

Beschluss

des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt *DEMAND* (01VSF17019)

Vom 19. Januar 2024

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat im schriftlichen Verfahren am 19. Januar 2024 zum Projekt *DEMAND - Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand Managements in der ambulanten Notfallversorgung* (01VSF17019) folgenden Beschluss gefasst:

- I. Die Empfehlung zu den Ergebnissen des Projekts *DEMAND* wird wie folgt gefasst:
 - a) Die Projektergebnisse werden an das Bundesministerium für Gesundheit weitergeleitet. Dieses wird gebeten, die Ergebnisse bei der Neuordnung der Notfallversorgung auf der Grundlage der Empfehlungen der Regierungskommission im Rahmen einer geplanten Einrichtung von Gemeinsamen Notfallleitstellen und Integrierten Notfallzentren zu berücksichtigen.
 - b) Die Projektergebnisse werden an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) weitergeleitet. Sie wird gebeten zu prüfen, inwieweit die Ergebnisse die einheitliche Umsetzung des Gesetzes für schnelle Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetzes - TSVG) unterstützen können.
 - c) Darüber hinaus werden die Ergebnisse zur Information an den Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere im Hinblick auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie) weitergeleitet. Weiterhin erfolgt eine Weiterleitung der Ergebnisse zur Information an die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene mit Bitte um Weiterleitung an die Landesverbände, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) sowie die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK).

Begründung

Das Projekt *DEMAND* hat erfolgreich ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallversorgung inklusive eines webbasierten Tools (SmED – Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) implementiert und evaluiert. Die Implementierung fand an den zwei Erstkontaktstellen der elf beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) statt: der Rufnummer 116117 und an den Gemeinsamen Tresen bzw. Notdienstpraxen.

Die Intervention sollte durch die Umsteuerung nicht-dringlicher bzw. nicht lebensbedrohlicher Fälle zu einer Reduzierung der Fälle in den Notaufnahmen (NA) führen (primärer Endpunkt). Außerdem wurden die Effekte des Verfahrens auf die Mortalität und auf ambulant-sensitive Krankenhausnotfälle (sekundäre Endpunkte) betrachtet. Darüber

hinaus war eine umfassende Prozessevaluation Teil des Projekts, welche interventionsbeteiligte Akteurinnen und Akteure, Expertinnen und Experten aus Selbstverwaltung und Praxis sowie die Mitarbeitenden in NA und Patientinnen und Patienten adressierte. Die Datengrundlage bildeten Routinedaten der KVen und der Krankenkassen sowie Primärdaten des Tools SmED und der Befragungen.

In den KV-Daten zeigte sich hinsichtlich des primären Endpunkts, dass mit steigender Anzahl der durchgeführten SmED-Assessments die Anzahl an Notfallkontakten in NA sank. Der Zusammenhang war statistisch nicht signifikant. Bei der gemeinsamen Betrachtung von Notfallkontakten in NA und Bereitschaftspraxen war dieser Effekt hingegen statistisch signifikant. Der Einfluss der SmED-Anwendung an Interventionsstandorten (Gemeinsamer Tresen) konnte nicht wie beabsichtigt über KV-Daten analysiert werden. Zwischen den einzelnen KVen existierten jedoch erhebliche Unterschiede: hier verwiesen die Ergebnisse teilweise auf eine abnehmende und teilweise auf eine ansteigende Anzahl der Notfallkontakte im Zusammenhang mit der Intervention.

Die Analysen der Krankenkassen-Daten hinsichtlich des primären Endpunkts zeigten durchweg statistisch signifikante Ergebnisse zugunsten der Intervention (abnehmende Anzahl an Notfallkontakten in NA). Hinsichtlich der sekundären Endpunkte waren die SmED-Assessments sowohl bei der 116117 (signifikant) als auch am Gemeinsamen Tresen (nicht signifikant) mit einer geringeren Mortalität assoziiert. Die SmED-Assessments bei der 116117 waren zudem signifikant mit einer geringeren Zahl ambulant-sensitiver Krankenhausnotfälle assoziiert. An den Gemeinsamen Tresen wurde hingegen ein nicht signifikanter positiver Effekt (höhere Zahl ambulant-sensitiver Krankenhausnotfälle) erzielt. In der Anwendungsstudie wurden Effekte auf die Gefährdung der Patientensicherheit (z.B. mittels CIRS) nicht explizit untersucht. Bei allen betrachteten Outcomes innerhalb der Krankenkassen-Daten fielen die Effekte der Ersteinschätzung bei der 116117 größer aus als am Gemeinsamen Tresen.

