



## **Stellungnahme der Volksinitiative** **„Gesunde Krankenhäuser in NRW – FÜR ALLE!“**

Anhörung zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes NRW am 02. Februar 2022

Die Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW – FÜR ALLE!“ und die in ihr zusammenarbeitenden Organisationen stehen für

- ⇒ ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen – ohne Profite!
- ⇒ gute Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten
- ⇒ die Vollfinanzierung durch das Land NRW – wie gesetzlich vorgegeben
- ⇒ eine wohnortnahe und bedarfsorientierte Versorgung für alle Menschen in NRW und
- ⇒ eine patientenorientierte, barrierefreie und selbsthilfefreundliche Struktur unserer Krankenhäuser.

**Zu dem oben genannten Vorhaben möchte die Volksinitiative folgende Stellungnahme abgeben:**

### **§ 2** **Krankenhausleistungen**

- (1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung nach den durch Bescheid gemäß § 16 getroffenen Feststellungen im Krankenhausplan alle, die seine Leistungen benötigen, nach Art und Schwere der Erkrankungen zu versorgen. Notfallpatientinnen und -patienten haben Vorrang.

NEU einzufügen: „Dazu ist ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren einzusetzen.“

Der neu eingefügte Satz 3 dient dem Zweck, den Krankenhäusern verpflichtend ein Instrument an die Hand zu geben, mit dem der in Satz 2 normierte Vorrang von Notfallpatientinnen und -patienten umgesetzt werden kann.

Notaufnahmen in deutschen Kliniken sind mit ihrer 24/7-Verfügbarkeit zentrale Anlaufstellen für jährlich mehr als 20 Millionen Patienten, die sich aufgrund vielfältigster Symptome und Beschwerden als Notfall empfinden. Diese hohe Inanspruchnahme, die auch international zu beobachten ist, führt regelhaft zu einem Missverhältnis zwischen der Patientenzahl und den personellen bzw. räumlichen Ressourcen. Internationale Studien zeigen, dass Overcrowding in Notaufnahmen mit einer erhöhten Mortalität für Patienten verbunden ist.

In Deutschland gängige Ersteinschätzungssysteme, die diese Anforderungen erfüllen, sind das Manchester Triage System (MTS) und der Emergency Severity Index (ESI) [6]. Die Umsetzung durch erfahrene Notfallpflegekräfte stellt hierbei einen weiteren wichtigen Qualitätsfaktor dar und steigert die Akzeptanz eines solchen Systems.

Auch in Notfallkrankenhäusern mit KV-Notdienstpraxen bzw. integrierten Notfallzentren ist im Vergleich zu Arztpraxen von einem höheren Anteil bedrohlich erkrankter Patienten im Sinne einer krankenhausspezifischen Vorselektion auszugehen. Daher müssen alle Notfallpatienten unmittelbar nach Eintreffen im Notfallkrankenhaus zunächst die oben beschriebene strukturierte und validierte Ersteinschätzung durchlaufen und diese Ersteinschätzung muss die medizinische Basis für eine Steuerung der Patienten im Krankenhaus, zu Notaufnahmen oder KV-Notdienstpraxis bzw. innerhalb der Integrierten Notfallzentren darstellen.

Grundsätzlich sind hierfür neben den bislang in Deutschland eingesetzten Systemen MTS und ESI auch andere standardisierte Systeme denkbar, die allerdings aufgrund ihrer Auswirkungen auf die Patientensicherheit vor einem Einsatz wissenschaftlich evaluiert werden müssen. Dies trifft auf das derzeit in Diskussion befindliche SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung Deutschland) nicht zu, weder für die Behandlungsdringlichkeit noch für die Steuerung in die Versorgungsebenen.

Als ein Beispiel sei hier benannt: Die Dringlichkeitsstufen des SmED, wie z.B. „sofort ins Krankenhaus“, „Termin beim niedergelassenen Arzt reicht aus“ oder „Hausmittel verschaffen Linderung“ entspricht nicht dem notwendigen Differenzierungsgrad, der für Notfallpatienten gefordert wird. Die Kategorie „sofort ins Krankenhaus“ umfasst z.B. ein Zeitintervall von bis zu 6 h, während die klinischen Triage-Systeme MTS/ESI zwischen „sofort“, „innerhalb von 10 Minuten“ differenzieren.

