

Dr. Irina Weik

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

1450: Die neue Gesundheitsnummer für Österreich

1. Ausgangssituation	10
2. Der Blick nach Europa	14
3. TEWEB „1450“ in Österreich	20
4. Die nächsten Schritte	24

Damit der Patient im Gesundheitssystem auch wirklich beim „best point of service“ landet, wird es künftig in den Pilot-Bundesländern Wien, Niederösterreich und Vorarlberg eine einzige Rufnummer geben, unter der man an die richtige Stelle weitervermittelt wird. Von der Auslösung der Notrufkette bis hin zur Anleitung für eine Selbstbehandlung sind alle Fälle vom Entscheidungsbaum des TEWEB erfasst. Das TEWEB (telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice) ist ein Meilenstein der Gesundheitsreform und wird als Maßnahme des Bundes-Zielsteuerungsvertrages umgesetzt, um die Effizienz im Gesundheitssystem zu steigern.

1. Ausgangssituation

Es ist bekannt, dass Menschen beim Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden verunsichert sind und nicht wirklich wissen, was am besten zu tun ist. Wir alle wissen jedoch, dass sich plötzlich auftretende Gesundheitsfragen, Schmerzen oder gar gröbere Beeinträchtigungen nicht an Öffnungszeiten halten. Besonders bei Kindern ist das plötzlich auftretende oder länger anhaltende Fieber für Eltern sehr besorgniserregend, aber auch ein Migräneanfall, ein Insektenstich, eine fieberhafte Verköhlung oder ein verrissenes Kreuz bedarf einer (medizinischen) Intervention. In Ermangelung einer Alternative begeben sich die Menschen daher – weil naheliegend – in die Notaufnahme eines Krankenhauses, was mit erheblichem persönlichen Aufwand und hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden ist. Dort angelangt, werden die PatientInnen in vielen Fällen – nach langer Wartezeit – mit einem guten Ratschlag („Legen Sie einen Eisbeutel auf!“) oder einem Rezept nach Hause geschickt.

Die skizzierten Fälle sind in der klassischen Notaufnahme eines Krankenhauses eigentlich nicht gut aufgehoben und gehören in die normale hausärztliche, allenfalls fachärztliche Versorgung. Dabei handelt es sich keineswegs um ein österreichisches Phänomen, das ist in vielen europäischen Ländern so. Dort wurde auf diese Problematik mit unterschiedlichen Maßnahmen reagiert, und es konnten sehr gute Ergebnisse erzielt werden, wenn es darum geht, die PatientInnen zum „best point of service“ zu navigieren. Schließlich geht es darum, den Menschen qualitativ und standardisiert Auskunft über Art und Behandlung der Beschwerden zu geben, wobei keinesfalls außer Acht gelassen werden darf, dass sich hinter mancher Symptomatik auch ein Notfall verbergen kann. Es fehlt eine Art „Gesundheitswegweiser“, der dem medizinischen Laien rund um die Uhr, an 365 Tagen im Jahr, Hinweise gibt, wo er mit seinem derzeitigen gesundheitlichen Problem am besten versorgt wird.

Etwa seit 2010 stellt sich konkret in Österreich die Frage, wie man mit dieser speziellen Situation umgehen soll. Interessant waren in diesem Zusammenhang Ländervergleiche und auch eigene Studien, die klar feststellten, dass Handlungsbedarf – und Möglichkeiten – bestehen. Es gibt in allen Bundesländern hoch entwickelte medizinische Notrufdienste und Notrufservices wie Rettungsdienst und Notarzt. Teilweise und nicht einheitlich vorhanden sind Zusatzservices. So werden in Vorarlberg AnruferInnen zu Bereitschaftsdiensten vermittelt, in Oberösterreich gibt es ein Telefonservice für Krankentransporte, im Burgenland gibt es eine Landessicherheitszentrale und ein Gesundheitsinformationszentrum. In

Niederösterreich erhalten AnruferInnen als zusätzliches Service eine Arzt- und Apothekensuche. In Innsbruck-Stadt gibt es einen kinderärztlichen Wochenend- und Feiertagsdienst.

An dieser nicht vollständigen Auflistung ist bereits erkennbar, dass sich die einzelnen Träger, Länder und Institutionen engagiert haben, zusätzliche Services – im Rahmen von Notwendigkeit und Möglichkeit – regional und professionell zu implementieren. Alleine in Wien gibt es laut Erhebung des Fonds Soziales Wien an die 60 (!) Rufnummern für gesundheitliche Anliegen aller Art. Überregional gibt es einen zahnärztlichen Notdienst, den Apothekenruf, die Vergiftungsinformationszentrale, Rat auf Draht, Kindernotruf, Telefonseelsorge, Notfallpsychologischer Dienst und verschiedene (psycho-) soziale Notdienste. Der österreichweite Ärztelefonnotdienst/Ärztbereitschaftsdienst ist ein Service der regionalen Ärztekammern und steht zur Versorgung außerhalb der Praxiszeiten zur Verfügung.

