

**Schriftliche Stellungnahme als Einzelsachverständige zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung
„Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“**

BT-Drucksache: 20/13166 vom 02.10.2024

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss für Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 20(14)230(31)</p> <p>gel. VB zur öffent. Anh. am 06.11.2024 05.11.2024</p>

Kontakt details Sachverständige:
Prof. Dr. Anna Slagman
Notfallmedizinische Versorgungsforschung
Notfall- und Akutmedizin
ZNA Campus Mitte und Virchow-Klinikum
Charité Universitätsmedizin Berlin
Tel.: 0049 30 450 565 659
Email: anna.slagman@charite.de
<http://notfallmedizin.charite.de>

Berlin, den 04.11.2024

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich herzlich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung.

Ich möchte gezielt zu einigen Punkten aus der öffentlichen Debatte zu diesem Thema, der Bundestagsdebatte vom 9.10.2024, sowie dem Gesetzesentwurf wie folgt Stellung beziehen:

1. Überfüllung der Notaufnahmen:

Es ist unbestritten, dass die Notaufnahmen in Deutschland stark überlastet sind und eine Reform der Notfallversorgung dringend benötigt wird, um hier Abhilfe zu schaffen. Immer wieder im Fokus steht hier die Überfüllung der Notaufnahmen. *Die Definition der Überfüllung einer Notaufnahme ist die Überschreitung der zur Behandlung von Notaufnahmepatient:innen verfügbaren Ressourcen der Notaufnahme durch den tatsächlichen Behandlungsbedarf der Patient:innen in der Notaufnahme.*¹

Hinsichtlich der Überfüllung von Notaufnahmen zeigt die internationale Evidenz, dass Überfüllungssituationen von drei wesentlichen Parametern der Notfallversorgung bestimmt werden:

1. **Input:** Bezeichnet die Anzahl der Patient:innen mit verschiedener Dringlichkeit, welche parallel die Versorgung in der Notaufnahme beanspruchen, unabhängig davon, ob sie diese selbstständig aufsuchen oder durch einen medizinischen Transport in diese verbracht werden.
2. **Throughput:** Ist der „Durchsatz“ der Notaufnahme, also die tatsächliche Effizienz der Versorgung in der Notaufnahme selbst. Der Throughput ist abhängig von den Ressourcen/Kapazitäten der Notaufnahme selbst, den Versorgungsprozessen in der

¹ Trzeciak, S. Überfüllte Notaufnahme. *Notfall Rettungsmed* 16, 103–108 (2013). <https://doi.org/10.1007/s10049-012-1625-2>

Notaufnahme, der Verfügbarkeit von und Wartezeiten auf notwendige Akutdiagnostik und die entsprechende Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen im Rahmen der Versorgung in der Notaufnahme.

3. **Output:** Dies ist die Anzahl der Patient:innen, welche die Notaufnahme nach Abschluss der Akutversorgung verlassen können. Der Output ist abhängig von der Verfügbarkeit stationärer Betten, Barrieren gegen/Voraussetzungen für eine stationäre Verlegung (Patienten-bezogene Faktoren und Bedarfe, Bettenverfügbarkeit, Anforderung weiterer Diagnostik) aber auch der Wartezeit auf Verlegungstransporte in externe Krankenhäuser oder nach Hause.

2. Zusammenhang weniger-dringlicher Notfälle mit Überfüllung von Notaufnahmen

Im Fokus der Notfallreform steht insbesondere der Patient:innen-Input in die Notaufnahmen mit einem starken Fokus auf der Patient:innensteuerung. Dies ist einerseits sinnvoll und eine Umsetzung ist wünschenswert, andererseits wird diese Maßnahme voraussichtlich wenig dazu beitragen Überfüllungssituationen in Notaufnahmen zu vermeiden. Internationale Evidenz und auch Übersichtsarbeiten aus Deutschland zeigen, dass der Input nur bedingt zur Überfüllung von Notaufnahmen beiträgt. Wichtiger ist neben dem Throughput auch vor allem der Output, insbesondere die langen Wartezeiten auf und Barrieren gegen eine stationäre Verlegung.^{2 3}

