



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2015

Notfallversorgung
11. November 2015

Dokumentation und Zusammenfassung der Ergebnisse der

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2015 zum Thema Notfallversorgung

Datum: 11. November 2015
Zeit: 09:00 Uhr bis 17:00 Uhr
Ort: Le Manege
Am Neuen Markt 9
14467 Potsdam

Veranstalter: Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital (Handlungsfeld „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“) in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Brandenburg

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziele der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung	6
2.	Agenda der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2015 zum Thema Notfallversorgung	8
3.	Begrüßung und Einleitung	
3.1	Begrüßung Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3	10
3.2	Einleitung Dr. Jens Schick, MPH, Vorsitzender des Handlungsfeldes 3, Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG	10
4.	Vortragsblock I: Zur Bedeutung der Notfallmedizin	
4.1	Vernetzte Notfallversorgung in ländlichen und städtischen Gebieten Prof. Dr. Christoph Dodt, Notfallzentrum am Städtischen Klinikum München Bogenhausen, Präsident der DGNIA	11
4.2	Zwischenbericht der AG Krankenhauswesen der AOLG zum Thema „Notfallversorgung durch Krankenhäuser“ Dr. Brigitte Wrede, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin	13
4.3	Wie sollte die Notfallversorgung in Berlin und Brandenburg im Jahr 2030 aussehen? Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH FFPH, Technische Universität Berlin	14
5.	Vortragsblock II: Regionale Best Practice Beispiele	
5.1	Ideen für den Bereitschaftsdienst im ländlichen Raum Dipl.-Med. Andreas Schwark, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg	17
5.2	Zusammenarbeit der KV Bereitschaftspraxis und der Rettungsstelle am St. Josefs-Krankenhaus Potsdam Dr. Antje Pfaffe, D.E.S.A., Leiterin Notaufnahme und INKA St. Josefs-Krankenhaus Potsdam	18
5.3	Der ältere Mensch in der Notfallmedizin – was kann die Universitätsmedizin leisten? Prof. Dr. Rajan Somasundaram, Leiter der Interdisziplinären Rettungsstelle und Aufnahmestation Charité-Universitätsmedizin, Campus Benjamin Franklin	20
5.4	Entwicklung der Versorgungsqualität in den Notaufnahmen Berlins Dr. Werner Wyrwich, MBA, Mitglied des Vorstandes der Berliner Ärztekammer	21

6.	Redebeitrag der Politik	
6.1	Redebeitrag	23
	Diana Golze, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg	
7.	Vorstellung der ausgewählten Themenschwerpunkte und des Vorgehens in der Gruppenarbeit	25
8.	Ergebnisse der Gruppenarbeit zu Problemfeldern und Zieldefinitionen	
8.1	Rettungsstelle, KV Notfallpraxis und deren Schnittstelle	27
	Moderation: Dr. Timo Schöpke, Direktor Notfallzentrum Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde	
8.2	Flächendeckende Versorgung mit mobilen Diensten	29
	Moderation: Dr. Stefan Poloczek, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Berlin	
8.3	Notfallmedizinische Strukturen – Bedarf und Steuerung	31
	Moderation: Michael Jacob, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Berlin/Brandenburg	
8.4	Diskussion und Hierarchisierung der erarbeiteten Problemfelder und Zieldefinitionen	33
9.	Ergebnisse der Gruppenarbeit zu Lösungsansätzen	
9.1	Rettungsstelle, KV Notfallpraxis und deren Schnittstelle	34
	Moderation: Dr. Timo Schöpke, Direktor Notfallzentrum Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde	
9.2	Flächendeckende Versorgung mit mobilen Diensten	36
	Moderation: Dr. Stefan Poloczek, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Berlin	
9.3	Notfallmedizinische Strukturen – Bedarf und Steuerung	38
	Moderation: Michael Jacob, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Berlin/Brandenburg	
10.	Abschluss und Verabschiedung	40
	Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3	
	Impressum	41

1. Hintergrund und Ziele der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Das Ziel der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung ist, einen fachlichen, länderübergreifenden Austausch zur Gestaltung einer bedarfsorientierten, innovativen und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft angesichts der spezifischen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung der Region Berlin-Brandenburg zu etablieren. Die Werkstatt dient als Dialogplattform, kreative Ideenschmiede und Impulsgeber für die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure in der Region Berlin-Brandenburg. Im Fokus steht die Entwicklung neuer Lösungsansätze für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bürger¹ mit ihren unterschiedlichen Ausgangssituationen in der Metropolregion sowie des ländlichen Raumes in Brandenburg.

Organisiert und koordiniert wird die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung durch das Management des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, da die Idee für ein eigenes Veranstaltungsformat aus den Diskussionen der Handlungsfeldworkshops entstanden ist. In diesen Diskussionen wurde bereits auf die Überschneidung zu den 90a Gremien und auf die Verbindungslinien zur zukünftigen gemeinsamen Krankenhausplanung hingewiesen. Abbildung 1 zeigt, von welchen Inputs die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung gespeist wird.