Mit TEWEB „1450“, der telefonischen Gesundheitsberatung für Österreich, wird man eine vorhandene Informationslücke füllen und den PatientInnen mitteilen, wo sie aktuell die beste medizinische Versorgung für ihr derzeitiges Problem erhalten können, man wird also versuchen, ihnen den „best point of service“ zu vermitteln. Wie in anderen europäischen Ländern auch, erhofft sich das Gesundheitswesen in Österreich dadurch eine Entlastung der ohnehin sehr strapazierten Notfallaufnahmen und damit eine Überleitung in den niedergelassenen Bereich und, ganz wichtig, eine bessere und schnellere Versorgung der PatientInnen.

Systematisch, aber nicht organisatorisch abzugrenzen ist das neue Service TEWEB „1450“ vom vorhandenen „Notrufservice 144“. TEWEB „1450“ versteht sich als Erstanlaufstelle bei gesundheitlichen Fragen mit einer Weiterleitung innerhalb des Gesundheitssystems bzw. als Anleitung zur Selbstbehandlung, während das vorhandene Notrufsystem wie bisher den Notfällen vorbehalten bleibt.

1.1. Zahlen und Studien aus Österreich

Österreich hat ein ausgezeichnetes Gesundheitssystem mit einem spezialisierten und vielfältigen Angebot, welches für den Laien oftmals nicht durchschaubar ist. Gerade in den Randzeiten und am Wochenende ist es für viele Menschen die einzige Option, die Notfall Ambulanz eines nahegelegenen Krankenhauses aufzusuchen. Dass dies nicht immer medizinisch notwendig ist, aber gleichzeitig die teuerste Variante ist, weiß man aus Beobachtungen und hat man in Studien nachgewiesen. So ist es beispielsweise bekannt, dass rund 70 Prozent der Menschen ihre gesundheitlichen Beschwerden bezüglich Dringlichkeit – im Sinne einer dringend notwendigen Behandlung durch Arzt oder Ärztin – falsch einschätzen und rund 35 bis 50 Prozent der Menschen kurzfristig keine ärztliche Versorgung benötigen.¹

Ähnliche Zahlen liefert die Arbeit „Selbstzuweiser im Spital – wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden“ von Gerald Haidinger.² Zwei Monate lang wurden die Gründe von SelbstzuweiserInnen, das entsprach 12,5 Prozent aller Ambulanzkontakte, für das Aufsuchen der Ambulanz aufgezeichnet. Die Gründe der mitprotokollierten 888 SelbstzuweiserInnen wurden im Anschluss von zwei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen in die folgenden drei Kategorien unterteilt:

- von niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen behandelbar
- dringend abklärungsbedürftig und Behandlung vermutlich nur im Krankenhaus möglich
- von niedergelassenen SpezialistInnen behandelbar

Die Auswertung ergab, dass mindestens 60 Prozent der registrierten Beschwerdebilder bei niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen behandelt werden könnten, bei mindestens 3 Prozent der ausgewerteten Angaben war eine Behandlung im Krankenhaus notwendig und bei mindestens 5 Prozent der PatientInnen war die Behandlung durch SpezialistInnen angezeigt.

1 Vgl. Präsentation der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft. www.patientenanwalt.com

2 Vgl. Selbstzuweiser im Spital – wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden? Gerald Haidinger, Luzia Eckert-Graf, Peter Ernst Wirgler et.al. Deutscher Ärzte-Verlag. 2013; 89 (1).

Diese Auswertung ist analog zu einer nicht veröffentlichten Studie der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft: Eine Befragung der PatientInnen (SelbstzuweiserInnen) in den fünf Krankenhäusern in Vorarlberg³ aus dem Jahr 2010 brachte bemerkenswerte Ergebnisse: Im Rahmen einer lückenlosen Befragung aller SelbstzuweiserInnen in allen Krankenanstalten in Vorarlberg über einen Monat zeigte sich, dass nach spitalsärztlicher Einschätzung rund 60 Prozent der SelbstzuweiserInnen adäquat im extramuralen Bereich behandelt werden könnten, die stationäre Aufnahme lag bei bescheidenen 8 Prozent und lediglich 30 Prozent wurden wieder in die Spitalsambulanz wiederbestellt.

Weiteres Befragungsergebnis war, dass über alle Fachgebiete eine „überzufällige Häufung von Menschen bis 35 Jahre zu verzeichnen“ war. Spannend ist auch, dass knapp 60 Prozent aller SelbstzuweiserInnen dem Fachgebiet der Unfallchirurgie zuzuordnen sind. Und sogar in diesem Bereich wären ca. 42 Prozent aus spitalsärztlicher Sicht bei den niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen gut aufgehoben.

Die Beobachtung/Befragung über den Bedarf an ärztlicher Akutversorgung im Tagesverlauf ergab, dass dieser besonders zwischen 07:00 Uhr und 22:00 Uhr gegeben ist, wobei der Bedarf nach 22:00 Uhr rapide abfällt. Zusammengefasst bringt die Erhebung in Vorarlberg folgende Schlussfolgerung: Hauptmotiv der PatientInnen, nicht zum niedergelassenen Hausarzt zu gehen, ist die subjektive Wahrnehmung, dass es im Krankenhaus „schneller und einfacher gehe“. Darüber hinaus besteht die Qualitätserwartung eines „one stop shops“.