Im Zentrum der Notfallreform steht insbesondere die Steuerung von Patient:innen mit weniger dringlichem Behandlungsbedarf. Hierbei ist zu betonen, dass es keine mir bekannte Evidenz aus Deutschland und keine mir bekannten internationalen Studien gibt, die einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Auftreten weniger-dringlicher Fälle in der Notaufnahme und Überfüllung der Notaufnahme zeigen. Es gibt Analysen, welche Assoziationen zeigen: D.h. wenn die Notaufnahmen überfüllt sind, befinden sich auch viele weniger-dringliche Fälle in der Notaufnahme. Dies ist jedoch auch umgekehrt kausal bedingt. Wenn eine Notaufnahme überfüllt ist, d.h. dringliche, lebensbedrohliche Notfälle an oder über der Ressourcengrenze der Notaufnahme versorgt werden, dann verzögert sich die Behandlung weniger dringlicher Notfälle und führt zu langen Wartezeiten in der Abarbeitung dieser Fälle, womit diese Fälle eine längere Verweildauer in der Notaufnahme haben. Es verzögert sich also der Throughput dieser Patient:innengruppe, welches zu einer Assoziation zwischen Überfüllung und Anzahl weniger-dringlicher Patient:innen führt. In der Realität sind es also nicht diese Fälle, welche ursächlich die Überfüllung verursachen, sondern durch die Überfüllung, kommt es zu einer „Ansammlung“ dieser Fälle im Wartebereich. Dies führt, wenn man so möchte, zu einer „Wartezimmerüberfüllung“ mit den bekannten Konsequenzen, wie Unzufriedenheit, Frustration und ggf. Gewalt gegen das Notaufnahmepersonal.

Festzuhalten ist also: Durch eine gezielte Umsteuerung weniger-dringlicher Patient:innen in Versorgungsstrukturen außerhalb der Notaufnahme kann die Überfüllung der Notaufnahmen vermutlich nicht oder nur wenig reduziert werden. Die Schließung von Krankenhausstandorten wird eher zu einer vermehrten Belastung verbleibender Notaufnahmen durch dringliche Fälle mit stationärem Behandlungsbedarf führen, welches somit aller Voraussicht nach die Überfüllung dieser verbleibenden Notaufnahmen eher noch verstärken wird.

² Trzeciak, S. Überfüllte Notaufnahme. Notfall Rettungsmed 16, 103–108 (2013). <https://doi.org/10.1007/s10049-012-1625-2>

³ Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. PLoS One. 2018 Aug 30;13(8):e0203316. doi: 10.1371/journal.pone.0203316. PMID: 30161242; PMCID: PMC6117060.

3. Patient:innensteuerung vor dem Aufsuchen einer Notaufnahme

Die im Rahmen der Notfallreform vorgesehenen Maßnahmen zur Patient:innensteuerung sind als sinnvoll und für das Deutsche Gesundheitssystem gut übertragbar zu bewerten. Besondere Bedeutung kommt hier der Verzahnung der Hotlines der Kassenärztlichen Vereinigungen (116117) und des Rettungsdienstes (112) zu. Wichtiges Ziel wäre hier insbesondere lange Wartezeiten in den Hotlines unter der 116117 zu vermeiden, um zu verhindern, dass Patient:innen dann doch frustriert werden und selbstständig die Notaufnahmen aufsuchen.

Die verwendeten Ersteinschätzungssysteme dieser Hotline müssten dabei meiner Einschätzung nach nicht identisch, jedoch gut aufeinander abgestimmt sein. Das Ziel der Notrufabfrage unter der 112 sollte weiterhin die schnelle und zielgerichtete Abklärung lebensbedrohlicher Umstände und des Bedarfs zur Entsendung eines Rettungsmittels sein. Für den Fall, dass dies nicht notwendig ist, kann die weitere Festlegung der richtigen Versorgungsebene durch die 116117 erfolgen. Die verwendeten Ersteinschätzungssysteme sollten also in Bezug auf die kongruente Einschätzung zu der Versorgungsebene „Rettungsdienst“ hin abgestimmt werden, so dass es nicht zu einem „Hin- und Her-Schicken“ von Patient:innen zwischen den Hotlines kommen kann.

Weiterhin sind Patient:innengruppen mit speziellen Bedarfen bei der Ersteinschätzung und in der Ausgestaltung der anzusteuernenden Versorgungsangebote besonders zu berücksichtigen, um Notaufnahmen nachhaltig entlasten zu können. Die Ersteinschätzung selbst, sowie die folgenden Versorgungsangebote sollten zum Beispiel möglichst barrierefrei sein. Dies bezieht sich beispielsweise auf Patient:innen ohne Deutschkenntnisse oder mit fehlender bzw. eingeschränkter Mobilität, Patient:innen mit psychologischen Beschwerden, sozialen Beratungsanlässen, pflegerische Notfälle oder Personen mit eingeschränkter Möglichkeit die Versorgung selbstständig zu koordinieren (z.B. eingeschränkte Kognition). Weitere Hinweise zur Ausgestaltung der anzusteuernenden Versorgungsangebote folgen im Verlauf des Dokumentes.

