

Vor allem. Vorarlberg.

Vorarlberg
Volkspartei
LANDTAGSKLUB

LAbg. Martina Rüscher, MBA
Hof 135
6866 Andelsbuch

Andelsbuch, 9. Juli 2015

Herrn
LR Dr. Christian Bernhard
Landhaus
6900 Bregenz

**Anfrage gemäß § 54 GO d LT –
TE-WEB – Gesundheitsberatung am Telefon**

Sehr geehrter Herr Landesrat,

am Dienstag, 30. Juni 2015, wurde im Rahmen der ORF-Sendung „Neues bei Neustädter“ über den Andrang an Vorarlbergs Spitalsambulanzen gesprochen. Im Rahmen der Sendung verwiesen Sie, Herr Landesrat, auf das neue System TE-WEB als Gesundheitsberatung am Telefon, ausgehend von der medizinischen Hotline 141.

Laut Ihrer Aussage hat man sich im Rahmen der letzten Bundes-Zielsteuerungskommission in Wien darauf geeinigt, diesen Informationsdienst auszubauen. Die Ausschreibung wird vorbereitet, ab 1. Januar 2017 soll die Hotline auch in Vorarlberg in Betrieb gehen.

Ziel dieses telefonischen Beratungsdienstes sei es, Bürgerinnen und Bürger mit einem medizinischen Anliegen an den richtigen Ansprechpartner (Hausärztin oder Hausarzt, Spitalsambulanz oder Rettung) zu verweisen und gleichzeitig zu beraten, ob eine Konsultation umgehend erfolgen soll oder noch zugewartet werden kann. Oberarzt Dr. Richard Schnetzer, Leiter der Ambulanz in Dornbirn, äußerte sich im Laufe der Sendung skeptisch zu einer telefonischen Auskunft solcher Art.

Zudem informierten Sie, dass das System der Primary Health Care über den Sommer 2015 in der Zielsteuerungskommission weiter ausgearbeitet werden soll.

Vor diesem Hintergrund erlaube ich mir gemäß § 54 LT-GO, nachstehende

Anfrage

an Sie als ressortzuständiges Regierungsmitglied zur richten:

1. Wie genau gestaltet sich das geplante telefonische Beratungssystem TE-WEB? Wer übernimmt welche Aufgaben?
2. Welche Vorteile erwarten Sie sich für die Patientinnen und Patienten davon? Gibt es auch Vorteile für die Ärztinnen und Ärzte?
3. Wie beantworten Sie die generelle Skepsis einiger Ärztinnen und Ärzte zu einer telefonischen Beratung solcher Art?
4. Ein ähnliches System wird in der Schweiz und in anderen Ländern bereits eingesetzt. Orientiert sich TE-WEB an einem dieser Systeme, insbesondere am Schweizer System?
5. Gibt es bereits Evaluierungen dieses Systems in der Schweiz und falls ja, können Sie uns diese zur Verfügung stellen?
6. Wie wird eine Evaluierung in Vorarlberg bzw. Österreich erfolgen?
7. Wer vertritt Vorarlberg bei TE-WEB relevanten Entscheidungen auf der Bundesebene, insbesondere in der Bundes-Zielsteuerungskommission in Wien?
8. Welche weiteren Inhalte werden derzeit auf Bundesebene in dieser Kommission verhandelt und wie sieht der aktuelle Zwischenstand dazu aus?

Ich bedanke mich im Voraus für die fristgerechte Beantwortung der Anfrage und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

LAbg. Martina Rüscher

Frau Landtagsabgeordnete
Martina Rüscher, MBA
Hof 135
6866 Andelsbuch

Im Wege der Landtagsdirektion

Bregenz, 30.07.2015

Betrifft: Anfrage vom 09. Juli 2015, Zl. 29.01.109 – „TEWEB – Gesundheitsberatung am Telefon“

Sehr geehrte Frau Landtagsabgeordnete Rüscher,

Ihre gemäß § 54 der Geschäftsordnung an mich gerichtete Anfrage „TEWEB – Gesundheitsberatung am Telefon“ beantworte ich nachstehend wie folgt:

Frage 1:

Wie genau gestaltet sich das geplante telefonische Beratungssystem TEWEB? Wer übernimmt welche Aufgaben?

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag „Zielsteuerung-Gesundheit“ ist in der Maßnahme für den „Steuerungsbereich Versorgungsprozesse“ (Art 7 Punkt 7.2.3. Maßnahme 3 des B-ZV) die Konzipierung eines bundesweit einheitlichen Rahmens für ein telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice (TEWEB) und dessen bundesweite Implementierung festgeschrieben. Vor der bundesweiten Umsetzung werden in drei Bundesländern – Wien, Niederösterreich und Vorarlberg – Pilotprojekte auf Landesebene realisiert.

