

*Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban.  
A sürgősségi ellátás és a mentőszolgálat reformja –  
Krankenhaus-Report 2024: Strukturreform (4. rész):  
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) –  
Springer Verlag, April 2024 (532 p.)*

**Kulcsszavak:** kórházügy, kórházügyi reform, sürgősségi ellátás reformja, mentőszolgálatok reformja, Németország, Dánia

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2024/krankenhaus-report-2024-strukturreform/> ;

**e-Book letölthető:** <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-68792-5>

**11. A sürgősségi ellátás és a mentőszolgálat reformja**

**11. 1. A status quo és a reformszükséglet a sürgősségi ellátások és mentőszolgálatok területén**

A reformszükséglet témája évek óta jelen van az egészségpolitikai közbeszédben. Számos szakértői vélemény, tanulmány, állásfoglalás készült, amelyek rávilágítottak az ellátási lánc problémáira és megoldási javaslatokkal is előálltak. A sürgősségi ellátás tényleges átszervezése ennek ellenére elmaradt. Ezt a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium által a 19. törvényhozási ciklusban (2017–2021) elvetett két reformtervezet is illusztrálja.

[A Bundestag 2024. október 9-én tűzte napirendjére a sürgősségi ellátás reformjáról szóló aktuális törvénytervezet vitáját. **Törvény a sürgősségi ellátás reformjáról:** *Gesetz zur Reform der Notfallversorgung.* – A szerk. megj. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/N/GE\\_Notfallreform\\_Kabinett.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinett.pdf) ]

A kórházi sürgősségi osztályokon fogadott betegek rátája: 100.000 lakosra 20 eset. Ez azt jelenti, hogy Németország nem éri el az OECD25-ök átlagát. Tehát még abban az esetben is ha a nemzetközi összehasonlíthatóság korlátozott, a problémák okát nem itt kell keresni.

Németországban kétféleképpen lehet sürgősségi ellátást igénybe venni: a Betegpénztári Orvosok Egyesüléseinek készenléti orvosi szolgálatánál (az összes sürgősségi eset 25%-a) és a kórházak sürgősségi betegfelvételi osztályain (az összes sürgősségi eset 75%-a). Az a tény, hogy a lakosság mindössze egynegyedének van tudomása arról, hogy nem életveszélyes egészségi problémák esetén a betegpénztári orvosok egyesüléseinek sürgősségi szolgálatát is igénybe vehetik, a betegirányítás potenciáljait bizonyítja. Még abban az esetben is, ha ebben a tekintetben a tényfeltárás nem eléggé egyértelmű, egyes vizsgálatok a

sürgősségi ellátás (túlságosan is) alacsony küszöbű igénybevételének lehetőségére utalnak és ezenfelül arra is, hogy a segítséget kérők nem ritkán túlértékelik a sürgősségi helyzetet, az esetek kezelésére pedig a betegpénztári orvosok egyesüléseinek sürgősségi praxisa is alkalmas lenne. A sürgősségi ellátás eltorzulása – és legalábbis a pandémiáig – növekvő igénybevétele a betegirányítás hiányából származik. Az „egészségügyi és ápolási fejlődés szakértői tanácsa (*Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen und der Pflege – SVR*) 2018-ban közzétett szakértői véleménye szerint átfogó reformra van szükség és azt is kritikusan kell értékelni, hogy egyáltalán mennyire célszerű fenntartani a sürgősségi ellátáshoz való hozzáférés két módozatát, ill. hogyan lehetne ésszerűen összekapcsolni őket.

## **11. 2. Nemzetközi impulzusok**

Az ellátáshoz való hozzáférés és az optimalizált betegirányítás tekintetében különösen érdekes a dán példa. A hozzáférés Dániában is két hívószámon keresztül történik: a *Medical Helpline* (1813) és a mentőszolgálat (112) számán. Az egészségügyi dolgozók által működtetett *Medical Helpline* 16.00 és 8.00 óra között, valamint hétvégén és ünnepnapokon nyújt segítséget és koordinált első állapotfelmérést. Dániában e két hívószám közös digitalizált központhoz tartozik, a hívások pedig egyik számról a másikra irányíthatók. A dán kórházügyi reform keretében korlátozták a sürgősségi felvevőhelyekhez való hozzáférést, a sürgősségi szolgálat igénybevételét megelőzően minden sürgősségi betegnek előbb telefonon be kell jelentkeznie, hogy a megfelelő ellátási formához irányíthatassák. E rendszer bevezetését nyilvános kampány előzte meg, amelynek keretében minden polgárt levélben tájékoztattak a részletekről. Az átállás eredményeként a sürgősségi osztályok látogatottsága öt régió közül háromban 10 és 27% közötti arányban csökkent.

A telefonos triázs tekintetében figyelemreméltó tényező, hogy ehhez Dániában a mesterséges intelligenciát is alkalmazzák, pl. a szívleállás felismerésénél. Egy tanulmány keretében elemezték, hogy a telefonos triázs mennyiben különbözik a fogadó személyzettől függően. A hívásokat a callcenter orvosokhoz vagy ápolókhoz irányította. Ez a várakozási idő csökkentését célozta: Ha az orvosra való várakozási idő meghaladta az egy percet, akkor az irányítóközpont a mellfájdalmak miatt indított hívásokat orvos helyett ápolóhoz irányította. 11.315 orvos által fogadott hívás és ugyanannyi ápoló által fogadott hívás összehasonlítása azt mutatta, hogy az orvosok által fogadott hívások rövidebbek voltak, kevesebb sürgősségi felvételi helyre irányítást eredményeztek, a segítséget kérők pedig jobban tartották magukat az orvos ajánlásaihoz. A hét nap utáni halálozási ráta mind az orvos, mind az ápoló által fogadott hívásoknál mindkét esetben alacsony, 0,1% volt. Az eredmény összességében, hogy a telefonos triázs a sürgősségi esetek biztonságos és hatékony ellátását biztosítja.