Abbildung 1: Inputs der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung



¹ Hinweis zur Sprachregelung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Dokumentation das generische Maskulinum verwendet. Alle Aussagen gelten selbstverständlich für Frauen und Männer gleichermaßen.

Für die Themenfindung sollen sowohl die Experten des Handlungsfeldes 3 befragt als auch über die Länderverwaltungen die Vorschläge der 90a Gremien eingeholt werden. Dabei bleibt die Unabhängigkeit des Handlungsfeldes und der 90a Gremien selbstverständlich gewahrt. Es bietet sich außerdem an, Themen, die längerfristig mit der Krankenhausplanung zusammenhängen, mit den inhaltlichen Schwerpunkten der jeweiligen Zukunftswerkstatt zu verbinden. Wichtig dabei ist, dass die Ergebnisse der Werkstattgespräche qualitativ hochwertig dokumentiert werden und dadurch eine Verwertung der Ergebnisse für die beteiligten Akteure und Gremien möglich ist. Die weitere Umsetzung einer zukünftigen Krankenhausplanung findet unabhängig und außerhalb der Zukunftswerkstatt und des Handlungsfeldes durch die in der Abbildung angedeuteten Gremien statt. Die Platzierung der Zukunftswerkstatt im Zentrum der Abbildung 1 reflektiert lediglich die Aufnahme von eingehenden Informationen sowie die Nutzung potentieller Ergebnisse aus den Werkstattgesprächen und stellt in keiner Weise eine hierarchische Beziehung der in der Abbildung aufgeführten Gremien bzw. Akteure dar. Abbildung 2 zeigt die in den bisherigen Diskussionen identifizierten inhaltlichen Schwerpunkte, denen sich die jährlich stattfindenden Zukunftswerkstätten zu jeweils einem Schwerpunkt annehmen werden. Geplant ist, die Zukunftswerkstatt mit jeweils ca. 50 Teilnehmenden durchzuführen und abwechselnd Berlin und Brandenburg als Veranstaltungsort zu wählen.

Abbildung 2: Inhaltliche Schwerpunkte der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung



Die vorliegende Dokumentation der Zukunftswerkstatt Notfallversorgung bietet einen strukturierten Überblick über die in der Veranstaltung diskutierten Inhalte. In den Kapiteln 3 bis 6 erfolgt eine Zusammenfassung der einführenden und schwerpunktsetzenden Vorträge. Die Zusammenfassungen fokussieren auf wesentliche Aussagen der Vorträge; die ausführlichen, den Vorträgen zugrundeliegenden Präsentationen der Referenten finden sich jeweils im Anhang. Ausgehend von den Themenvorschlägen der Teilnehmenden in Kapitel 7 werden in den Kapiteln 8 und 9 die Ergebnisse der drei parallel stattgefundenen Gruppenarbeiten auf der Grundlage der in den Gruppen erarbeiteten Pinnwände und der Zusammenfassung der jeweiligen Moderatoren dargestellt. Die Ergebnisse spiegeln insofern nicht die Meinung aller Teilnehmenden wider und stellen auch keine Priorisierung bestimmter Themen dar.

2. Agenda

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2015 zum Thema Notfallversorgung

Termin: Mittwoch, 11. November 2015
Ort: Le Manege, Am Neuen Markt 9, 14467 Potsdam

08:30 Uhr **Registrierung**

09:00 Uhr **Eröffnung & Begrüßung (Moderation: Elimar Brandt)**

Einleitung: Verbindung Zukunftswerkstatt Geriatrie 2014 und Notfallversorgung 2015

Dr. Jens Schick, MPH, Vorsitzender des Handlungsfeldes 3, Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG

09:15 Uhr **Vortragsblock I: Zur Bedeutung der Notfallmedizin**

Vernetzte Notfallversorgung in ländlichen und städtischen Gebieten

Prof. Dr. Christoph Dodt, Notfallzentrum am Städtischen Klinikum München Bogenhausen, Präsident der DGNIA

Zwischenbericht der AG Krankenhauswesen der AOLG zum Thema „Notfallversorgung durch Krankenhäuser“

Dr. Brigitte Wrede, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Wie sollte die Notfallversorgung in Berlin und Brandenburg im Jahr 2030 aussehen?

Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH FFPH, Technische Universität Berlin

10:00 Uhr **Vortragsblock II: Regionale Best Practice Beispiele**

Beispiel I (Brandenburg): Ideen für den Bereitschaftsdienst im ländlichen Raum

Dipl.-Med. Andreas Schwark, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg

Beispiel II (Brandenburg): Zusammenarbeit der KV Bereitschaftspraxis und der Rettungsstelle am St. Josefs-Krankenhaus Potsdam

Dr. Antje Pfaffe, D.E.S.A., Leiterin Notaufnahme und INKA St. Josefs-Krankenhaus Potsdam

Beispiel III (Berlin): Der ältere Mensch in der Notfallmedizin – was kann die Notfallmedizin leisten?