TEWEB soll einerseits über die Dringlichkeit einer Behandlung informieren und andererseits den Anruferinnen und Anrufern die Information über den optimalen „Best-Point-of-Service“ zur Verfügung stellen, Versorgungsangebote vermitteln oder aufsuchende Angebote in die Wege leiten. Damit wird sichergestellt, dass die jeweils richtige Leistung, zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort, mit der optimalen medizinischen und pflegerischen Qualität, gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird. Gleichzeitig können dadurch bestehende Versorgungsstrukturen entlastet werden.

TEWEB beinhaltet die Beantwortung gesundheitsbezogener Fragen durch ausgebildetes Personal unter Inanspruchnahme eines protokollgestützten lizenzbasierten Expertensystems.

Ein ärztlicher Backup steht für vertiefte medizinische Auskünfte und für die Qualitätssicherung zur Verfügung.

In Vorarlberg stellt die Gesundheitshotline ein Kooperationsprojekt zwischen Landesgesundheitsfonds und der Rettungs- und Feuerwehrleitstelle dar, die die Landeswarnzentrale technisch und organisatorisch betreut und vom Roten Kreuz Vorarlberg betrieben wird.

Diese geplante Umsetzung ist kosteneffizient, da Synergien auf beiden Seiten entstehen: Innerhalb des Landes Vorarlberg zwischen der Landeswarnzentrale, die für die technische Betreuung und Wartung der Rettungs- und Feuerwehrleitstelle zuständig ist und der Fachabteilung Gesundheit, die für das Projekt auf Bundesebene im Rahmen der Gesundheitsreform verantwortlich ist. Synergien beim Roten Kreuz Vorarlberg ergeben sich beim Betrieb, dem Personal, der Schnittstelle zum Einsatzleitsystem und den vorhandenen Strukturen und Abläufen.

Frage 2:

Welche Vorteile erwarten Sie sich für die Patienten davon? Gibt es auch Vorteile für die Ärztinnen und Ärzte?

Es gibt sowohl für die Patienten als auch für die Ärzteschaft eine Vielzahl von Vorteilen. Die Wichtigsten sind:

Vorteile für die Patienten:

- Die Erreichbarkeit der TEWEB-Hotline ist für Patienten ortsunabhängig, 24 Stunden pro Tag und sieben Tage pro Woche gewährleistet.
- Im Notfall ist die Anruferin oder der Anrufer bereits an der richtigen Stelle.
- Das Rote Kreuz verfügt über viel Erfahrung und genießt in der Bevölkerung einen ausgezeichneten Ruf und großes Vertrauen in seine Dienstleistungen.
- Das sichere Gefühl, mit dem Anliegen an der richtigen Adresse zu sein.
- Ein Gespräch wird erst beendet, wenn der/die Anrufer/in mit dem Ergebnis zufrieden ist.

Vorteile für die Mediziner:

- Durch die Gesundheitshotline besteht enormes Entlastungspotential, da nach bisherigen Erfahrungen 80% der Anrufer aus medizinischer Sicht keine notfallmäßige Konsultation und 35-50% der Anrufer kurzfristig keine ärztliche Betreuung benötigen.
- Massive Entlastung der Bereitschafts- und Notfalldienste, insbesondere in den Rand- und Pausenzeiten sowie in der Nacht, an den Wochenenden und Feiertagen.
- Entlastung der Spitalsambulanzen.
- Patienten werden bei der Navigation im Gesundheitswesen unterstützt, sodass sie zur richtigen Zeit am richtigen Ort sind und die für sie richtigen Behandlungen erfahren, ganz im Sinne von „Managed Care“.
- Entlastung von betreuungsintensiven und meist schlecht honorierten „Bagatellfällen“
- Neues Betätigungsfeld für alle Mediziner in der Backup-Betreuung von TEWEB bzw. den damit verbundenen Services.

Frage 3:

Wie beantworten Sie die generelle Skepsis einiger Ärztinnen und Ärzte zu einer telefonischen Beratung solcher Art?

In vielen Ländern hat ein telefon- und webbasierter Gesundheitsdienst eine hohe Akzeptanz und übernimmt einen wesentlichen Teil der Gesundheitsversorgung, z.B. in Europa in Großbritannien, Israel, Schweden, Dänemark, Niederlande und Schweiz.

Die Internationalen Erfahrungswerte aus Studien und Evaluierungen – allein bis 2013 standen mehr als 660 Studien elektronisch zur Verfügung – zeigen bedeutendes Entlastungspotential durch Gesundheitshotlines. So befolgen 90% der Anruferinnen und Anrufer die Empfehlung der telemedizinischen Konsultation.

Die Resultate der telemedizinischen Konsultation vom Schweizer System „Medi24“ im Jahr 2013 zeigten deutlich, dass es in 62,1% der Fälle zu einer abschließenden telemedizinischen Beratung (Selbstbehandlung) und unmittelbaren Problemlösung für die Patientinnen und Patienten führte.

In diesem Zusammenhang wird auf die Ergebnisse der Selbstzuweiserstudie in allen Vorarlberger Krankenanstalten im Jahr 2010 verwiesen. Die Ambulanzen werden jährlich von rund 125.000 Patientinnen und Patienten ohne ärztliche Überweisung aufgesucht.

