

Das Zentralinstitut der KV plant derzeit in Deutschland das auf dem schweizerischen System SMASS basierende System SmED (strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED)) einzuführen. Zur Begleitung der Einführung ist ein Beirat gebildet worden, dem seit 2018 auch Vertreter der DGINA und DIVI angehören.

Zurzeit verstärkt sich der Eindruck von gravierenden Limitationen des Systems an sich und in Bezug auf die zur Validierung von SmED angewandte Methodik. Wir hatten unsere Bedenken dem ZI gegenüber am 05.03.2019 schriftlich zur Kenntnis gebracht. Unsere Kritikpunkte wurden in der aktuellen Sitzung des Beirats am 05.04.2019 zwar aufgegriffen, bestehen aus unserer Sicht allerdings grundsätzlich weiter.

Aus diesem Grund hat die DGINA zusammen mit der DIVI ein Schreiben mit den wichtigsten Kritikpunkte an folgende Adressaten versendet:

- Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn
- Bundesärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- GKV-Spitzenverband
- Verband der Universitätsklinika Deutschland e.V. (VUD)
- Fachverband Leitstellen e.V.

1. SmED für die Servicenummer 116117

Die vorgegebenen Dringlichkeitskategorien „112 – schnellstmöglicher Arztkontakt – heute – später“ werden unterschiedlich interpretiert und eine inhomogene Umsetzung ist zu befürchten.

- Rückmeldungen nur weniger Beiratsmitglieder sind nicht geeignet, ein System zu validieren und somit als zukünftiges Werkzeug zur Steuerung von Patienten zu legitimieren.
- Eine angemessene Validierung von SmED erfordert die Berücksichtigung der zur Durchführung wissenschaftlicher Studien heute allgemein geforderten Kriterien wie z.B. ein multizentrisches Studiendesign, Pilotregionen, definierte Endpunkte und Zielparameter, sowie eine transparente statistische Auswertung der erhobenen Daten. Ein Expertenpanel ist als Validierungsinstrument ungeeignet. Zudem muss der spätere Einsatz einer kontinuierlichen und transparenten Qualitätskontrolle unterliegen.
- Unklar ist, ob die im Rahmen des DEMAND-Projektes zur Validierung vorgesehene Version der aktuellen, im Beirat vorgestellten Version entspricht bzw. die vorgebrachten Vorbehalte berücksichtigt.

2. SmED für den gemeinsamen Tresen

- Seitens des ZI ist aktuell vorgesehen, SmED auch als Triageinstrument für den „gemeinsamen Tresen (vgl. SVR-Gutachten)“ an Kliniken zu nutzen. Allerdings muss aus unserer Sicht SmED zur Weiterleitung von bereits auf dem Klinikcampus eingetroffenen Patienten vom Einsatz im Rahmen der telefonischen Einschätzung (Servicenummer 116117) deutlich abgegrenzt werden. Ein standardisiertes System für die Servicestelle würde gegenüber dem aktuell eher von der individuellen Expertise des Mitarbeiters in der Telefonzentrale abhängigen Disposition sicherlich eine Verbesserung darstellen. Bei Patienten, die ein Krankenhaus aufsuchen und sich hier anmelden, müssen allerdings andere Kriterien angewandt werden und ggf. ärztlich gesehen werden. Dies ist sowohl aus medizinischen Gründen als auch aus Gründen der Rechtssicherheit erforderlich.
- Aus Sicht der DIVI und anderen medizinischen Fachgesellschaften kann zur Ersteinschätzung von Patienten am Tresen hier auf in den Notaufnahmen bereits existierende, gut validierte Systeme auch zur Festlegung einer möglichen Weiterleitung an den niedergelassenen Bereich verwiesen werden. Entsprechend validierte Systeme zur Ersteinschätzung werden seit 2018 durch den GBA-Beschluss zu Notfallstufen an den Kliniken gefordert. Dieses GBA-Kriterium erfüllt SmED nicht!
- SmED in der vorliegenden Form ist zur Patientensteuerung am Kliniktresen nicht geeignet. Die Unterscheidung von Patienten mit hohem und niedrigem Risiko zwischen Notaufnahme und Portalpraxis bzw. perspektivisch innerhalb eines INZ ist mit den für diesen Zweck validierten Instrumenten MTS und ESI sehr viel besser möglich (s. hierzu auch Positionspapier DGINA zur Ersteinschätzung).

DIVI und DGINA warnen daher vor der Einführung von SmED ohne ausreichende und wissenschaftliche Validierung. Darüber hinaus wird die Einführung eines ggf. für den Telefonkontakt zwar geeigneten aber für die Kliniken nicht validierten Systems in den Notfallzentren der Kliniken abgelehnt. Darüber hinaus bedarf die Einführung eines Systems auf dem Klinikcampus die Einbeziehung der Krankenhausträger und juristischer Kompetenz.