Die Annahme, dass durch die telefonische Ersteinschätzung unter der 116117 tatsächlich eine Reduktion von Fällen in Notaufnahmen erzielt werden kann, ist nach meiner Einschätzung bisher nicht belegt. Aktuell auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung dargestellte Zahlen zeigen, dass unter der 116117 ca. 25% der Fälle den Versorgungsebenen „Rettungsdienst“ oder „Notaufnahme“ zugewiesen werden. Bei der digitalen Selbsteinschätzung durch Patient:innen sind es sogar 45% der Fälle. Für das Monitoring der Effizienz der Systeme wäre eine digitale, standardisierte Fallübergabe der 116117 an weiterversorgende Strukturen unbedingt notwendig, um Steuerungseffekte im System nachvollziehbar zu machen.

4. Patient*innensteuerung nach dem Aufsuchen einer Notaufnahme bzw. in der Notaufnahme

Die Ersteinschätzung und Steuerung von Patient:innen in Notaufnahmen ist grundsätzlich möglich. Unter Berücksichtigung der oben zur Überfüllung von Notaufnahmen dargestellten Ausführungen (Überfüllung kann damit per se nicht vermieden werden), kann diese sich als sinnvoll erweisen, um (1) Patient:innen lange Wartezeiten in überfüllten Notaufnahmen zu ersparen, (2) die Überfüllung der Wartebereiche von Notaufnahmen zu reduzieren, (3) die Ressourcennutzung zu optimieren und damit ggf. Kosten zu senken und (4) die Zufriedenheit des Personals zu verbessern. Erste Projekte an Modellstandorten und vereinzelte Studien zeigen für Deutschland, dass ein gewisser Anteil an Patient:innen umgesteuert und in ambulanten Versorgungsstrukturen am Standort effizient versorgt werden kann.

Hier ergeben sich im Rahmen der vorgesehenen Notfallreform zwei unterschiedliche Szenarien:

1. Steuerung in einem Integrierten Notfallzentrum aus Notaufnahme und ambulanter Versorgungsstruktur. (INZ)

2. Steuerung in Notaufnahmen ohne ambulante Versorgungsstruktur am Standort. (Notaufnahme ohne INZ)

Im Folgenden möchte ich auf die Effizienz und Sicherheit der Steuerung im Rahmen dieser beiden Szenarien eingehen.

4.1 Ersteinschätzung und Steuerung am INZ-Standort

4.1.1 Effizienz = Anteil der potentiell umsteuerbaren Fälle zur Entlastung der Notaufnahme

Für die Ersteinschätzung und Steuerung an INZ-Standorten oder Standorten mit Klinik-eigener ambulanter Versorgungsstruktur am Notaufnahmestandort zeigen Pilotprojekte und Studien aus Deutschland, dass **15-20%** der Patient:innen effizient durch die ambulante Versorgungsstruktur versorgt werden können. Diese Einschätzung widerspricht massiv den in der öffentlichen Debatte dargestellten Angaben, welche häufig um die 50%, teilweise bis zu 80-90% rangieren. Die Grundlage für die öffentlich debattierten Anteil an potentiell umzustuernden Fällen sind häufig Abrechnungsdaten, welche sich lediglich auf den Anteil ambulant abgerechneter Fälle und auch häufig nicht auf die Grundgesamtheit aller Notaufnahme-patient:innen beziehen. Die Evidenz, auf welche ich mich beziehe, stammt aus Projekten, in welchen tatsächlich Patient:innen umgesteuert und in der ambulanten Versorgungsstruktur am Notaufnahmestandort auch abschließend versorgt werden konnten sowie auf den Anteil der umzustuernden Patient:innen an allen Notaufnahme-patient:innen und nicht einer ausgewählten Subgruppe. Eine Übersicht der zugrundeliegenden Studien und Pilotprojekte finden sich in der Diskussion dieses Artikels.⁴ Wenn man dieses Szenario für die größten Notaufnahmen Deutschlands mit ca. 100.000 Fällen im Jahr berechnet, so sind dies ca. 41 Patient:innen am Tag (Berechnung: 100.000 Fälle / 365 Tage pro Jahr.*15%). Daten aus Notaufnahmen zeigen, dass auch ambulante und weniger-dringliche Patient:innen über den gesamten Tag verteilt und werktags, sowie am Wochenende eintreffen. Geht man also dementsprechend von einer Besetzung der ambulanten Versorgungsstruktur von 10h am Tag aus, so sind dies ca. 4 Fälle pro Stunde. Damit wäre diese Struktur selbst an den größten Notaufnahmestandorten in Deutschland nicht ausgelastet. Eine mittlere Notaufnahme

