

## Notfallreform light

**Die groß angekündigte Reform der Notfallversorgung kommt nun doch nicht. Stattdessen soll ein neues Gesetz die qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung (SmED) in den Notfallambulanzen etablieren.**

Zahlreiche Studien belegen, dass eine Vielzahl von Notfällen in den Klinikambulanzen durch die vertragsärztliche Versorgung und deren Not- und Bereitschaftsdienst besser, schneller und wirtschaftlicher versorgt werden könnte. Aktuell sind nach Angaben des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) ein Drittel bis die Hälfte der Akutfälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser medizinisch Fälle für die Vertragsärzte.

Ursprünglich wollte deshalb Gesundheitsminister Spahn (CDU) die Triage und Versorgung von (echten und gefühlten) Notfallpatienten in den Klinikambulanzen umfassend neu regeln. Ein Kernstück der Notfallreform war die Idee der Integrierten Notfallzentren (INZ). Sie sollten über einen „gemeinsamen Tresen“ Patienten vorab triagieren und in die richtige Versorgungsebene leiten.

Corona-bedingt blieb der Gesetzesentwurf in den letzten Monaten liegen. Nun scheint er ganz beerdigt. Denn der Entwurf für das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) kommt als „Notfallreform light“ daher. Anstatt der INZ mit gemeinsamem Tresen soll es nun eine Software richten.

### SmED in der Notaufnahme

SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) wird bereits seit 2019 im Rahmen der telefonischen Ersteinschätzung der Terminservicestellen (TSS) und an einigen gemeinsamem Tresen von Notaufnahmen mit Bereitschaftsdienstpraxen eingesetzt. Die Vor-



lage dazu stammt aus der Schweiz, wo ein ähnliches System seit Jahren etabliert und wissenschaftlich untersucht ist.

Nun soll SmED für den Einsatz in den Notfallambulanzen weiterentwickelt werden. In diesem software-gestützten Ersteinschätzungsverfahren wird entschieden, ob der Patient in der Notfallambulanz verbleibt oder in der vertragsärztlichen Praxis weiterbehandelt wird. Wenn kein medizinischer Notfall vorliegt, muss der Patient der vertragsärztlichen Versorgung zugewiesen werden. Die verbindlichen SmED-Kriterien sorgen dafür, dass nicht nur Zuständigkeit-, sondern auch Haftungsfragen als Folge von Abweisungen geklärt werden. Der Einsatz des einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens wird außerdem Abrechnungsvoraussetzung für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus.

Die KBV soll dafür bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderung „zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden,

**Software-unterstützte Patientensteuerung soll auch in der Notaufnahme Realität werden.**

die sich an Notfallambulanzen der Krankenhäuser wenden“ machen. DKG und der GKV-Spitzenverband müssen dabei nur ins „Benehmen“ gesetzt werden – die KBV ist also nicht zwingend an deren Einverständnis gebunden. Der lautstarke Protest der DKG folgte umgehend. Die Kompetenz zur Patientensteuerung sei „im KV-System schlichtweg nicht vorhanden“, monierte DKG-Hauptgeschäftsführer Baum.

SmED ersetzt allerdings nicht die Triage durch speziell ausgebildete Ärzte und Notfall-Fachkräfte, sondern ist als standardisierendes Hilfsmittel gedacht. Letztendlich verbleibt die Entscheidung, ob die Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird, bei der jeweiligen Notaufnahme. Zudem wurde die aktuell in den TSS und der ambulanten Notfallversorgung verwendete Version in Zusammenarbeit mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA), der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) und anderer Klinikärzte entwickelt.

### Überweisungsvorbehalt fällt teilweise

Lautet das Ergebnis der standardisierten Ersteinschätzung, dass ein Patient statt einer Notfallbehandlung einen Facharzttermin benötigt, kann dieser sich an die Terminservicestelle wenden. Dabei soll das Überweisungserfordernis entfallen. Entsprechende Patienten werden also so behandelt, als würden sie über eine Überweisung verfügen. Diese Möglichkeit sollte allerdings auf unaufschiebbare Fälle begrenzt werden, fordert der Virchowbund – sonst untergrabe man die hausärztliche Steuerung.

SmED ist nach den INZ nun also der zweite Versuch, zu einem sinnvollen und abgestimmten Miteinander von Krankenhäusern und Vertragsärzten in der Notfallversorgung zu kommen. Der neue Gesetzesentwurf hat jedenfalls das Ziel, Klarheit über die jeweiligen Zuständigkeiten zu bringen und die Grundlagen für eine ausreichende Finanzierung der jeweils erbrachten Leistungen zu schaffen.

Adrian Zagler