Nach ärztlicher Einschätzung könnten etwa 56.250 Selbstzuweisende durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte behandelt werden. Rund 25.000 Patientinnen und Patienten sollten durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte betreut werden.

Das bedeutet, dass ca. 81.250 Patientinnen und Patienten, das entspricht 65% der Selbstzuweisenden in den Vorarlberger Spitalsambulanzen, nicht durch die Spitalsambulanzen betreut werden müssten.

Durch den Einsatz eines österreichweit einheitlichen Systems und Abfragealgorithmus, können in Zukunft Auswertungen und Analysen erstellt, berechnet und miteinander abgeglichen werden.

Für die fortlaufende Qualitätssicherung sowie die inhaltliche bzw. medizinische Weiterentwicklung des Algorithmus und Fragebaums wird eigens ein medizinisch wissenschaftlicher Fachbeirat eingesetzt.

Frage 4:

Ein ähnliches System wird in der Schweiz und in anderen Ländern bereits eingesetzt. Orientiert sich TEWEB an einem dieser Systeme, insbesondere am Schweizer System?

In ganz Europa finden sich telefon- und webbasierte Gesundheitsdienste im Einsatz.

TEWEB orientiert sich an ähnlichen bzw. teilweise denselben Anforderungen an ein solches System (Abfragealgorithmus), wie auch das Schweizer System Medi24 oder das in Großbritannien sich im Einsatz befindende NHS24 (National Health Service 24).

Die Rahmenbedingungen für die Ausschreibung des Expertensystems wurden in der Bundes-Zielsteuerungskommission im Juni 2015 beschlossen. Die Ausschreibung erfolgt bis Mitte Oktober 2015.

Frage 5:

Gibt es bereits Evaluierungen dieses Systems in der Schweiz und falls ja, können Sie uns diese zur Verfügung stellen?

Evaluierungen und Auswertungen von telefonischen- und webbasierten Gesundheitsdiensten finden sich nicht nur in der Schweiz, sondern auch in Holland, Dänemark, Großbritannien, Schweden und Deutschland. Ein Ausschnitt dazu ist dem „Konzept für die österreichweite

Einführung eines telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservice im Gesundheitswesen, April 2014“ entnommen (siehe Beilage).

Frage 6:

Wie wird eine Evaluierung in Vorarlberg bzw. Österreich erfolgen?

Die Evaluierung, Auswertung, Berichtswesen und das Qualitätsmanagement fallen in die Zuständigkeit des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger und erfolgen österreichweit. Dabei soll ein Reporting- und Protokoll-System eingeführt werden, das geeignet ist, über das Ergebnis der Dringlichkeitseinschätzung und die konkret erteilte Beauskunftung – Was wurde empfohlen? Wohin genau wurde die Person geschickt? – Aussagen über die Wirksamkeit der gesundheitspolitischen Maßnahme „TEWEB“ ableitbar zu machen.

Die Daten aus den Pilotländern werden verschlüsselt aus dem Expertensystem durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger pseudonymisiert, sodass die Zuordnung der personenbezogenen Anrufrdaten auf eine natürliche Person nicht mehr möglich ist.

Ziel der Auswertungen der pseudonymisierten Informationen ist es, insbesondere folgende Anforderungen abdecken zu können:

- Qualitätssicherung des Algorithmus und Fragebaums,
- Evaluierung der Effekte der Patientensteuerung auf regionaler und nationaler Ebene,
- Auswertungen zur laufenden Überprüfung der Qualität der Beauskunftung,
- Statistische Auswertungen zu häufigen Anfragen / Beschwerden,
- Auswertungen müssen geeignet sein, um allfällige Abrechnungen zwischen den Kooperationspartnern durchführen zu können.

Frage 7:

Wer vertritt Vorarlberg bei TEWEB relevanten Entscheidungen auf der Bundesebene, insbesondere in der Bundes-Zielsteuerungskommission in Wien?

Im Expertengremium bzw. in der Steuerungsgruppe sowie in der Projektgruppe wird Vorarlberg derzeit sowohl von der Abteilung IVb – Gesundheit und Sport, als auch von der Abteilung Ia – Inneres, vertreten. Damit wird die fachliche Kompetenz bei Entscheidungen in den Bereichen Technik, Leistelleneinsatzsystem, Schnittstellenmanagement, Kooperationsvereinbarung sowie Projektmanagement sichergestellt.

Bei den Entscheidungen in der Bundes-Zielsteuerungskommission wird Vorarlberg durch den Gesundheitslandesrat vertreten.

Frage 8:

Welche weiteren Inhalte werden derzeit auf Bundesebene in dieser Kommission verhandelt und wie sieht der aktuelle Zwischenstand dazu aus?