⁴ Slagman A, Bremicker A, Möckel M, Eienbröcker L, Fischer-Rosinsky A, Gries A. Evaluation of an Automated Decision Aid for the Further Referral of Emergency Room Patients: A Prospective Cohort Study. Dtsch Arztebl Int. 2024 Oct 18;(Forthcoming):arztebl.m2024.0191. doi: 10.3238/arztebl.m2024.0191. Epub ahead of print. PMID: 39323221.

mit Versorgungsstufe 3 in Deutschland hat im Median ca. 40.000 Fälle pro Jahr, so dass die zu erwartende Fallzahl an den meisten Notaufnahmestandorten aktuell noch deutlich niedriger liegen würde. Dies ist der Grund, warum einige modellhaft an Notaufnahmestandorten eingerichteten ambulanten Versorgungsstrukturen bereits wieder geschlossen wurden. Eine Auslastung der entsprechenden Versorgungsstrukturen durch anderweitige Tätigkeiten (z.B. Telemedizin) wäre dementsprechend zu empfehlen.

4.1.2 Sicherheit der Steuerung am INZ Standort

Bei Verwendung des Instrumentes SmED-Kontakt+ (wird im folgenden vorgestellt) führte diese Form der Steuerung laut unserer aktuellen Studie zu einer potentiellen Sicherheitsgefährdung von bis zu 2,6% der in die ambulante Versorgungsstruktur umgesteuerten Patient:innen.⁴ Dies entspricht wiederum einem Fall am Tag in dem oben betrachteten Szenario der größten Notaufnahmen Deutschlands. Wobei hier durch Expert:innen die zeitnahe Steuerung in eine ambulante Versorgungsstruktur generell bewertet wurde. Durch die räumliche Nähe im INZ wäre dieser Anteil ggf. geringer zu bewerten.

4.2 Ersteinschätzung und Steuerung an Notaufnahmen ohne INZ-Standort

4.2.1 Effizienz = Anteil der potentiell umsteuerbaren Fälle

Generell kann die Steuerung von Patient:innen aus der Notaufnahme in nicht am Standort gelegene ambulante Versorgungsstrukturen nach Effizienz- und Sicherheitsbewertung aktuell nicht empfohlen werden und eine Ersteinschätzung im Sinne der Patient:innensteuerung erscheint an diesen Standorten nicht sinnvoll:

Erste Pilotprojekte und Studien zeigen, dass **nur maximal 3% (eher 1-2%)** einer Notaufnahmepopulation in nicht am Standort gelegene Versorgungsstrukturen gesteuert werden kann.^{5 6} Wieder auf die größten Notaufnahmen Deutschlands bezogen entspricht der Anteil der steuerbaren Fälle maximal 8 Fällen am Tag (Berechnung: 100.000 Fälle im Jahr / 365 Tage pro Jahr * 3%). Für eine mittlere Notaufnahme wären dies entsprechend 3 Fälle am Tag. Es erscheint also unter Effizienz- und Sicherheitsaspekten wenig sinnvoll, für diesen kleinen Anteil von Patient:innen Gesetzesentwürfe zu verhandeln, sowie Prozesse und Strukturen zur ambulanten Weiterleitung in niedergelassene Praxen zu aufzusetzen.

4.2.2 Sicherheit der Steuerung am Notaufnahmestandort ohne INZ

Anhand der vorliegenden Untersuchung zur Patient:innensicherheit ist das Entsenden von Patient:innen in nicht am Standort gelegene Praxen zu einem späteren Versorgungszeitpunkt weiterhin mit einer hohen potentiellen Patient:innensicherheitsgefährdung von 7-13% verbunden.⁴

Die Steuerung in nicht am Notaufnahmestandort gelegene ambulante Versorgungsstrukturen kann jedoch eventuell unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten in Erwägung gezogen werden. Dies ist ggf. sinnvoll, wenn eine enge und gute Kooperation der Notaufnahme mit einer nicht direkt am Standort, aber nahegelegenen Notdienstpraxis besteht. Unüberwachte Zeitintervalle können hier jedoch zu einer zusätzlichen Patient:innengefährdung während Transitzeiten führen und ein engmaschiges Monitoring der Sicherheit der Prozesse ist notwendig.