Anhand der beiden österreichischen Beispiele – Niederösterreich und Vorarlberg – ist erkennbar, dass Handlungsbedarf und auch Handlungsoptionen gegeben sind. Um den Aufwand und die Kosten in den Spitalsambulanzen zu reduzieren, wäre es also notwendig, die PatientInnen an den „best point of service“ zu leiten, was letztendlich auch mit einer Aufwandsreduktion für die PatientInnen selbst verbunden ist.

3 Vgl. Analyse der Vorarlberger Spitalsambulanzen als Anlaufstelle für Selbstzuweisungen. Endbericht vom 10.12.2010.

2. Der Blick nach Europa

Da, wie erwähnt, die Effekte in vielen Ländern Europas gleich sind, lohnt sich ein kurzer Blick nach Europa, um zu vergleichen, wie dort die Patientensteuerung funktioniert und welche Ergebnisse man erreichen konnte. Ziel in sämtlichen Ländern ist es, hochfrequentierte Versorgungsstrukturen zu entlasten und gleichzeitig Qualität und Effizienz des Gesundheitssystems zu erhöhen. Positiver Zusatzeffekt ist die Stärkung, das „Empowerment“, der PatientInnen in der selbständigen Bewältigung ihrer Gesundheitsanliegen.

2.1. Niederlande⁴

In Holland betreiben sogenannte Kooperativen (Gemeinschaften) von Hausärzten Notfallzentren mit einer telefonischen Dringlichkeitseinschätzung. Anlass für die Änderung in Holland war die zunehmende Arbeitsbelastung der holländischen niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen. Vor Einführung der Kooperativen gab es außerhalb der Sprechstunden die Möglichkeit, entweder mit dem Haus- oder Notarzt, einer Notfallambulanz oder mit der Rettung Kontakt aufzunehmen (diese anzufordern). Da die PatientInnen in der Wahl des Gesundheitsdiensteanbieters nicht beraten/unterstützt wurden, führte dies zu einem vermehrten Aufkommen in den Notfalleinrichtungen. Meer geht davon aus, dass mehr als 60 Prozent der Notfallkonsultationen an den Spitälern ebenso gut von den niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen versorgt werden könnten.⁵

Nach der Umstrukturierung fusionierten die existierenden Rotationssysteme zu verschiedenen Kooperativen mit einer zu versorgenden Anzahl von 100.000 bis 500.000 Menschen pro Kooperative. Jede Kooperative betreibt derzeit ein Notfallzentrum, dessen medizinische Leitung den Grundversorgern obliegt, wobei die Ärzte von Pflegefachleuten und Rettungssanitätern unterstützt werden. Diese Notfallkooperativen, räumlich in der Nähe von Spitälern, aber nicht integriert, sind nur außerhalb der Sprechstundenzeiten und am Wochenende (Feiertag) geöffnet. Die Beratung der AnruferInnen erfolgt durch eine computerassistierte telefonische Dringlichkeitseinschätzung, die von spezialisierten GesundheitsberaterInnen durchgeführt wird, die wiederum an die Ärzte weiterleiten können. Zusätzlich

4 Vielen Dank an Swana van Schaardenburg im Ministry of Health, Welfare and Sport in den Niederlanden für die Darstellung der gegenständlichen Situation in Holland.

5 Vgl. Meer, A.: Die ambulante Notfallversorgung im Umbruch – Erfahrungen aus Holland und Dänemark, in Primary Care 2005; Nr. 20.

verfügen die Notfallzentren über speziell ausgestattete Fahrzeuge, die mit den Notfallzentren direkt verbunden sind. Nach einem Einsatz erfolgt unmittelbar eine Befundübermittlung an den Hausarzt.

2.2. Dänemark

1992 erlebte Dänemark eine große Gesundheitsreform. Davor organisierte sich im ländlichen Bereich eine kleine Gruppe von Ärzten im Rotationsprinzip, um außerhalb der normalen Sprechstundenzeiten eine ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Nach der Reform wurden in ganz Dänemark ambulante Notfallregionen mit einem Einzugsgebiet von 50.000 bis 600.000 EinwohnerInnen geschaffen, in denen sich die Grundversorger zu Kooperativen zusammengeschlossen haben.⁶

Im Unterschied zu Holland arbeiten in so einem Callcenter – je nach Tageszeit – mehrere ÄrztInnen, welche ohne Computerexpertensystem eine medizinische Telefontriage durchführen. Je nach Bedarf veranlassen die beauskunftenden ÄrztInnen eine ambulante Notfallkonsultation im nächsten Spital, einen Hausbesuch, eine Konsultation zur normalen Sprechstundenzeit oder sie erteilen Selbstbehandlungsanweisungen.

2.3. Schweiz

Seit dem Jahr 2000 etablieren sich in der Schweiz immer mehr telemedizinische Beratungszentren, die Personen mit dringenden Gesundheitsproblemen beraten. Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte haben in der Schweiz die Verpflichtung, Notfalldienste zu leisten, wobei diese Aufgaben auch delegiert werden können. In der Praxis übernehmen das regionale Ärzteverbände, wobei in diesem Zusammenhang auch medizinische Telefonberatungen angeboten werden. Für medizinische Notfälle gibt es die Notrufnummer 144.

Man kann in der Schweiz zwei Anbieter von telemedizinischen Hotlines unterscheiden:

- Auf der einen Seite gibt es die regionalen und öffentlich finanzierten Angebote von ÄrztInnen bzw. Ärzteverbänden, Spitälern oder Gemeinden.

6 Vgl. Meer, A.: Die ambulante Notfallversorgung im Umbruch – Erfahrungen aus Holland und Dänemark, in Primary Care 2005; Nr. 20.

- Auf der anderen Seite gibt es die Angebote von Krankenkassen für Ihre KundInnen bzw. private telemedizinische Dienstleistungsangebote. Die telemedizinischen Dienste werden von spezialisierten Unternehmen bereitgestellt und können von Privatpersonen über eine kostenpflichtige Mitgliedschaft in Anspruch genommen werden.

Die regionalen öffentlichen Angebote sind in der Regel kostenlos, die Angebote der Krankenkassen sind kostenpflichtig.⁷

Speziell geschulte MitarbeiterInnen beraten am Telefon mit Computerunterstützung über Behandlung/Selbstbehandlung oder das weitere Vorgehen bei einem vorliegenden Gesundheitsproblem, wobei folgende Ergebnisse generiert werden:

- Anleitung zur Selbstbehandlung,
- Empfehlung zum Aufsuchen einer hausärztlichen Praxis,
- Entsendung eines ärztlichen Hausbesuches oder
- Empfehlung zum Aufsuchen eines Spitals – Entsendung der Rettung.

2.4. Großbritannien

„NHS 111“ (vormals NHS Direct) ist ein vom National Health Service (NHS) in England betriebenes 24-Stunden Gesundheitsberatungs- und Informationssystem, das der gesamten Bevölkerung zur Verfügung steht und von Krankenpflegepersonen betrieben wird. NHS 111 ist die „NHS Nicht-Notfall Nummer“. Wenn man 111 anruft, wird man zunächst mit einem hochqualifizierten Berater verbunden, der von Krankenpflegeexperten unterstützt wird.⁸

Der medizinische Telefondienst ist Anlaufstelle für dringende, aber nicht lebensbedrohliche medizinische Fragestellungen. AnruferInnen erhalten von geschulten BeraterInnen Informationen zur Selbstversorgung oder zum besten geeigneten Gesundheitsdiensteanbieter, der zum Zeitpunkt des Anrufes in der Umgebung zur Verfügung steht. AnruferInnen, die einen Notarztwagen benötigen, werden direkt an die Rettungsleitstelle vermittelt.

7 Vgl. Telefon- und webbasierter Erstkontakt und Beratungsservice. Entscheidungsunterlage der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. September 2013. Seite 32 ff.

8 Vgl. www.nhs.uk

2.5. Schweden⁹

Bereits 1999 überlegte man sich in Schweden die Einführung einer nationalen telefonischen Gesundheitsberatungsservices, da man mit einem hohen PatientInnenaufkommen bei sämtlichen Gesundheitsdiensteanbietern konfrontiert war. Im Jahr 2010 wurde nach einer Entscheidung des schwedischen Gesundheitsministeriums das Service etabliert:

Die schwedische telefonische PatientInnenbetreuung steht allen Menschen rund um die Uhr zur Verfügung. Bei telefonischer Kontaktaufnahme unter der Nummer 1177 erhalten die AnruferInnen vorab die Information, dass im Falle eines Notfalles die Nummer 112 angerufen werden soll. Anschließend wird das Telefonat aktiv von einer Krankenpflegeperson entgegengenommen. Im Rahmen eines festgelegten Prozessablaufes trifft die Krankenpflegeperson aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation und unterstützt durch ein symptombasiertes medizinisches Expertensystem die Entscheidung, welche Maßnahme zu setzen ist.

In manchen Regionen besteht die Möglichkeit, dass die Krankenpflegeperson über ein integriertes Buchungssystem einen Termin bei einem diensthabenden Arzt, einer diensthabenden Ärztin fixiert. Über die Website www.1177.se werden qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen zur Verfügung gestellt. Zusätzlich besitzt jede Region eine eigene Website mit aktuellen Informationen über regionale Gesundheitsdienstleister. Derzeit sind rund 1.000 Telefon-Krankenpflegepersonen „telephone nurses“ schwedenweit für die Beratung zuständig.

9 Vgl. Telefon- und webbasierter Erstkontakt und Beratungsservice. Entscheidungsunterlage der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. September 2013. Seite 18 ff.

2.6. Auswertung

In Holland hat man gesehen, dass es sich bei mehr als 80 Prozent der Anrufe aus medizinischer Sicht nicht um Beschwerden handelt, die einer notfallmäßigen Konsultation bedürfen. 50 Prozent der Anrufe konnten durch die GesundheitsberaterInnen abschließend bearbeitet werden. 35 Prozent der Anrufe mündeten in eine Konsultation am Notfallzentrum und 15 Prozent benötigten einen Hausarztbesuch, wovon dann 7 Prozent durch den Arzt in ein Spital eingewiesen wurden. Eine Befragung der PatientInnen ergab eine 80-prozentige Zufriedenheit.

Nach Einführung der Reform und dem Angebot eines neuen Systems reduzierte sich der Anteil der Notfallkonsultationen auf 15 Prozent. Parallel dazu verdoppelten sich die Telefonkonsultationen von 27 Prozent auf 54 Prozent. Die Gesamtanzahl der Notfallkonsultationen nahm nach der Reform um 11 Prozent, die Gesamtkosten im ambulanten Notfallbereich nahmen um 16 Prozent ab. Eine Befragung der PatientInnen unmittelbar nach der Reform ergab eine Abnahme der Zufriedenheit, welche sich jedoch drei Jahre später wieder zu verbessern begann.¹⁰

Frühe Auswertungen von NHS Direct bestätigen, dass rund 90 Prozent der AnruferInnen die empfohlene Handlungsanweisung einhalten. Parallel dazu konnte über die Jahre eine kontinuierliche Steigerung der Anrufe erreicht werden. Die häufigsten Anrufgründe sind Bauchschmerzen, Zahn-/Kieferschmerzen, Hautausschläge, Schmerzen in der Brust und Durchfall/Erbrechen.¹¹ In Großbritannien wurde in einem Bericht festgestellt, dass eher Personen mit Behinderung, chronischen Erkrankungen oder einem niedrigen sozioökonomischen Status den Service von NHS 111 nutzen.

In Ergänzung zu den bereits angeführten Länderbeispielen gibt es in der Schweiz folgende Erkenntnisse¹²:

- 70 Prozent der AnruferInnen beurteilen ihre Beschwerden hinsichtlich Dringlichkeit falsch.
- 63 Prozent der AnruferInnen änderten nach der telefonischen Beratung ihre ursprüngliche Handlungsabsicht.

10 Vgl. Meer, A.: Die ambulante Notfallversorgung im Umbruch – Erfahrungen aus Holland und Dänemark, in *Primary Care* 2005; Nr. 20.

11 Vgl. Telefon- und webbasierter Erstkontakt und Beratungsservice. Entscheidungsunterlage der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. September 2013. Seite 11 ff.

12 Vgl. Meer, A. et.al: Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen in der Schweiz, in: *Schweizerische Ärztezeitung*. 2003; 84: Nr. 41.

- 2 Prozent der PatientInnen, die vorhatten, eine Notfalleinrichtung zu besuchen, mussten das dann auch tatsächlich.

Eine Marktforschungsstudie der Universität Basel über Telemedizin in der Schweiz am Beispiel von MEDGATE kam zu dem deutlichen Schluss, dass Telemedizin in der Bevölkerung auf große Akzeptanz stößt, während die Mehrheit der Schweizer Ärzte nicht an die Telemedizin glaubt und sie eher ablehnt. Laut Evaluierung können durch die Schweizer Callcenter bis zu zwei Drittel der Anrufenden so beraten werden, dass ein Arztbesuch nicht notwendig ist. In weiteren Untersuchungen hat man auch festgestellt, dass die Telefonberatung besonders häufig von Eltern mit Kleinkindern und von erwachsenen Frauen genutzt wird.¹³

In verschiedenen Studien der Universität Bern wurden Fragen zu Notwendigkeit, Wirksamkeit und Sicherheit der gesundheitlichen Beratungsdienste untersucht. Positive und das System stützende Zahlen und Fakten konnten in weiterer Folge publiziert werden.¹⁴

Evaluierungen in Schweden kommen zu folgenden Ergebnissen: Die drei häufigsten Anfragen betreffen Bauchschmerzen, Fragen zu Medikamenten und Fieber bei Kindern.¹⁵ Am häufigsten, nämlich in 40 Prozent der Fälle, werden Informationen zur Selbstbehandlung gegeben, 37 Prozent werden an die niedergelassenen PraktikerInnen verwiesen, 17 Prozent an SpezialistInnen und 5 Prozent an andere Leistungserbringer wie Rettung, ZahnärztInnen oder kommunale Unterstützungsangebote. Rund 90 Prozent befolgen den erteilten Ratschlag.¹⁶

13 Vgl. Telefon- und webbasierter Erstkontakt und Beratungsservice. Entscheidungsunterlage der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. September 2013. Seite 33 ff.

14 Vgl. Telefon- und webbasierter Erstkontakt und Beratungsservice. Entscheidungsunterlage der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. September 2013. Seite 33 ff.

15 Dies deckt sich ziemlich genau mit den Erfahrungen aus anderen Ländern.

16 Vgl. Telefon- und webbasierter Erstkontakt und Beratungsservice. Entscheidungsunterlage der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. September 2013. Seite 22.

3. TEWEB „1450“ in Österreich

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurde als Maßnahme 3 des operativen Zieles 7.2.3 die „Konzipierung eines bundesweit einheitlichen Rahmens für ein telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice“, kurz „TEWEB“, und dessen Implementierung festgelegt. Die Einführung dieses neuen Services ist ein Meilenstein der Gesundheitsreform und wird gemeinsam von Bund, den (Pilot-) Bundesländern Wien, Niederösterreich und Vorarlberg und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen eingerichtet und betrieben werden.

