affront gegen Krankenhäuser«.

Gegen die BMG-Pläne ist auch der Marburger Bund, der die Interessen von rund

70 Prozent der KlinikärztInnen vertritt. »Die verpflichtende Einführung eines Ersteinschätzungsverfahrens zu Abrechnungszwecken nach Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lehnen wir ab«, ein solches Verfahren widerspreche der geübten Praxis. »In der Regel«, erläutert der ÄrztInnenverband, »stellt sich erst am Ende eines Notaufnahmeprozesses heraus, ob ein Patient ambulant, stationär oder gar nicht behandlungsbedürftig ist.«

Anders die KBV, sie ist ganz zufrieden mit dem geplanten Gesetz. Die Interessenvertretung der VertragsärztInnen verweist auf »diverse Studien«, die gezeigt hätten, »dass ein erheblicher Teil der Patienten, die sich fußläufig in Notaufnahmen vorstellen, ambulant durch Vertragsärzte behandelt werden können«. Wohlwollend äußern sich bislang auch Krankenkassen, etwa die Barmer: Für sie ist die Einführung eines bundesweit standardisierten Einschätzungsverfahrens »ein wichtiger Schritt zur besseren Koordination ambulanter Behandlungsfälle«, der zur Entlastung der Krankenhäuser beitrage.

Unkar ist derzeit, wann der Gesetzentwurf des BMG reif für die Beratung im Bundestag sein wird.

Klaus-Peter Görlitzer

## PatientInnen-Steuerung

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) ist eine Stiftung, getragen von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). »Seit Jahren«, schreibt das ZI auf seiner Website, »ist der Trend zu beobachten, dass Patienten bei Beschwerden direkt in ein Krankenhaus gehen.« Ursachen dafür gebe es viele: »Patienten schätzen die Dringlichkeit ihrer Beschwerden nicht richtig ein oder wissen nicht, an welchen Vertragsarzt sie sich stattdessen wenden können.« Seit Januar 2020 bieten die KV unter der Rufnummer 116117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes eine »telefonische Ersteinschätzung« für Versicherte an. Ablauf und Ziel erklärt das ZI so: »Mit dem softwaregestützten medizinischen Ersteinschätzungsverfahren SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) werden Patienten von qualifiziertem Personal durch strukturierte Fragen in die richtige Versorgungsebene zur weiteren Abklärung ihrer Beschwerden gelenkt.« SmED basiert auf dem Verfahren SMASS, erprobt und eingeführt in der Schweiz. Die notfallmedizinischen Fachgesellschaften DIVI und DGINA vermuten, dass SmED künftig auch in Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser etabliert werden soll. In der aktuellen Variante, die für die vertragsärztliche Notfallversorgung konzipiert wurde, sei SmED-Software aber »nicht ohne Weiteres« geeignet für den Einsatz auch in klinischen Notaufnahmen, meint DIVI. In ihrer Stellungnahme, gerichtet an das Bundesgesundheitsministerium, betont DIVI auch: »Weiter müssen ökonomische Interessen als Grundlage der Steuerung von Patienten ausgeschlossen sein.«