⁵ Oslislo S: DispoAkut Bayern in Rosenheim - Studienergebnisse. 2 SmED User-Conference. Berlin2024. <https://smed.zi.de/smed-erleben/smed-user-conference/>, Zugriffsdatum: 05.07.2024

⁶ Kellner P: DispoAkut in der ZNA - Kurzversion. 2 SmED User-Conference. Berlin2024. <https://smed.zi.de/smed-erleben/smed-user-conference/>, Zugriffsdatum: 05.07.2024

5. Ersteinschätzungsverfahren und Ersteinschätzungsinstrumente für die Ersteinschätzung am Notaufnahmestandort

Ganz grundsätzlich muss klargestellt werden, dass der Begriff der „Ersteinschätzung“ aus Notaufnahmeperspektive anderweitig als im aktuellen Gesetzesentwurf beschrieben besetzt ist. Die seit Jahren etablierte und verpflichtende Ersteinschätzung in Notaufnahmen (auch Triage), bezeichnet das Verfahren zur Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlung der Fälle in der Notaufnahme.⁷ In Deutschland etabliert sind insbesondere zwei Triageinstrumente: Das Manchester Triage System (MTS) und der Emergency Severity Index (ESI). Beide Instrumente werden durch geschulte Pflegekräfte binnen 10 Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme durchgeführt und resultieren in einer von fünf möglichen Triagekategorien (1-5 bzw. rot bis blau), welche die maximale Wartezeit bis zum ersten Arztkontakt in Minuten (sofort bis 120 Minuten) festlegen. Diese Instrumente dienen der Behandlungspriorisierung von per se als Notfall angesehenen Patient:innen, sind jedoch für die Steuerung nicht validiert.

Für die Ersteinschätzung im Sinne der Patient:innensteuerung wäre also ein neues Ersteinschätzungsverfahren notwendig, welches bisher nicht etabliert ist. Ein einheitliches standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument wäre dafür wünschenswert. Auch die Synchronisation der Instrumente, welche für die Ersteinschätzung unter der 116117 und am Notaufnahmestandort verwendet werden, sollte erfolgen, um divergierende Einschätzungen zu vermeiden. Für Deutschland gibt es allerdings aktuell noch wenig Evidenz für die in Erwägung zu ziehenden Ersteinschätzungsverfahren bzw. -instrumente und keine systematischen Übersichtsarbeiten. Eine entsprechende systematische Übersichtsarbeit ist allerdings aktuell in der Fachgruppe Notfallversorgung des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung unter meiner Leitung in Planung.

Einer eigenen aktuellen Umfrage zufolge machten 60% von 93 befragten Notaufnahmen mit alternativer ambulanter Versorgungsstruktur am Standort eine Angabe zum Ersteinschätzungsverfahren im Rahmen einer Steuerung zwischen beiden Strukturen. Bei 57% erfolgte die Steuerung nicht standardisiert, bei 43% standardisiert. Die standardisierte Steuerung erfolgte überwiegend mit dem etablierten Triageinstrument (s.o. MTS oder ESI), welches für diesen Einsatz nicht validiert ist. Diese Angaben sind besorgniserregend, denn beim Einsatz solcher nicht standardisierter und nicht validierter Steuerungspraktiken ist von einer erhöhten Fehlsteuerung und potentiellen Gefährdung der Patient:innen auszugehen.

Für Deutschland sind mir aktuell drei Ersteinschätzungsinstrumente bekannt, zu welchen es wenig publizierte Literatur gibt: OPTINOFA, SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung Deutschland) und Triageclient. Da es sich um ein sehr volatiles Entwicklungsfeld handelt, ist es gut möglich, dass es weitere in der Entwicklung oder vereinzelt schon im Einsatz befindliche Instrumente gibt, die mir nicht bekannt, allerdings auch nicht wissenschaftlich publiziert sind.

Ich möchte an dieser Stelle keine Empfehlung für ein Instrument aussprechen, sondern auf die entsprechende mir zur Verfügung stehende Literatur verweisen:

⁷ Möckel M, Reiter S, Lindner T, Slagman A. „Triagierung“ – Ersteinschätzung von Patienten in der zentralen Notaufnahme : Eine Übersicht mit systematischem Review [“Triage“-primary assessment of patients in the emergency department : An overview with a systematic review]. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2020 Nov;115(8):668-681. German. doi: 10.1007/s00063-019-0589-0. Epub 2019 Jun 13. PMID: 31197419.