Vor einer bundesweiten Umsetzung hat man beschlossen, Pilotprojekte in den genannten Bundesländern zu starten und anschließend mit einer Evaluierung zu versehen. Mit TEWEB „1450“ wird besonders das Ziel der Patientensteuerung zum bzw. der Leistungserbringung am „best point of service“ umgesetzt, was der Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit und dem Zielsteuerungsvertrag entspricht. Das bedeutet, dass die „jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen medizinischen und pflegerischen Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird“.¹⁷

Mittels eines eigenen „Kooperationsvertrages“ haben sich die Projektpartner Bund, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Pilotbundesländer Wien, Niederösterreich und Vorarlberg zusammengeschlossen, um sämtliche Aufträge und Rahmenbedingungen für dieses Projekt gemeinsam zu erarbeiten und umzusetzen. Es wurde festgehalten, dass als Grundlage und „Werkzeug“ ein bundesweit einheitliches, lizenzbasiertes und protokollgestütztes Expertensystem angekauft und implementiert wird. Ein großer Meilenstein für dieses Projekt war die Ausschreibung des Expertensystems, bei dem europaweit nach dem besten Anbieter für diese Software gesucht wurde.

¹⁷ Vgl. Art 2 Abs. 5 Bundes-Zielsteuerungsvertrag.

3.1. Das Produkt

Eine der Kernaufgaben in der Kooperationsvereinbarung war die Beschaffung des gemeinsamen Produktes. Sämtliche Vorgänge um die Ausschreibung wickelte der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, operativ die IT-Services der Sozialversicherung GmbH gemeinsam mit der Bundesbeschaffungs GmbH ab. In einem professionellen Prozess, begleitet von einer Expertenkommission, wurde das Produkt LowCode© der Firma Priority Dispatch¹⁸ ermittelt.¹⁹ LowCode© ist ein Clinical Decision Support Software-Tool (CDSS), das durch die telefonische Befragung führt und als Ergebnis eine Behandlungsempfehlung gibt.

Das Lowcode©-Abfrageschema umfasst eine Serie von symptom-spezifischen, geschlechtsspezifischen und altersspezifischen Logikprotokollen, die von GesundheitsexpertInnen²⁰ am Telefon mit Hilfe des Systems interpretiert werden. Somit kann die passende Behandlungsempfehlung vorgeschlagen werden. Diese kann vom Notfall mit der sofortigen Entsendung eines Krankenwagens und/oder Notarztes bis hin zur Anleitung zur Selbstbehandlung reichen. In kritischen oder unklaren Fällen wird der Anruf sofort an einen ärztlichen Dienst weitergeleitet.

Die altersspezifischen klinischen Befragungsprotokolle werden in sechs Altersgruppen unterteilt. Wo notwendig, gibt es auch geschlechtsspezifische Algorithmen. Protokolle für weibliche Anruferinnen unterscheiden sich somit substantiell von jenen für männliche Anrufer (z.B. Schwangerschaft).

LowCode© leitet das anwendende medizinische Fachpersonal schrittweise durch den telefonischen Dringlichkeitseinschätzungsprozess. Gleichzeitig ist die Benutzeroberfläche aber so konfiguriert, dass eine schnelle Navigation nach vorne oder zurück durch den Prozessfluss möglich ist – es ist auch möglich, einen „Sprung“ zu einer bereits abgeschlossenen Frage zu machen, um eventuell eine notwendige Korrektur durchzuführen. Sämtliche Eingaben werden durch das System mitprotokolliert.

Das System funktioniert intuitiv, sodass sich die BenutzerInnen nicht an Schritte erinnern oder herausfinden müssen, was das System von den BenutzerInnen erfordert. Durch die strukturierte Befragung ist sichergestellt, dass riskante, ge-

18 www.prioritydispatch.net

19 Folgende Informationen wurden dankenswerterweise von der International Academy of Emergency Dispatch zur Verfügung gestellt und dürfen in dieser Form nur für diese Zeitschrift verwendet werden (im Sinne des geistigen Eigentums).

20 In Österreich: Diplomierte Krankenpflegepersonal

fährliche oder möglicherweise lebensbedrohliche Zustände bereits am Beginn der Befragung identifiziert werden können. Es ist ebenfalls sichergestellt, dass Fragen nicht übersprungen werden können oder dass der Beurteilungsprozess in sonstiger Weise verändert werden kann.

3.2. Der Ablauf eines TEWEB-„1450“-Anrufes in der Praxis am Beispiel Niederösterreich²¹

Mit diesem neuen Service erhalten alle Personen in den Pilotbundesländern rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche die Möglichkeit, bei gesundheitlichen Problemen anzurufen. Sie erhalten Auskunft über die Dringlichkeit ihres Anliegen sowie eine medizinisch validierte Behandlungsempfehlung.

In Niederösterreich beispielsweise ist die Notruf Niederösterreich GmbH für den Betrieb der Gesundheitshotline 1450 verantwortlich. Notruf Niederösterreich betreibt derzeit schon gesundheitsbezogene Hotlines und Notrufnummern wie den Rettungsnotruf 144 oder den NÖ Ärztenotdienst 141. Alle diese Telefonnummern sind in ein Leitstellensystem integriert. Dadurch werden auch Anrufer, die nicht sicher sind, welche Telefonnummer für ihr Anliegen die „richtige“ ist, immer optimal betreut und müssen nicht an externe Anbieter verwiesen werden.

Bei Wählen der neuen telefonischen Gesundheitsberatung unter „1450“ wird der Ablauf in Niederösterreich wie folgt sein: Zu Beginn eines Anrufes wird der aktuelle Aufenthaltsort des Patienten oder der Patientin erfragt und das Vorliegen eines akuten medizinischen Notfalles ausgeschlossen, andernfalls erfolgt sofort die Entsendung des Rettungsdienstes. In weiterer Folge wird die Konsultation durch speziell ausgebildetes Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal weitergeführt. Basierend auf den geschilderten Symptomen wird in einem ausführlichen Gespräch das vorliegende Zustandsbild beurteilt. Dabei werden natürlich auch Faktoren wie Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen berücksichtigt.

Die MitarbeiterInnen werden durch das angekaufte protokollgestützte Expertensystem unterstützt. Das bedeutet, dass anhand von den mehr als 200 Fragebäumen gezielt schwerwiegende und zeitkritische Krankheitsbilder identifiziert bzw. ausgeschlossen werden können und schließlich eine Empfehlung zur Art und Dringlichkeit der weiteren Vorgehensweise gegeben wird. Abhängig von Tageszeit und Aufenthaltsort des Patienten wird dann gemeinsam mit dem Anrufer

21 Vielen Dank an die Notruf Niederösterreich GmbH, <https://www.notrufnoe.at/> Dr. Christian Fohringer, für die Darstellung dieses Ablaufes.

bzw. der AnruferIn die weitere Versorgung geplant. Das kann die Entsendung eines Visitenarztes sein, die Empfehlung zur Konsultation des Hausarztes am nächsten Vormittag oder die Empfehlung, eine Notfallaufnahme in einem Spital aufzusuchen.

Natürlich werden die regional aktuell verfügbaren Gesundheitsdienstleister (die Frühordination eines Allgemeinmediziners, die abendlichen Öffnungszeiten eines Zahnambulatoriums oder der diensthabende Arzt am Wochenende) in diese Überlegungen einbezogen, um unnötige Weg- und Wartezeiten zu vermeiden. Zusätzlich werden spezifische Selbstbehandlungshinweise und Verhaltensempfehlungen gegeben. Auf Wunsch des Patienten können die bereits erfragten Daten dem weiterbehandelnden Arzt zur Verfügung gestellt werden.

Die telefonische Gesundheitsberatung unter „1450“ ersetzt also keine ärztliche Behandlung und stellt keine Diagnose, sondern der Anrufer erhält basierend auf dem aktuellen geschilderten Zustandsbild eine Empfehlung, ob bzw. wann und in welcher Form eine ärztliche Konsultation stattfinden sollte und welche Einrichtung geeignet ist und zur Verfügung steht. Sie stellt somit einen idealen Wegweiser durch das schwer zu überblickende Angebot an Gesundheitsdienstleistern dar und ist erste Anlaufstelle bei neu aufgetretenen oder akut gewordenen Beschwerden, die keinen medizinischen Notfall darstellen.

In Vorarlberg ist das Procedere mit Anrufen für 1450 identisch. Das Österreichische Rote Kreuz, Landesverband Vorarlberg, betreibt die einzige Rettungs- und Feuerwehrleitstelle (RFL) in Vorarlberg. Neben allen bestehenden Notrufannahmen, Alarmierungs- und Koordinierungsaufgaben übernimmt die RFL in Zukunft auch gesundheitsbezogenen Hotlines, wie beispielsweise die „Gesundheitsberatung 1450“. Damit ist sichergestellt, dass jeder Anrufer und jede Anruferin immer optimal betreut und beraten werden kann und vorhandene Synergien optimal genutzt werden können.

Leider lagen bis zum Redaktionsschluss keine Details zum Modell der Pilotregion Wien vor.

4. Die nächsten Schritte

Derzeit – Stand November/Dezember 2016 – wird das angekaufte Expertensystem an die österreichischen Anforderungen angepasst. Diese verantwortungsvolle Aufgabe übernehmen medizinische Experten aus den Bereichen Notfallmedizin, Pädiatrie und Rettungsnotruf. In dieser Arbeitsgruppe werden alle Inhalte des Systems einer Wort-für-Wort-Prüfung unterzogen, vereinheitlicht und an die Vorgaben des österreichischen Gesundheitswesens angepasst. Damit wird ein österreichweit einheitliches, validiertes Abfrageschema hergestellt, mit dem Dringlichkeit und Versorgungsstufe qualitätsgesichert beauskunftet werden können. Die konkrete Empfehlung an die AnruferInnen für den „best point of service“ bzw. die vorgeschlagene Maßnahme hängt aber auch von den regionalen und zeitlichen Umständen ab und wird daher lokal entschieden.

