



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand Managements in der ambulanten Notfallversorgung

Die stetig steigende Inanspruchnahme von Notaufnahmen in Krankenhäusern hat in den letzten Jahren große öffentliche und gesundheitspolitische Aufmerksamkeit erfahren. Dabei wurde insbesondere die Überbeanspruchung der Notfallressourcen von Krankenhäusern durch Patient:innen mit nicht dringlichem oder weniger schwerwiegendem Beratungs- und Behandlungsbedarf thematisiert. Internationale Studien geben Hinweise darauf, dass die Inanspruchnahme von Notaufnahmen durch eine gezielte und standardisierte Patientensteuerung an den Erstkontaktstellen, bspw. an Krankenhäusern/Notdienstpraxen (hier: Gemeinsamer Tresen) sowie bei Notfallrufnummer/Rufnummer des vertragsärztlichen Notdienstes (116117 deutschlandweit) deutlich reduziert werden kann.

Durch die Implementierung von SmED – der strukturierten medizinischen Ersteinschätzung in Deutschland, soll das Gesundheitspersonal unterstützt werden, Patient:innen in die richtige Behandlungsebene zu steuern. SmED unterstützt die Anwender:innen bei der systematischen Abfrage von Symptomen, Krankheitsbildern, Vorerkrankungen und Risikofaktoren.

Bei der Implementierung einer Intervention wie SmED spielen neben der Sicht der Patient:innen, auch die Perspektive des Gesundheitspersonals, welches die Software verwendet eine wichtige Rolle. Diese Studie beschäftigt sich daher mit der Implementierung von SmED aus Sicht der Anwender:innen.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,

Ihr

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi
Seniorprofessor – Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Methode

Die Studie zielte darauf ab, die Gesamtwahrnehmung von SmED und dessen Implementierungsprozess durch Gesundheitspersonal, welches die Software verwendet, zu evaluieren. Des Weiteren sollen Faktoren bestimmt werden, welche die Anwendung von SmED beeinflussen.

Es wurden in den 11 teilnehmenden Bundesländern 30 Interviews mit Fachkräften aus dem Gesundheitswesen, welche mit SmED an der 116117 oder am Gemeinsamen Tresen arbeiten, durchgeführt. Die Interviews wurden qualitativ ausgewertet.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden einmalig 200

Anwender:innen von SmED zur Implementierung der Ersteinschätzung befragt. Die Daten wurden deskriptiv und mittels Regressionsanalysen evaluiert. Der Fragebogen gliederte sich in 5 Themenbereiche, die einzelne Aspekte des Implementierungsprozess abdecken, und für die jeweils ein Score zwischen 1 (Minimum) und 5 (Maximum) berechnet wurde.

Ergebnisse

Interviewstudie:

Die 30 Interviews fanden von Juli 2019 bis Dezember 2019, also in einer frühen Phase der Anwendung von SmED, statt. Die Anwender:innen von SmED haben angegeben, dass ihre Arbeitsbelastung zu Beginn der Tätigkeit mit SmED gestiegen ist, da pro Patient mehr Zeit benötigt wurde. Bei einer längeren Nutzungsdauer von SmED bekamen die Anwender:innen mehr Routine und die benötigte Zeit pro Patient sank wieder.

SmED wurde als Unterstützung bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung angesehen, war aber nicht bei allen Patienten anwendbar, z.B. nicht bei Patienten mit Sprachbarrieren oder psychiatrischen Erkrankungen. Zusätzlich wurde berichtet, dass SmED die Beschwerden oft dringlicher einstufte als das durchführende Gesundheitspersonal es tun würde. Grund dafür könnte die strukturierte und gründliche Erfassung des Krankheitsbildes sein, die mit SmED durchgeführt wird.

Die Möglichkeit zur Änderung der Entscheidung konnte, meist nach Absprache mit einer Ärztin/einem Arzt, von der Mehrheit der Teilnehmer:innen in Anspruch genommen werden.

Technische Probleme, mangelnde Integration mit anderer Software und mangelnde Praktikabilität zu Hochzeiten beeinträchtigten die Implementierung von SmED zu Beginn.

Fragebogenstudie:

Die 200 Anwender:innen füllten den Fragebogen zwischen Februar 2020 und Oktober 2020 aus. Tabelle 1 zeigt die Charakteristika der Teilnehmer:innen im Vergleich „Gemeinsamer Tresen“ und der Rufnummer 116117.

Der Fragebogen umfasste 5 Themenbereiche: Interventionseffektivität/Wirksamkeit (bspw. Fragen zur Nutzung der Software im Alltag, Praktikabilität der Software), Interprofessioneller Kontext/Berufliches Interesse (bspw. Fragen zur Veränderung der Zusammenarbeit, Schulungen), Individueller Kontext (bspw. Fragen zur persönlichen Rolle während der Implementierung, Veränderungen des Arbeitsbereiches), Organisatorische Rahmenbedingungen (bspw. Fragen zur Unterstützung des Managements) und Medizinischer Kontext (bspw. Fragen zum Umgang mit den Ergebnissen von SmED).

Zwischen den beiden Settings zeigte sich bei der Bewertung der 5 Themenbereiche kein signifikanter Unterschied. Die Bewertung der Anwender:innen der 5 Implementierungsaspekte lag jeweils im mittleren Bereich.

Mehrere individuelle Merkmale wurden mit dem Implementierungsprozess von SmED in Verbindung gebracht. Weibliche und jün-

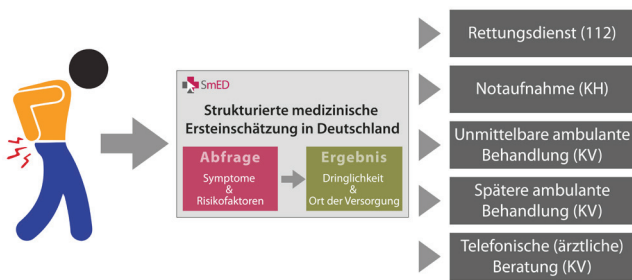


Abb. 1: Struktur von SmED, Quelle: aQua-Institut.

gere Fachkräfte im Gesundheitswesen sowie Teilnehmer:innen mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung bewerteten den Implementierungsprozess tendenziell positiver.

Faktoren, die mit dem individuellen Kontext und dem medizinischen Kontext zusammenhängen, beeinflussten die Häufigkeit der Nutzung von SmED.

Fazit

Die Studie liefert nützliche Informationen für die Implementierung einer standardisierten medizinischen Ersteinschätzung für die ambulante Notfallversorgung in Deutschland.

Die initialen Erfahrungen mit SmED waren im Allgemeinen positiv, es wurden organisatorische Probleme genannt, die im Rahmen des Projektes für eine nachhaltige Implementierung adressiert wurden.

Wir fanden heraus, dass vor allem jüngere Gesundheitsfachkräfte dazu neigen, SmED und den Implementierungsprozess etwas besser zu bewerten, während Gesundheitsfachkräfte mit mehr als fünf Jahren Erfahrung weniger zufrieden mit SmED und dem Implementierungsprozess waren.

Es ist wichtig, Fachkräfte im Gesundheitswesen, insbesondere erfahrenere Fachkräfte, in den Implementierungsprozess einzubeziehen, um eine nachhaltige Implementierung zu erleichtern.

Darüber hinaus sind die Schulungen der potenziellen Nutzer:innen vor und während des Implementierungsprozesses und die Anpassung der organisatorischen Kontextfaktoren von entscheidender Bedeutung.

Danksagung

Wir bedanken uns beim aQua-Institut und den weiteren Projektpartnern für die gute Zusammenarbeit und vor allem bei den Teilnehmer:innen der Studie.

Fragen/Kontakt

Amanda Breckner, M.A.
Amanda.Breckner@med.uni-heidelberg.de

Catharina Roth, M.Sc.
Catharina.Roth@med.uni-heidelberg.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

Roth C, Breckner A, Paulus J, Wensing M. Implementation of a Standardized Initial Assessment for Demand Management in Outpatient Emergency Care in Germany: Early Qualitative Process Evaluation. JMIR Form Res. 2020 Sep 4;4(9):e18456. doi: 10.2196/18456.

Breckner A, Roth C, Szecsenyi J, Wensing M. Enhancing implementation of a standardized initial assessment for demand management in outpatient emergency care in Germany: a quantitative process evaluation.

Charakteristika der Teilnehmer:innen		
n=200 (100%)	116117	Gemeins. Tresden
	n=130 (65.5%)	n=69 (34.5%)
Altergruppe		
zwischen 18 und 29	22 (16.8)	8 (11.6)
zwischen 30 und 49	30 (22.9)	14 (20.3)
50 und älter	76 (58.0)	46 (66.7)
Geschlecht		
Weiblich	82 (63.1)	66 (95.7)
Männlich	45 (34.6)	2 (2.9)
Berufliche Qualifikation		
Arzt/Ärztin	0	1 (1.4)
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	10 (7.6)	3 (3.4)
Medizinische/r Fachangestellte/r	45 (34.4)	53 (76.8)
Rettungsassistent/in	31 (23.7)	2 (2.9)
Rettungsassistent/in		
Notfallsanitäter/in		
Sonstiges	28 (21.4)	6 (8.7)
Keine Antwort	17 (13.0)	4 (5.8)
Professional Experience		
Zwischen einem und zwei Jahren	38 (29.9)	13 (18.8)
Zwischen zwei und vier Jahren	19 (14.5)	6 (8.7)
Zwischen vier und fünf Jahren	6 (4.6)	2 (2.9)
Mehr als fünf Jahre	66 (50.4)	46 (66.7)
Keine Antwort	2 (1.5)	2 (2.9)
Häufigkeit der Verwendung von SmED		
Bei jedem 2. Patient/in	42 (32.1)	23 (33.3)
Bei jedem 3. Patient/in	36 (27.5)	8 (11.6)
Bei jedem 4. Patient/in	11 (8.4)	2 (2.9)
Bei jedem 5. Patient/in	5 (3.8)	2 (2.9)
Ich weiß es nicht	35 (26.7)	29 (42.0)
Keine Antwort	2 (1.5)	5 (7.2)
Bewertung des Implementierungsprozesses; Mean Score Min:1; Max: 5 (SD)		
Interventionseffektivität/ Wirksamkeit	2.97 (0.97)	2.95 (0.98)
Interprof. Kontext/ Berufl. Interesse	3.01 (0.93)	2.64 (1.06)
Individueller Kontext	3.01 (0.88)	3.05 (0.93)
Organisatorische Rahmenbedingungen	3.26 (1.16)	3.53 (0.96)
Medizinischer Kontext	2.54 (0.88)	2.66 (0.87)

Tab. 1: Charakteristika der Teilnehmer:innen.

uation. BMC Medical Informatics and Decision Making (2021) 21:318. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01685-6>