5.1 OPTINOFA ist ein Instrument, welches in der ersten Version die 20 häufigsten notfallmedizinischen Leitsymptome abdeckte und von Frau Prof. Sabine Blaschke (Universitätsmedizin Göttingen) entwickelt wird.^{8 9} Das Instrument wurde bereits multizentrisch validiert und für OPTINOFA ist eine Weiterentwicklung unter Berücksichtigung aller notfallmedizinisch relevanter Symptome mit geplanter Fertigstellung Mitte 2025 in Arbeit (persönliche Mitteilung).

5.2 SmED ist eine für Deutschland adaptierte Version des in der Schweiz eingesetzten Instrumentes SMASS und wird bereits unter der Hotline der 116117 eingesetzt. Es gibt einige publizierte Studien und auf Tagungen vorgestellte Pilotprojekte.^{10 11} Es wird in Deutschland durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung bereitgestellt, Importeur ist Health Care Quality Systems (HCQS) und ist als Medizinprodukt der Klasse IIb nach Medizinprodukterichtlinie (MDR) zertifiziert. Dieses Instrument gibt es in verschiedenen Varianten und eine Version für den gemeinsamen Tresen im INZ (SmED Kontakt+), wurde kürzlich von uns multizentrisch und prospektiv untersucht.⁴

5.3 Triageclient ist eine durch Dr. Felix P. Hans (Universitätsklinikum Freiburg) entwickelte Ersteinschätzungsanwendung, welche im Wesentlichen auf einer Erhebung einer strukturierten Hauptbeschwerde mittel der „Canadian Emergency Department Information System“ (CEDIS) Leitsymptomliste und Zuweisung einer Behandlungsdringlichkeit mittels des etablierten Triageinstrumentes ESI basiert. Dieses Instrument befindet sich am INZ des Universitätsklinikums Freiburg seit 2023 im Einsatz und im KINZ seit 2024.¹²

6. Anforderungen an ambulante Versorgungsstrukturen

Im Rahmen der Effizienzbewertung ist insbesondere die verbindliche Ausstattung und das standardisierte Leistungsspektrum der ambulanten Versorgungsstrukturen von Bedeutung. Dies bezieht sich auf KV-Standorte an INZs sowie auf ggf. anzusteuernde entfernt gelegene Strukturen. Die genannten Studien und Pilotprojekte zeigen, dass das Zurücksenden von Fällen aus ambulanten Versorgungsstrukturen (KV-Praxis am Standort oder Partnerpraxis) häufig durch die mangelnde Ausstattung der Versorgungsstrukturen bedingt war. Insbesondere Röntgen, Labor mit Befund innerhalb von wenigen Stunden, Sonographie und EKG müssen regelhaft zur Verfügung stehen und durch das behandelnde Personal angewandt und interpretiert werden können.

⁸ Blaschke S; Dormann H; Somasundaram R; Dodt C; Graeff I; Busch HJ; Erdmann B; Heida U; Wieckenberg M; Haedicke C; Esslinger K; Nyoungui E; Friede T; Dröge P; Walcher F; Talamo J; Wolff JK; OPTINOFA Study Group. Strukturierte Ersteinschätzung in der Notaufnahme mittels intelligentem Assistenzdienst OPTINOFA - Ergebnisse der multizentrischen, Cluster-randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie in Deutschland. Med Klin Intensivmed Notfmed (in press)

⁹ Nyoungui E, Karg MV, Wieckenberg M, Esslinger K, Schmucker M, Reiswich A, Antweiler KL, Friede T, Haag M, Dormann H, Blaschke S. OPTINOFA – Intelligenter Assistenzdienst zur strukturierten Ersteinschätzung in der Notaufnahme [OPTINOFA-Intelligent assistance service for structured assessment in the emergency department]. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2024 Mar 27. German. doi: 10.1007/s00063-024-01126-y. Epub ahead of print. PMID: 38536423.

¹⁰ Herrmann T PA-L, Pollmann T, Willms G, Zoch-Lesniak B, Schäfer I, Löffert S, Brechner A: DEMAND: Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand Managements in der ambulanten Notfallversorgung.; https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/514/2024-01-19_DEMAND_Ergebnisbericht.pdf; Zugriffsdatum: 5.7.2024

¹¹ Koeh L, Strohl S, Lauerer M, et al.: [Steuerung von Patient*innen aus Notaufnahmen in die vertragsärztliche Versorgung: Eine Machbarkeitsstudie]. Gesundheitswesen 2024; 86: 339-45

¹² Hans FP, Röttger MC, Kleinekort J, Kühn M, Benning L, Brich J, Gottlieb D, Wagner FC, Busch HJ: Effects of a central point of assessment with digitally assisted triage in an integrated emergency center Dtsch Arztebl Int 2024; 121 DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0201

7. Patient:innenperspektive und Gründe für das Aufsuchen von Notaufnahmen

Abschließend möchte ich diese Stellungnahme dazu nutzen, die Sicht der Patient:innen und ihrer Bedürfnisse einzunehmen. In der gesamten Debatte um weniger dringliche Patient:innen in Notaufnahmen möchte ich empfehlen, eine Schuldzuweisung an Patient:innen zu vermeiden und auch das Wording entsprechend anzupassen. Wir haben uns der Terminologie für die Bezeichnung dieser Gruppe in einer separaten Publikation angenommen und würden die Begriffe „weniger-dringlich“ oder „weniger-akut“ empfehlen.¹³

Patient:innen kommen über verschiedene Wege in Notaufnahmen. Ein Teil der Patient:innen stellt sich direkt in der Notaufnahme vor, ohne vorher ambulante Versorgungsstrukturen zu kontaktieren. Auch diese Patient:innen treffen aber Umfragen zufolge diese Entscheidung selten allein, sondern suchen sich Rat in ihrem Umfeld. Sie geben vor allem Sorgen über ihre Symptome, einen schlechten selbstempfundenen Gesundheitszustand, psychosoziale Beschwerden oder auch eine fehlende deutsche Krankenversicherung als Gründe für das Aufsuchen der Notaufnahmen an.¹⁴ Nur für wenige Patient:innen ist das Aufsuchen der Notaufnahme die erste Wahl. Viele Patient:innen berichten über Barrieren im Zugang zu ambulanten Versorgungsstrukturen, wurden von dort informell in die Notaufnahme geschickt oder kommen mit einer Einweisung aus einer niedergelassenen Praxis. Dies betrifft auch viele ambulant behandelte Patient:innen in der Notaufnahme. Auf die mangelnden Möglichkeiten der Akutdiagnostik in der niedergelassenen Versorgung mit langen Wartezeiten auf Facharzttermine, oft in Kombination mit einer Verschlechterung der Beschwerden, werden häufig als Gründe für das Aufsuchen von Notaufnahmen angegeben.^{15 16}

8. Erweiterung des Versorgungsangebotes

Um Notaufnahmen effizient zu entlasten sind diese Patient:innenbedürfnisse und Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen mit zu berücksichtigen. Neben der Schaffung von ambulanten Notfallversorgungsstrukturen an INZ-Standorten ist dringend eine Erweiterung der bestehenden Versorgungsangebote notwendig. Der Rettungsdienst und die Notaufnahmen dienen aktuell als Sicherheitsnetz für alle akut auftretenden Bedarfe, welche an anderer Stelle im Gesundheits-, aber auch im Sozialsystem des Versorgungsgebietes der Notaufnahme nicht angemessen adressiert werden. Aus diesem Grund wurde in den USA der Begriff und die Sub-Disziplin der „Social Emergency Medicine“ geprägt.¹⁷ Die soziale Notfallmedizin ermittelt in Zusammenarbeit mit Public Health, Sozialdiensten und ambulanten Versorgungsstrukturen lokale Präventionskonzepte zur Vermeidung der Inanspruchnahme von Notaufnahmen. Neben medizinischen Bedarfen stehen hier auch weniger medizinische Bedarfe und Umstände im Fokus.

¹³ Legg D, Fischer-Rosinsky A, Holzinger F, Möckel M, Slagman A. Overcoming terminological inconsistency in the study of emergency department attendees who do not require clinically defined emergency care. *Eur J Emerg Med.* 2022 Dec 1;29(6):395-396. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000981. Epub 2022 Sep 12. PMID: 36094375.

¹⁴ Ruegenberg A, Schmiedhofer M, Kreuzberg A, Henschke C, Möckel M, Slagman A. Blackbox: Psychosoziale Fälle in der Notaufnahme [Black box: Attenders with psychosocial needs in the emergency department]. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2024 Feb;119(1):10-17. German. doi: 10.1007/s00063-022-00981-x. Epub 2023 Jan 12. PMID: 36635440; PMCID: PMC10803686.