Wenn das „Austrifizierungsteam“ die umfangreichen Arbeiten fertiggestellt hat, wird das Abfrageschema den Pilotbundesländern zur Verfügung gestellt. Die wiederum kümmern sich bereits um die Herstellung einer funktionierenden Infrastruktur: Das bedeutet Personalaufnahme, ganz spezielle Schulungen sämtlicher Personen auf das neue Produkt und dessen Bedienung, ebenso Schulungen für das richtige Telefonverhalten und den Umgang mit den AnruferInnen in dieser speziellen Situation.

Parallel dazu kümmert sich das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen um die Informationstätigkeiten, um das Produkt und das neue Service der Bevölkerung vorzustellen. Durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen wurde auch die Telefonnummer „1450“ bei der Rundfunk und Telekom Regulierungs-GmbH beantragt und die notwendigen Formalitäten erledigt. Gemeinsam mit der Bundesbeschaffungs GmbH wurde ein Telekombetreiber ausgeschrieben, der für die telefonisch-technische Abwicklung verantwortlich sein wird. Dieser Telekombetreiber muss dann auch gemeinsam mit den Bundesländern als operativen Betreibern die Schnittstellen zu den vorhandenen Systemen einrichten.

Im Rahmen einer ständigen Qualitätssicherung des Produktes, der notwendigen Technologie, des medizinischen Fachpersonals, sprich des gesamten Services, wird der Fragebaum zentral weiterentwickelt und fachlich zentral über den medizinischen Beirat inhaltlich gewartet. Die Implementierung und das Führen des medizinischen Fachbeirates ist ebenfalls eine Agenda des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Als Mitglieder wurden medizinische Fachexperten aller Systempartner und auch der Österreichischen Ärztekammer bestellt. Die Mit-

glieder des sich in regelmäßigen Abständen treffenden Gremiums werden maßgeblich für die Weiterentwicklung und Validierung der Inhalte verantwortlich sein.

Die zentrale technische Wartung erfolgt über die Sozialversicherung. Als zentraler Betreiber stellt sie den dezentralen operativen Betreibern die Updates nach Freigabe durch den medizinischen Beirat zur Verfügung. Die dezentralen operativen Betreiber übermitteln Datenmaterial zur Auswertung an den zentralen Betreiber. Gleichzeitig stellen die dezentralen operativen Betreiber sicher, dass das Telefonservice den AnruferInnen 24/7 zur Verfügung steht und auch die regionalübergreifenden Services funktionieren. Es wird ein eigenes Reporting- und Protokollsystem eingeführt, das es erlaubt, die Effekte der Patientensteuerung zu evaluieren und statistische Auswertungen zu erstellen.

Die offizielle Inbetriebnahme des neuen Services ist mit der den Startschuss gebenden Pressekonferenz etwa im April 2017 geplant. Ab dann steht den ÖsterreicherInnen ein völlig neues, innovatives Gesundheitservice zur Verfügung, das beim Auftreten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder dringenden Fragestellungen Aufwand und Unsicherheit ersparen wird und gleichzeitig schnelle, qualitätsgesicherte Handlungsempfehlungen unbürokratisch und ohne lange Wartezeiten anbieten kann.

Österreich folgt damit einigen europäischen Ländern, die derartige Systeme bereits seit vielen Jahren etabliert haben und dadurch langfristig zu einer Entlastung des Gesundheitssystems beitragen konnten.

Glossar

TEWEB

TEWEB ist die Abkürzung für **telefon-** und **web**basiertes Telefon- und Erstkontaktservice. Es handelt sich dabei um einen Arbeitstitel, der jedoch zunehmend aus Gründen der Öffentlichkeitsarbeit vom Begriff „1450 Die telefonische Gesundheitsberatung“ abgelöst wird. Der „web“-Anteil im Begriff wird in weiterer Folge und bei fortschreitendem Projekt implementiert.

Triage

Unter Triage versteht man ein System der Kategorisierung, mit dem der PatientInnenfluss gesteuert werden soll/kann, wenn die vorhandenen Kapazitäten geringer sind als die klinisch/medizinischen Anforderungen. Besonders im angloamerikanischen Raum wird und wurde die Triage auch innerhalb der Kliniken in den Notaufnahmen verwendet.²²

Algorithmus im Sinne eines Decision-Support-Systems

Generiert als Ergebnis eine eindeutige Handlungsanleitung auf der Grundlage eines dahinterliegenden Entscheidungsbaumes, der anhand von Eingaben computergesteuert berechnet wird.

Telemedizin

Telemedizin ist ein Teilgebiet der Medizin mit dem Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie zur Überwindung räumlicher oder zeitlicher Distanz z.B. zwischen Arzt und Patient und auch unter medizinischen Kollegen.²³

Dringlichkeitseinschätzung

Im Rahmen der Befragung kommt es zur Dringlichkeitseinschätzung: Sprechen die Symptome für eine sofortige, zeitnahe oder lediglich für eine Selbstbehandlung? Es geht um die Dringlichkeit einer ärztlichen Intervention.

22 Vgl. Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Das Manchester-Triage-System. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Seite 17.

23 Vgl. Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 266. Auflage. Seite 2088 ff.