In der letzten Sitzung im Juni 2015 wurden unter anderem folgende Themen besprochen:

A-IQI: Die Qualitätsmessung medizinischer Leistungen in Krankenanstalten, die aufgrund einheitlicher Parameter erfolgt und jährlich in einem Bericht dargelegt wird, soll in Zukunft

webbasiert und in verständlicher Form für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Diese Transparenz soll auch auf den niedergelassenen Bereich ausgedehnt werden (A-OQI).

Primary Health Care (PHC): Die Vorbereitungsarbeiten zu den rechtlichen Regelungen zur Umsetzung des multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungskonzeptes sind weit fortgeschritten, eine endgültige gesetzliche Vorgabe liegt derzeit aber noch nicht vor.

Zur Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung werden weitere Leistungsbündel definiert, die zu einer besseren Steuerungsmöglichkeit der Krankenhausleistungen und dadurch zu Kosteneinsparungen in den Spitälern führen sollen.

ÖSG Revision: Die Projektgruppe ÖSG-Neustrukturierung hat bisher Arbeiten zur Konzeption des ÖSG, zur inhaltlichen Prüfung bestehender ÖSG-Inhalte und zu einer Reihe neuer ÖSG-Inhalte durchgeführt. Die Verbindlichkeit der Regelungen im ÖSG ist noch zu behandeln. Mit einer Entwurfsfassung zur ÖSG-Revision ist im Dezember 2015 zu rechnen.

Umsetzung des Nationalen Aktionsplanes für seltene Erkrankungen. Festlegung eines nationalen Prozesses zur Designation und Priorisierung von Expertisezentren für seltene Erkrankungen in Österreich. Im zweiten Halbjahr 2015 soll über die Ausarbeitung und Durchführung des Designationsprozesses weiter diskutiert werden.

Mit freundlichen Grüßen

Landesrat Dr. Christian Bernhard



Ärzte sorgt für die fachliche Qualität von „netdoktor.at“. In Zusammenarbeit mit der Medizinredaktion erstellen sie Texte und aktualisieren deren Inhalt.

- Redaktionelle Unabhängigkeit ist eines der obersten Prinzipien von „netdoktor.at“. Um diese zu gewährleisten, besteht eine scharfe Abgrenzung zwischen Redaktion einerseits sowie Geschäftsleitung und Verkauf andererseits. Sponsoren und Inserenten haben keine Möglichkeit, auf die Inhalte von „netdoktor.at“ Einfluss zu nehmen.

2.3 Aktivitäten International

Im Folgenden werden Erfahrungswerte zur Einführung eines telefonischen und zum Teil auch webbasierten Gesundheitsservice in der Schweiz, Holland, Dänemark, England, Schweden und Deutschland zusammengefasst.

2.3.1 Erfahrungen aus der Schweiz

- Insgesamt haben 2010 mehr als 1,5 Millionen Menschen einen Anruf bei einer (von zwei) Patientenberatungs-Hotline getätigt – mit steigender Tendenz⁷.
- Mindestens **50% der Anrufe** können durch medizinische Fachkräfte **am Telefon geklärt** werden.
- **Hohe Qualität:** Die Patientenberatungs-Zentren, welche mit Pflegefachpersonen und computergestützten Expertensystemen arbeiten, stehen den ärztlichen Dienstleistern bezüglich des Beratungsergebnisses in keiner Weise nach. Im Fall von Medi24 in der Schweiz gab es innerhalb von 10 Jahren keinen einzigen Haftungsfall.
- **Spitalsambulanzentlastung: 80% der Patienten**, welche sich mit Beschwerden direkt an der Notfallpforte des Spitals gemeldet haben, **hätten grundsätzlich in den Praxen der Grundversorger behandelt werden können.**⁸

Diese inadäquate Ressourcennutzung wurde in einer Studie zur medizinischen telefonischen Dringlichkeitseinschätzung des Institutes für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern bestätigt. Lediglich **2% der Anrufenden** wurden von dem Gesundheitsberater in ihrer Absicht **bestärkt**, direkt die Notfallstation des Spitals aufzusuchen. **81% der Anrufenden** mit dieser Absicht sind nach der Beratung von ihrem ursprünglichen Vorhaben abgewichen und haben sich selbst behandelt oder vom Hausarzt oder dessen Vertretung behandeln lassen. Neben der Arbeitslast der Hausärzte kann dadurch die Fehlbeanspruchung der Notfallstationen der Spitäler verringert werden.⁹

⁷ Büchi 2011

⁸ Flaig/Zehnder/Zürcher/Eichenberger/Frei/Gegeckas: Selbsteinweisung ins Spital. Primary Care 2002, 2 (an zwei Schweizer Spitälern: Kantonsspital Baden, Bezirksspital Brugg)

⁹ Meer/Simonin/Trapp/Niemann/Abel – Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen aus der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2003, 84. In:



- **Entlastung niedergelassener Ärzten** (betreffend Bereitschaftsdienst) von der 24-Stunden-Erreichbarkeit. Diese trägt erheblich zum beruflichen Stress von niedergelassenen Ärzten bei.