Die Prozessevaluation ergab u. a., dass die Intervention nicht bei allen Patientinnen und Patienten anwendbar war und SmED die Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung insgesamt höher einschätzte, als die Anwendenden. Insbesondere schien das Assessment für Mitarbeitende mit weniger Berufserfahrung hilfreich. Die Schulung wurde durchweg als positiv beurteilt, die erste Anwendungszeit wurde jedoch mit einer höheren Arbeitsbelastung verbunden. Die Expertinnen und Experten aus Selbstverwaltung und Praxis stellten die Notwendigkeit eines standardisierten deutschlandweit eingesetzten Instruments heraus, wobei der Qualitätsmanagementfaktor dabei relevanter eingeschätzt wurde, als die Umsteuerung selbst.

Die methodische Herangehensweise war insgesamt angemessen. Die Routinedatenanalysen auf Basis von Aggregatdaten auf Regionalebene unterliegen den allgemeinen Limitationen, die mit dieser Datenquelle einhergehen. Darüber hinaus ergaben sich weitere Einschränkungen der Auswertungsstrategie hinsichtlich der Kausalität der gemessenen Effekte bspw. aufgrund der Verknüpfungen mit Bevölkerungsdaten. Die Auswirkungen der nahezu zeitgleich zur Intervention einsetzenden COVID-19-Pandemie bspw. auf das Inanspruchnahmeverhalten konnten ggf. nicht hinreichend abgebildet werden und erschweren zudem die Bewertung der Interventionseffekte. Darüber hinaus müssen Abweichungen in Effektstärke und Signifikanz zwischen beiden Routinedatenanalysen aufgrund der unterschiedlichen Populationen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Die Befragungen innerhalb der Prozessevaluation basierten auf Selbstauskünften und wurden zum Teil mithilfe selbst entwickelter, nicht validierter Instrumente erhoben.

Eine strukturierte Ersteinschätzung in der ambulanten Notfallversorgung birgt durch die gezielte Umsteuerung nicht dringlicher Fälle das Potenzial, die Fallzahlen in NA zu reduzieren und somit zu einer Verbesserung der aktuell überlasteten Situation beizutragen. Die im Projekt *DEMAND* erprobte Vorgehensweise, scheint insgesamt eine Option für ein solches Verfahren darzustellen. Aus den Unterschieden zwischen den KVen hinsichtlich der Auswirkungen des Verfahrens, könnten möglicherweise Best Practice-Erkenntnisse zur Umsetzung gewonnen werden. Vor diesem Hintergrund werden die Ergebnisse an die o. g. Adressatinnen und Adressaten weitergeleitet. Es wird zudem angeregt, Erkenntnisse weiterer in Deutschland erprobter durch den Innovationsfonds geförderter Ansätze zur verbesserten Steuerung der Notfallpatientenströme einzubeziehen – wie z. B. OPTINOFA (01NVF17035), dessen Ergebnisse zeitnah vorliegen. Weitere Erkenntnisse zur strukturierten Ersteinschätzung in der ambulanten Notfallversorgung sind darüber hinaus durch das vom Innovationsausschuss geförderte Projekt FAST (01VSF220280) zu erwarten.

- II. Dieser Beschluss sowie der Ergebnisbericht des Projekts *DEMAND* werden auf der Internetseite des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter www.innovationsfonds.g-ba.de veröffentlicht.

- III. Der Innovationsausschuss beauftragt seine Geschäftsstelle mit der Weiterleitung der gewonnenen Erkenntnisse des Projekts *DEMAND* an die unter I. a) bis I. c) genannten Institutionen.

Berlin, den 19. Januar 2024

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss
gemäß § 92b SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken