

---

**PRESSEKONFERENZ**  
**21. JUNI 2019:**  
**INTERSEKTORALE ZUSAMMENARBEIT:**  
**GÜTEKRITERIEN ZUR REFORM DER**  
**NOTFALLVERSORGUNG**

STATEMENT VON DR. STEPHAN HOFMEISTER  
STELLVERTRETENDER VORSITZENDER DES VORSTANDS

ES GILT DAS  
GESPROCHENE WORT

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

Sie haben es bereits gehört: Mit unseren Vorschlägen zur Reform der Notfallversorgung wollen wir vor allem dazu beitragen, Patienten besser und zielgerichteter zu steuern. Dreh- und Angelpunkt hierfür sind Instrumente, die eine strukturierte und standardisierte medizinische Ersteinschätzung ermöglichen. Ganz gleich über welchen Weg der Patient oder die Patientin den Kontakt aufnimmt, ob telefonisch oder persönlich: Überall sollte gewährleistet sein, dass der Fall nach gleichen und sicheren Kriterien beurteilt und entsprechend eingeordnet wird. Deshalb haben wir gemeinsam mit den Kollegen vom Marburger Bund einen Katalog von Gütekriterien entwickelt, denen ein Instrument zur standardisierten Ersteinschätzung genügen sollte. Der Katalog basiert auf einer Liste, welche das aQUa-Institut 2017 im Rahmen eines Gutachtens zur Ersteinschätzung von Notfallpatienten im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung entwickelt hat. Uns geht es hierbei um Anforderungen an das Instrument selbst, nicht um den Prozess der Ersteinschätzung, da dieser je nach Standort unterschiedlich gestaltet sein kann.

Ganz oben auf der Anforderungsliste steht die Patientensicherheit. Potenzielle Fehler bei der Ersteinschätzung sollen schon durch die Ausgestaltung, etwa des Fragenkatalogs, erkannt und verhindert werden. Das Instrument – in der Regel in Form einer Software – muss in der Lage sein, alle auftretenden Notfällfälle zu erfassen. Dabei muss es vor allem zwei Ebenen unterscheiden können: die Dringlichkeit und die passende Versorgungsform. Die Fragen müssen so gestaltet sein, dass lebensbedrohliche Zustände und weitere, die ein schnelles Handeln erforderlich machen, frühzeitig treffsicher erkannt werden. Damit eine Zuweisung in die geeignete Versorgungsebene erfolgen kann, müssen personelle und strukturelle Anforderungen für die weitere Abklärung beziehungsweise Behandlung berücksichtigt werden, beispielsweise: Brauche ich medizinische Geräte, über die nur das Krankenhaus verfügt? Brauche ich eine ärztliche Überwachung für die Nacht? Als Faustregel gilt, dass die jeweils höhere Versorgungsebene nach Möglichkeit entlastet werden soll.

Weitere Kriterien, die wir für die medizinische Ersteinschätzung als wichtig erachten, sind unter anderem:

- › die einfache Handhabbarkeit des verwendeten Tools, auch durch nichtärztliches, geschultes Fachpersonal,
- › die Möglichkeit einer softwaregestützten Dokumentation, insbesondere, wenn die Ersteinschätzung telefonisch erfolgt sowie
- › die Möglichkeit der Weiterentwicklung und Anpassungsfähigkeit im Sinne eines lernenden Systems.

Ein Instrument, das die Kriterien erfüllt, ist die Software SmED (strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland), die wir Ihnen an anderer Stelle bereits vorgestellt haben. Sie basiert auf einem in der Schweiz erprobten Verfahren, das für die Anwendung in Deutschland adaptiert wurde. Zurzeit sind mehrere Kassenärztliche Vereinigungen zusammen mit weiteren Akteuren dabei, SmED zu testen und zu evaluieren. In Köln beispielsweise arbeitet der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst bereits mit der Rettungsleitstelle unter der Nummer 112 zusammen, hierbei soll auch SmED zum Einsatz kommen. Auf Bundesebene werden wir die Bereitschaftsdienstnummer 116117 bis zum 1. Januar 2020 zu einer deutschlandweiten Serviceplattform zur Arztsuche, Terminvermittlung und Hilfe im Akutfall ausbauen. Auch hier haben wir uns für SmED als Instrument zur medizinischen Ersteinschätzung entschieden. Perspektivisch könnte es auch an den gemeinsamen Tresen der zentralen Anlaufstellen zum Einsatz kommen.

Vielen Dank