¹⁵ Schmiedhofer M, Möckel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open.* 2016 Nov 16;6(11):e013323. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013323. PMID: 27852722; PMCID: PMC5129074.

¹⁶ Reasons for Emergency Department use of low-acuity attender: Results from the prospective, multicentre, cross-sectional EPICS-9/PiNo-Bund study. Anna Slagman, Martina Schmiedhofer, David Legg, Daniela Krüger, Larissa Eienbröker, Fabian Holert, Johann Frick, Dagmar Lühmann, Ingmar Schäfer, Martin Scherer, Bernadett Erdmann, Martin Möckel (under review *BMJ Open*)

¹⁷ Fahimi J, Goldfrank L. Principles of Social Emergency Medicine. *Ann Emerg Med.* 2019 Nov;74(5S):S6-S10. doi: 10.1016/j.annemergmed.2019.08.432. PMID: 31655680.

Einige Patient:innengruppen, welche aktuell ganz überwiegend Rettungsdienst und Notaufnahmen in Anspruch nehmen, können auch in KV-Praxen an Notaufnahmestandorten nicht angemessen versorgt werden. Dies sind zum Beispiel nicht-mobile Patient:innen mit Bedarfen an mobilen Versorgungsmöglichkeiten in der Häuslichkeit, Patient:innen mit pflegerischen Notfällen und Patient:innen mit akuten psychischen oder sozialen Problemen. Wenn diese Patient:innen direkt in der Hotline der 116117 alternativen bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen zugewiesen werden könnten, würde dies weiterhin zur Entlastung des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen beitragen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist außerdem die zeitnahe Vermittlung akuter Krankentransporte, auch in niedergelassene Praxen, welches den Rettungsdienst und Notaufnahmen ebenfalls weiter entlasten könnte.

9. Fazit

Die Patient:innensteuerung in eine angemessene Versorgungsebene, die in der Notfallreform vorgesehen ist, erscheint sinnvoll und notwendig. Eine Überfüllung von Notaufnahmen kann damit allerdings sehr wahrscheinlich nicht vermieden werden, jedoch kann die effiziente Patient:innensteuerung trotzdem Notaufnahmen entlasten und sicherer machen. Unter der Hotline 116117 wird eine Steuerung in verschiedene Versorgungsebenen bereits praktiziert. Die Möglichkeit einer digitalen Fallübergabe an weiterversorgende Einrichtungen nach Steuerung durch die 116117 sollte eingeführt werden. Eine Steuerung an Notaufnahmestandorten kann anhand der aktuellen Evidenz nur innerhalb von Integrierten Notfallzentren (Steuerungspotential 15-20%) oder ggf. in räumlich nah gelegenen, verbindlichen Kooperationen empfohlen werden (Steuerungspotential 2-3%). Eine unverbindliche Steuerung in entfernt von der Notaufnahme gelegene Versorgungseinrichtungen oder eine Steuerung mit späteren Versorgungszeitpunkt ist nicht zu empfehlen. Eine adäquate Ausstattung der entsprechenden Versorgungseinrichtung ist zwingende Voraussetzung für die Effizienz der Systeme. Die Versorgung dieser Patient:innen muss weiterhin zeitnah (z.B. innerhalb von 4 Stunden) und mit verbindlicher Anmeldung erfolgen. Die Sicherheit der Ersteinschätzungsprozesse am Standort sollte durch eine lückenlose Nachverfolgung der Patient:innenwege und -versorgung monitoriert werden. Für Deutschland gibt es bisher wenig Evidenz zu möglichen digitalen Ersteinschätzungs- und Steuerungsinstrumenten, so dass noch keine generelle Empfehlung gegeben werden kann. Die Verwendung eines bundesweit einheitlichen, standardisierten, digitalen Ersteinschätzungsinstrumentes ist jedoch zu empfehlen, um sicherheitsgefährdende Standort-spezifische Praktiken zu vermeiden. Die Notfallreform sollte durch eine patient:innenorientierte und bedarfsgerechte Erweiterung der bestehenden Angebote begleitet werden, um Rettungsdienst und Notaufnahmen nachhaltig zu entlasten.

Hochachtungsvoll,

Prof. Dr. Anna Slagman

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Potentielle Interessenskonflikte: Fördermittel und Mitglied im Expertenbeirat des Zentralinstitutes der Kassenärztlichen Versorgung, Fördermittel der Deutschen Forschungsgemeinschaft, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Gesundheit, des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss, der Berlin University Alliance, Thermo Fisher Scientific und Roche Diagnostics.