Ein Einsatz ist daher zum jetzigen Zeitpunkt aus Gründen der Patientensicherheit, aus Sicht der Volksinitiative, für Krankenhäuser abzulehnen. Eine strukturierte Einschätzung der Dringlichkeit von Notfallpatienten außerhalb des Krankenhauses, z.B. im Rahmen der Telefontriage in der Hausarztpraxis oder Leitstelle, ist aber durchaus zu begrüßen. Hierzu werden derzeit mehrere Systeme diskutiert, ein einheitliches System an allen möglichen Orten einer Ersteinschätzung von Notfallpatienten erscheint aber aufgrund der unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten für dringende Erkrankungen (Prävalenz von Hochrisikopatienten) aktuell nicht sinnvoll. Dies gilt insbesondere, da Notfallpatienten, die Krankenhäuser aufsuchen, häufiger ernsthafte und vor allem zeitkritische Erkrankungen haben sowie eine höhere Mortalität aufweisen als solche, die sich mit ihren akuten Beschwerden an Arztpraxen wenden.

### **SmED ist in der vorliegenden Form als alleiniges Ersteinschätzungsinstrument ungeeignet**

Daher ist aus Sicht der Volksinitiative SmED in der aktuellen Form nicht ohne Weiteres für den Einsatz am gemeinsamen Tresen bzw. in den Zentralen Notaufnahmen geeignet und muss ggf. modifiziert werden.

Ein solches System kann auch nicht durch die KBV vorgegeben bzw. eingeführt werden, sondern bedarf zwingend einer Abstimmung und Konsentierung mit den für die Notfallversorgung in der Klinik zuständigen Fachgesellschaften. Eine Ersteinschätzung muss sich aus Sicht der Fachgesellschaften zwingend an der Dringlichkeit und dem inhaltlichen Bedarf der akut- bzw. notfall-medizinischen Versorgung des Patienten orientieren. Weiter müssen ökonomische Interessen als Grundlage der Steuerung von Patienten ausgeschlossen sein.

Zur sicheren Steuerung der Patienten im Versorgungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Krankenhäuser müssen klare Voraussetzungen geschaffen werden. Die notwendigen Strukturen in den Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser, d.h. im stationären Sektor wurden durch den GBA-Beschluss 2018 definiert und vorgegeben. Für den ambulanten Sektor, den die KV verantwortet, gibt es keine einheitlichen Vorgaben.

Auch für den KV-Bereich muss daher klargestellt werden:

- Verbindlich zu erbringende Leistungen
- Umfang von Labor- und Radiologieleistungen
- Definition der zur Versorgung der Patienten in Frage kommenden Einrichtungen
- Betriebszeiten
- fachliche Qualifikation der dort eingesetzten Kolleginnen und Kollegen.

Jetzt soll mit SmED ein rein algorithmusbasiertes Modell vorangetrieben und installiert werden, dass aus einer telefonischen Ersteinschätzung entstanden ist und für den angestrebten Einsatz in der ambulanten Notfallversorgung bislang keine wissenschaftliche Evaluierung vorweisen kann.

Wenn SmED als zusätzliches verpflichtendes Ersteinschätzungsverfahren in den Notaufnahmen eingesetzt werden soll und künftig anhand dieser Ergebnisse Patienten ohne jeden Arztkontakt in vom Krankenhaus entfernte Versorgungsstrukturen weitergeleitet werden, denn sehen wir, als Volksinitiative, eine deutliche Gefährdung der Patientensicherheit.

Gerne Verweisen wir darauf, dass die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), der Marburger Bund und die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) die Implementierung des SmED ebenfalls kritisch betrachten, da eine Gefährdung des Patientenwohles nicht auszuschließen ist.