Weitere Erfahrungswerte zu Medgate-Dienstleistungen in der Schweiz

- Bis zu **4.300 Telekonsultationen pro Tag** per Telefon, Internet, Videokonferenz und Telebiometrie¹⁰.
- Unter den Medgate-Dienstleistungen stehen Anrufe bezüglich einer Dringlichkeitseinschätzung (56% aller Anrufe) im Vordergrund, gefolgt von Anrufen für eine medizinische Beratung (32%) und für eine Zweitmeinung (3%).
- Rund 60% der Anrufe erfolgen während der normalen Arbeitszeiten (Bürozeiten) und 13% in der Nacht. Im Durchschnitt dauert ein Anruf (nach einer Wartezeit von 9 Sekunden) rund 11 Minuten, wovon das ärztliche Gespräch 8 Minuten in Anspruch nimmt.
- In der Hälfte aller Fälle wird den Anrufenden empfohlen, einen Arzt aufzusuchen. In den anderen Fällen werden die Anrufenden angehalten, vorerst nicht zum Arzt zu gehen („Selbstbehandlung“). Dringende ärztliche Interventionen werden nur bei 11% der Anrufenden empfohlen.
- Die Compliance-Rate der Anrufenden (d.h. der Anteil „befolgter“ Empfehlungen) ist bei der Empfehlung „Arzt/Ärztin aufsuchen“ sehr hoch (72%), bei der Empfehlung „Selbstbehandlung“ beträgt sie 65%. In jenen Fällen, in denen Medgate empfiehlt, möglichst schnell einen Arzt aufzusuchen, ist die Compliance-Rate besonders hoch (100% für die Dringlichkeit „Notfall“, 93% für die Dringlichkeit „1“. Kommt Medgate aber zum Schluss, es bestehe keine unmittelbare Notwendigkeit für eine ärztliche Intervention, sinkt die Compliance-Rate (13%-23% bei der Dringlichkeit „24 bis 48 Stunden“ und 19% bei der Dringlichkeit „48 Stunden und mehr“).¹¹
- **Entlastung Nachtdienst:** Mehr und mehr wird der Notfallarzt auch nachts wegen geringfügiger Probleme angerufen; so konnten in der Studie **42% der nächtlichen Anrufe abschließend telefonisch geklärt** werden.

Im Unterschied zu einem reinen Callcenter bieten die Spitalsnachtärzte (SNA) nicht nur eine Dringlichkeitseinschätzung an, sondern verfügen über eine eigene Behandlungskompetenz, was zu einer größeren Entlastung der Notfalldienstärzte (NDA) führt. Bei einer ausschließlichen Dringlichkeitseinschätzung wären die NDA in unserer Erhebung lediglich um 40% der nächtlichen Telefonanrufe entlastet worden, **mit dem Hintergrunddienst** musste der NDA jedoch nur in 6 von 58 Nächten (**Entlastung von 90%**) einen Einsatz leisten.¹²

Meer/Wirthner/Simonin – Medizinische Call Center entlasten den ärztlichen Notfalldienst, in Schweizerische Ärztezeitung 2005, Nr. 18

¹⁰ www.medgate.ch 2009-2013

¹¹ College-M, Evaluation der Telefontriage durch Medgate, 3f ([www.buerobass.ch/pdf/2005/Evaluation Medgate.pdf](http://www.buerobass.ch/pdf/2005/Evaluation%20Medgate.pdf))

¹² Hans Triaca-Bernasconi, Thomas Ritschard, Das Notfalldienstmodell im Ärztenotfallkreis Lyss und Umgebung – Spital Aarberg in PrimaryCare 2007; 7: Nr. 23, 379



- Ungefähr **ein Drittel der nächtlichen Anrufe** konnte **durch das Callcenter abschließend beraten** werden. In den 154 auswertbaren Nächten erhielt das Callcenter 195 Telefonate, entsprechend 1,27 Anrufe pro Nacht. Davon wurde 0,41 Mal pro Nacht Selbstbehandlung/Zuwartung empfohlen, 0,78 Mal pro Nacht musste der Anrufer an den Dienstarzt verbunden werden und 0,07 Mal pro Nacht an die Notfalleinsatzzentrale.¹³
- **Mindestens 50% der telefonischen Anfragen** können durch erfahrene medizinische Fachpersonen **beantwortet werden**, ohne dass ärztliche Hilfe beansprucht werden muss.¹⁴

Erfahrungswerte Ärztelefon – die offizielle Notfallzentrale der Stadt Zürich

Das Ärztelefon bietet Beratung bei medizinischen Fragen, die in den Kompetenzbereich des geschulten Callcenter-Personals fallen und vermittelt bei Bedarf Kontaktaufnahme zu einem Notfallarzt. Das Callcenter-Personal ist ausgebildet, um einfache medizinische Beratungen durchführen zu können.

- Rund 130.000 Anrufe pro Jahr
- 50% der Anfragen wurden telefonisch gelöst
- 50% wurden an einen Arzt weitergeleitet
- Das Service entlastet hauptsächlich die Hausärzte-Praxen am Wochenende und in den Nachtstunden

Erfahrungswerte Medi24

- 70% der Bürger beurteilen ihre gesundheitlichen Beschwerden bezüglich Dringlichkeit falsch (Wert gemäß ISPM-Studie¹⁵)
- Rund 80% aller Notfallkonsultationen sind unnötig¹⁶
- 35%–50% der Anrufer können sich nach telemedizinischer Konsultation selbst behandeln

¹³ Markus Gnädiger, Christian Buchwalder, Jose Orellano, Andreas Meer, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich, Medvantis AG Bern – Medizinische Callcenter im Nachtdienst, in PrimaryCare; 8:Nr. 12, 229f

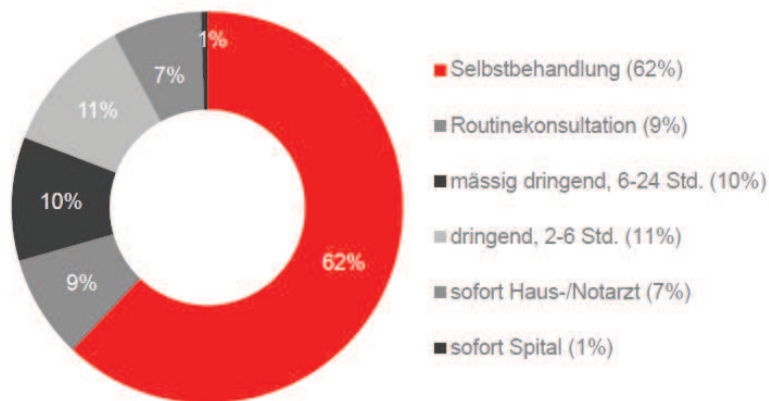
¹⁴ www.medgate.ch 2099-2013

¹⁵ Studie des Institutes für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

¹⁶ Flaig et al. – Selbsteinweisung ins Spital; Primary Care 2/2002

Resultate telemedizinischer Konsultation (Medi 24)

62.1% Selbstbehandlung : abschliessende telemedizinische Beratung und unmittelbare Problemlösung für den Kunden



Studien zur Wirksamkeit der telefonischen Dringlichkeitseinschätzung (Medi24)

- **2nd Level Anfragen:** 90% der Anrufe werden abschließend beraten
- **Weniger Notfallkonsultationen:** 81% der Anrufer mit der Absicht, direkt eine Notfallstation aufzusuchen, haben nach der telefonischen Beratung ihr Verhalten in Richtung einer kostengünstigeren Versorgungsstufe geändert
- **Empfehlungen werden «befolgt»:** 90% der Anrufer befolgen die Empfehlungen von Medi24
- **Hohe Kundenakzeptanz:** 98% beurteilen die Dienstleistung von Medi24 als notwendig und sinnvoll
- **Kostenersparnis:** 98% der Patienten wünschen nach einer telemedizinischen Konsultation durch Medi24 keinen Arzt mehr zu sprechen



2.3.2 Erfahrungen aus Holland¹⁷

Kooperativen (Gemeinschaften) von Hausärzten betreiben Notfallzentren mit einer telefonischen Dringlichkeitseinschätzung. Daraus ergaben sich folgenden Effekte:

- Bei mehr als **80% der Anrufe** handelt es sich aus medizinischer Sicht um Beschwerden, welche **keiner notfallmäßigen Konsultation** bedürfen
- **50% der Anrufe** können **telefonisch** durch die medizinischen Fachkräfte bearbeitet und **abgeschlossen** werden
- **35% der Anrufe** münden in einer **Konsultation am Notfallzentrum** und **15%** benötigen einen **Hausbesuch**. (Anm.: Dieser Prozentsatz ist höher als der tatsächliche Anteil an Notfällen aus medizinischer Sicht, da einige Patienten, trotz gegenteiliger Empfehlung der Gesundheits-Hotline, eine persönliche Ansprache vorziehen.)
- Bei **7% der Letztgenannten** erfolgte eine **Spitaleinweisung** durch den Arzt
- **Entlastung der Ärzte (betreffend Bereitschaftsdienst):**
 - Nach dem Wechsel vom Rotationssystem im Bereitschaftsdienst auf den Zusammenschluss im Rahmen eines Notfallzentrums inkl. telefonischer Dringlichkeitseinschätzung, reduzierte sich die Belastung der Ärzte durch den Notfalldienst von durchschnittlich 20 Stunden Bereitschaftsdienst auf wöchentlich 4 Stunden Präsenzzeit im Notfallzentrum
 - Die Ärzte schätzen die höhere Intensität der Notfallkonsultationen während der Präsenzzeiten und die Arbeit im Team
 - Die Motivation und die Zufriedenheit im Notfalldienst sind gestiegen
- Die Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung und der medizinischen Dringlichkeitseinschätzung der Gesundheitsberater ist sehr hoch. 80% der Patienten waren mit der Behandlungsweise einverstanden¹⁸

¹⁷ Quelle: Meer, A.: Die ambulante Notfallversorgung im Umbruch – Erfahrungen aus Holland und Dänemark, in PrimaryCare 2005; Nr. 20

¹⁸Zur näheren Erläuterung: „Die Patienten, welche nicht einverstanden waren, hätten anstelle einer Telefonkonsultation eine persönliche Konsultation vor Ort und anstelle der Konsultation am Notfallzentrum einen Hausbesuch vorgezogen. Vor allem ältere und chronisch kranke Patienten bekundeten Mühe, durch einen ihnen unbekanntem Arzt, welcher ihre medizinische Vorgeschichte nicht kennt, behandelt zu werden.“

2.3.3 Erfahrungen aus Dänemark¹⁹

Im Rahmen der Reorganisation des ambulanten Notfalldienstes – d.h. Zusammenlegung der Grundversorger zu Kooperativen als Notfallambulatorien im Schichtdienst für ein größeres Einzugsgebiet – wurde auch eine telefonische Dringlichkeitseinschätzung durch Ärzte eingeführt. Dies hatte folgende Effekte:

- **Umverteilung der verschiedenen Konsultationstypen:**

(Betrachtungszeitraum 1990–2001)

- Reduktion des Anteils der Hausbesuche von 49% auf 15%
- Verdoppelung der Telefonkonsultationen von 27% auf 54%
- Zunahme der Notfallkonsultationen an den Ambulatorien (vormals in den Praxen der jeweiligen Haus-/Notärzte) von 24% auf 33%
- Zunahme der Gesamtzahl der Notfallkonsultationen um 11%
- Abnahme der Gesamtkosten im ambulanten Notfallbereich um 16%

Diese Reduktionen wurden jedoch zwischenzeitlich durch einen stetigen Anstieg der Notfallkonsultationen und der Gesundheitskosten kompensiert.

- Reduktion der Arbeitsbelastung der Grundversorger durch den Notfalldienst:
 - Der Anteil derer, welche mehr als 10 Stunden/Woche Notfalldienst leisteten, betrug im Jahre 1990 mehr als 50% und liegt nun unter 10%
 - Der Anteil der Grundversorger, welche aufgrund dieser Optimierung keinen Notfalldienst mehr leisten müssen, stieg von 23% auf 44%
- Eine Patientenbefragung unmittelbar nach der Reform ergab eine **Abnahme der Zufriedenheit**, welche sich aber bereits drei Jahre später wieder zu verbessern schien. Die Patientenzufriedenheit muss jedoch nicht mit der Qualität der erbrachten medizinischen Dienstleistung übereinstimmen.

¹⁹ Quelle: Meer, A.: Die ambulante Notfallversorgung im Umbruch – Erfahrungen aus Holland und Dänemark, in PrimaryCare 2005; Nr. 20



2.3.4 Erfahrungen aus Großbritannien²⁰

NHS Direct ist ein vom National Health Service (NHS) betriebenes 24-Stunden Gesundheitsberatungs- und Gesundheitsinformationsservice für nicht akute Anfragen, das der Bevölkerung in England zur Verfügung steht und von Krankenpflegepersonen betreut wird. Ab 2013 wurde das NHS Direct durch NHS 111 ersetzt. Dieses unterscheidet sich durch die Kurzwahlnummer und vor allem dadurch, dass die Anrufe primär von geschulten, nicht-klinischen Beratern entgegengenommen werden. Das Service NHS Direct hatte folgende Effekte²¹:

- Fast **50% aller Anrufe** konnten **innerhalb des NHS Direct abgehandelt** werden
- Reduktion der Notfall- und dringenden Überweisungen von 32,2% auf 25,4% aller Anrufe
- 90% der Anrufer befolgten den empfohlenen Rat

Anfänglich konnte trotz aller Implementierungserfolge kein Rückgang der Patientenzahlen in den Notfallambulanzen nachgewiesen werden²², aber eine Reduktion der Anrufe zu hausärztlichen Gemeinschaftspraxen²³.

Aktuelle Zahlen (2013) belegen jedoch, dass insgesamt 1,5 Millionen Arztbesuche und weitere 0,5 Millionen face-to-face Besuche vermieden werden konnten.²⁴

Folgende Qualitätsstandards konnten gehalten werden:

- 93% aller Anrufe wurden innerhalb von 60 Sekunden entgegengenommen
- Weniger als 2% der Anrufe wurden nach einer längeren Wartezeit von über 30 Sekunden abgebrochen
- 98% der dringendsten Anrufe erhielten innerhalb von 20 Minuten eine Beurteilung durch eine Krankenpflegeperson
- 98% der Anrufe mit einem weniger dringenden Anliegen, erhielten innerhalb einer Stunde bis vier Stunden die benötigten Informationen

Das Beratungsangebot von NHS-Direct ist eine Dienstleistung des National Health Service und wird in England (www.nhsdirect.nhs.uk), Schottland (<http://www.nhs24.com>), Wales (<http://nhs-direct.wales.nhs.uk/>) und Nordirland (<http://www.nidirect.gov.uk/index/information-and-services/helth-and-well-being.htm>) angeboten.

²⁰ Quelle: www.nhsdirect.nhs.uk, NHS final Report August 2011 "Evaluation of NHS111 pilot sites"

²¹ Jahresbericht NHS Direct 2008

²² Cooke, M.W. et al: Reducing Attendances and Waits in Emergency Departments: A systematic review of present Innovations, 2004

²³ Munro, J. et al: The impact of NHS Direct on the demand for out-of-hours primary and emergency care, 2005, S. 790

²⁴ vergl. Pelikan, J.M., Ganahl, K., Röthlin, F. (2013): Gesundheitskompetenz verbessern. Handlungsoptionen für die Sozialversicherung.



2.3.5 Erfahrungen aus Schweden²⁵

„1177“ ist Schwedens größter Anbieter von Gesundheitsinformationen. Das 24 Stunden Service besteht aus einer telefonischen Beratung und einer Webseite mit gesundheitsrelevanten Informationen für Patienten ohne akute Fragestellungen.

Im Jahr 2003 wurde ein von Krankenpflegepersonen geleiteter telefonischer Beratungsdienst als Projekt gestartet. 2010 entschied das schwedische Gesundheitsministerium der Bevölkerung eine Anlaufstelle für gesundheitsrelevante Fragestellungen und Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen. Das Ziel war auch hier, das hohe Patientenaufkommen und die damit verbundenen langen Wartezeiten effizient zu steuern.

Das Service hatte folgende Effekte:

- **40% der Anrufer erhalten Informationen zur Selbstversorgung**
- 37% der Anrufe werden an einen praktischen Arzt verwiesen
- 17% der Anrufe werden an einen Spezialisten verwiesen
- 5% der Anrufe werden an andere Leistungserbringer wie Rettung, Zahnarzt oder kommunale Unterstützungsangebote verwiesen
- 10% der Anrufe erhalten Gesundheitsinformationen, ohne dass eine Krankheit vorliegt
- 90% der Anrufer befolgen den gegebenen Rat

2.3.6 Erfahrungen aus Deutschland

Die UPD (www.upd-online.de) – unabhängige Patientenberatung Deutschland – ist ein Angebot für alle Bürger, die Orientierungsschwierigkeiten innerhalb des Gesundheitssystems haben und versteht sich als Wegweiser und Lotse durch das Gesundheitswesen. Es existieren ein bundesweites Beratungstelefon und 21 regionale Beratungsstellen, die auch persönlich besucht werden können.

Daraus ergaben sich folgende Effekte:

- **6.200 Kontakte pro Monat** im ersten Jahr des Regelbetriebes (2011)
- Die Nachfrage überstieg die Kapazität des UPD – 2011 konnten **34% der Anrufe wegen Überlastung nicht entgegengenommen werden**
- Ein Drittel der Ratsuchenden würden eine Beratungsstelle persönlich aufsuchen, so diese in der Nähe ist
- **80% der Anfragen konnten sofort** mit einer Recherche im Rahmen des Gesprächs **beantwortet** werden

²⁵ Quelle: www.1177.se, vgl. Konzepterstellung für web- und telefonbasierte Entscheidungsunterstützung und Beratungsangebote, Gesundheit Österreich GmbH 2013

- Die **Beratung** erfolgt neben Deutsch, in den Sprachen Russisch und Türkisch
- Bedarfsschätzungen ergaben, dass **zwei Drittel der gesamten Bevölkerung einen konkreten Beratungsbedarf in Gesundheitsfragen haben** und rund ein Drittel auf ein unabhängiges Beratungsangebot zurückgreifen wollen

2.3.7 Erfahrungen aus Israel²⁶

Clalit Health Services (CHS) – CHS e-Health wing versucht die aktive Patientenbeteiligung in der eigenen Krankheitsversorgung durch personalisierte digitale und interaktive Medien zu fördern. **Neben telefonischen Beratungsdiensten werden E-Mail-Konsultationen mit den Hausärzten, Videokonferenzen, SMS-Erinnerungssysteme für Medikamente und e-Konsultationen mit Apotheken angeboten.**

- CHS e-Health wing wird monatlich von ca. 1,6 Millionen Patienten, in ca. 2,6 Millionen Interaktionen genutzt
- 11.000 ärztliche Videokonsultationen pro Monat
- 47% weniger Notaufnahmen
- 63% höhere Compliance-Raten bei Labortests
- 80–85% bessere Compliance bei der Einnahme der Medikamente

²⁶ vgl. Konzepterstellung für web- und telefonbasierte Entscheidungsunterstützung und Beratungsangebote, Gesundheit Österreich GmbH 2013

