

Beschluss

des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt *APU* (01NVF19025)

Vom 20. Februar 2026

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Februar 2026 zum Projekt *APU - Die Abdominal Pain Unit: Standardisierte strukturierte Versorgung von Patienten mit Atraumatischen Bauchschmerzen in der Notaufnahme* (01NVF19025) folgenden Beschluss gefasst:

- I. Der Innovationsausschuss spricht für das Projekt *APU* keine Empfehlung aus.

Aufgrund positiver Teilergebnisse werden diese an die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH), die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM), die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGOG), die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V. (DGVS), die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV), die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), die Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e. V. (DGIIN) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) zur Information weitergeleitet.

Begründung

Das Projekt hat erfolgreich eine neue Versorgungsform (NVF) für Patientinnen und Patienten mit nicht-traumatisch bedingten Bauchschmerzen in zehn Notaufnahmen implementiert und wissenschaftlich evaluiert. Im Rahmen der NVF wurde ein strukturierter und standardisierter Behandlungspfad angewendet – der sog. Abdominal Pain Unit (APU)-Prozess. Der APU-Prozess war ein digital unterstützter, strukturierter Behandlungspfad, in dem gängige Behandlungsleitlinien angewandt wurden. Damit wurde das Management von betroffenen Patientinnen und Patienten von der symptomatischen Vorstellung bis zur Diagnosestellung und eindeutigen Disposition standardisiert. Der APU-Prozess stellte Standard Operating Procedures bereit, denen das ärztliche Personal in der Notaufnahme folgen konnte. Konkret erfolgten Basismaßnahmen der Erstversorgung (Anamnese, Blutabnahme, Schmerzmanagement), gefolgt von weiterführenden Maßnahmen (Sonographie des Abdomens, Röntgen, Observation, Fachkonsil). Mit der Diagnosestellung ging der APU-Prozess in die Phase des spezifischen Managements mit dem Schwerpunkt der Vorbereitung auf die ambulante oder stationäre Weiterbehandlung bzw. Entlassung über. Mittels einer multizentrischen, randomisierten Interventionsstudie im Stepped-Wedge-Design erfolgte die Evaluation der NVF. Zudem wurde eine Prozess- und gesundheitsökonomische Evaluation durchgeführt.

Insgesamt wurden 2.119 Patientinnen und Patienten in die Studie eingeschlossen (Interventionsgruppe (IG): 1.102; Kontrollgruppe (KG): 1.017). Sowohl die selbsteingeschätzte Schmerzintensität als auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten bei Verlassen der Notaufnahme verbesserten sich mit der Einführung des

APU-Prozesses statistisch signifikant, während sich die Behandlungsdauer nicht statistisch signifikant veränderte (primäre Endpunkte). Eine signifikante Verbesserung von einem der drei Endpunkte wurde bei nicht signifikanter Veränderung der jeweils anderen beiden Endpunkte als Verbesserung der Versorgung gewertet. Die explorative Analyse der zwölf sekundären Endpunkte zeigte, dass fünf von ihnen statistische Signifikanz erreichten. Die Gesamtmortalität war in der KG über den gesamten Follow-Up Zeitraum (30 Tage nach Verlassen der Notaufnahme) statistisch signifikant höher. Eine stationäre Aufnahme erfolgte in beiden Gruppen gleich häufig (46 %), wobei die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation und die Gesamtlänge des stationären Aufenthalts in der Kontrollgruppe länger waren. Hinsichtlich der Verlegung auf eine Intensivstation aus der Notaufnahme sowie ungeplanten Wiedervorstellungen in der Notaufnahme und Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Im Rahmen der Prozessevaluation wies die quantitative Analyse beispielsweise darauf hin, dass bildgebende Verfahren, Konsile und Entscheidungen zur Verlegung bzw. Entlassung in der IG schneller durchgeführt wurden als in der KG. Beide Gruppen erhielten zu fast gleichen Teilen Schmerzmittel innerhalb der ersten Stunde in der Notaufnahme. In Bezug auf die Umsetzung des APU-Prozesses äußerten sich Expertinnen und Experten insgesamt positiv, da dieser den Behandelnden eine strukturierte Vorgehensweise ermöglichte und insbesondere bei weniger erfahrenen Ärztinnen und Ärzten Unsicherheiten abbaute. Demgegenüber wurde die Gefahr der Überdiagnostik angesprochen. Der digitale Behandlungspfad wurde als unproblematisch, intuitiv und selbsterklärend betrachtet. Teilnehmende Beobachtungen kamen u. a. zu dem Ergebnis, dass organisatorische Rahmenbedingungen (z. B. diagnostische Ressourcen) vorteilhaft für eine effiziente Umsetzung des APU-Prozesses waren und dieser zu einer verbesserten Kommunikation zwischen Betroffenen und Fachkräften führte. Die gesundheitsökonomische Analyse aus Krankenhausperspektive verdeutlichte, dass in Bezug auf die Gesamtkosten in der IG im Vergleich zur KG mehr Prozeduren in Anspruch genommen wurden und geringfügig höhere Kosten entstanden. Das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis zeigte u. a., dass die Reduktion der Behandlungszeit um eine Stunde mit zusätzlichen Kosten in Höhe von 70 EUR assoziiert war. Anhand einer Teilpopulation von 300 Versicherten einer Krankenkasse wurden aus Krankenkassenperspektive geringere Kosten in der IG 30 Tage nach dem Aufenthalt in der Notaufnahme identifiziert.

Das randomisierte Design war zur Effektevaluation geeignet. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist insbesondere durch den nicht auszuschließenden zeitlichen Effekt und die möglicherweise strukturell verschiedenen Studienpopulationen in den Interventions- und Kontrollphasen eingeschränkt. Die Aussagekraft der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation ist aufgrund der analysierten Teilpopulation der randomisierten, kontrollierten Studie und der nicht vollständig erfassten Interventionskosten eingeschränkt. Die Methoden der Prozessevaluation waren zur Beantwortung der Fragestellungen geeignet und wurden angemessen umgesetzt.

Trotz der genannten Limitationen verdeutlichen die Ergebnisse, dass eine strukturierte, digital unterstützte Behandlung von Betroffenen mit nicht-traumatisch bedingten Bauchschmerzen in der Notaufnahme umgesetzt werden kann und von den Behandelnden akzeptiert wurde. Die NVF wirkte sich dabei positiv auf das Schmerzempfinden sowie die Zufriedenheit bei den Patientinnen und Patienten aus und kann somit einen relevanten Beitrag zur Verbesserung der (Notfall)Versorgung leisten. Die Projektentwicklungen stehen für die weitere Verwendung in der Versorgung zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund werden die Ergebnisse an die o.g. Adressatinnen und Adressaten weitergeleitet. Darüber hinaus fördert der Innovationausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss das Projekt *ED-DIVERSE* (01VSF25025), in dem am Beispiel von

Patientinnen und Patienten mit nicht-traumatisch bedingten Bauchschmerzen eine diversitätsorientierte Organisationsentwicklung in Notaufnahmen untersucht wird.

- II. Dieser Beschluss sowie der Ergebnis- und Evaluationsbericht des Projekts *APU* 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 *APU* an die unter I. genannten Institutionen.

Berlin, den 20. Februar 2026

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

Prof. Hecken