Prof. Dr. Rajan Somasundaram, Leiter der Interdisziplinären Rettungsstelle und Aufnahmeabteilung Charité-Universitätsmedizin, Campus Benjamin Franklin

Beispiel IV (Berlin): Entwicklung der Versorgungsqualität in den Notaufnahmen Berlins

Dr. Werner Wyrwich, MBA, Mitglied des Vorstandes der Berliner Ärztekammer

- 11:15 Uhr Redebeiträge der Politik**
Redebeitrag Frau Diana Golze, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
- Redebeitrag Herr Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin²
- 11:45 Uhr Mittagspause**
- 12:30 Uhr Einführung in den weiteren Arbeitsablauf und Gruppenbildung**
In diesem Programmteil wird dem Publikum erläutert, welche Themenschwerpunkte für den folgenden Arbeitsteil identifiziert und geclustert worden sind. Darüber hinaus werden die späteren Arbeitsgruppen gebildet.
- 13:00 Uhr 1. Gruppenarbeitsphase = Problemerkennung und Zieldefinition des jeweiligen Arbeitsgruppenthemas**
Es folgt die erste Arbeitsphase. Alle Arbeitsgruppen erhalten den Auftrag, zu jedem der einzelnen Themen zu diskutieren.
- 13:45 Uhr 1. Gesamtplenium**
Auf die Arbeitsphase folgt ein Gesamtplenium, in dem die Zwischenergebnisse der jeweiligen Gruppen vorgestellt werden. Die Ergebnisse werden sortiert und Gemeinsamkeiten und Unterschiede aller Gruppenergebnisse herausgestellt.
- 14:45 Uhr Kaffeepause**
- 15:00 Uhr 2. Gruppenarbeitsphase = Maßnahmen zur Problemlösung und Zielerreichung**
Die Gruppen gehen in unveränderter Zusammensetzung in die zweite Arbeitsphase. Mit dem Input aus der Diskussion des vorhergehenden Gesamtplenums arbeiten die Gruppen erneut an ihren Themen mit dem Ziel, Maßnahmen und Lösungen für die im Vorfeld identifizierten Probleme zu entwickeln.
- 15:45 Uhr 2. Gesamtplenium und Zusammenfassung der Ergebnisse**
- 17:00 Uhr Get Together**

² Senator Czaja konnte aufgrund aktueller Themenlage nicht teilnehmen.

3. Begrüßung und Einleitung zur Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2015 - Notfallmedizin

3.1 Begrüßung

**Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises
Handlungsfeld 3**

Wo ist der Blaumann? In der Werkstatt? Zukunftswerkstatt zum Thema Notfallversorgung – das ist die große Chance, zu der ich Sie herzlich willkommen heiße. Wir haben heute die seltene, wenn nicht einmalige Chance, über alle Versorgungsbereiche hinweg zu diskutieren und zu schauen, wo sind Potentiale, um die Notfallversorgung zukünftig noch besser zu gestalten. Ich lade Sie ein, heute Ihre Funktionen und Positionen zu vergessen, sondern nur von den inhaltlichen Themen her zu denken. Es liegt an uns, aus diesem Tag etwas Gutes zu entwickeln, was auch dauerhaft in die Versorgungsstrukturen implementiert werden kann. Ein schönes afrikanisches Sprichwort heißt: Pfade, die nicht begangen werden, wachsen zu. Die Zukunftswerkstatt bietet die Chance, ganz neue Pfade zu beschreiten.

3.2 Einleitung

**Dr. Jens Schick, MPH, Vorsitzender des Handlungsfeldes 3, Mitglied des
Vorstandes der Sana Kliniken AG**

Im letzten Jahr haben wir uns in der Zukunftswerkstatt mit dem Thema Altersmedizin befasst. Und auch beim Thema Notfallversorgung spielt der alte Patient eine wesentliche Rolle. Und so schließt sich der Bogen zum letzten Jahr.



Warum in diesem Jahr das Thema Notfallversorgung? Die Bedeutung der Notfallversorgung wird dramatisch zunehmen – dies gilt für alle drei Säulen. So hatten Notfälle bereits von 2008 bis 2011 einen Anteil von 94% am absoluten stationären Fallwachstum in Deutschland. Das in den Kliniken zu verzeichnende – und von außen durchaus kritisch wahrgenommene – Wachstum, erklärt sich also primär durch den Anstieg der Notfälle. Das Notfallgeschehen ist relativ planbar, betrachtet man den Verlauf der Notfallzahlen in den Krankenhäusern. Es gibt bestimmte Zeiten, in denen die Notaufnahmen am meisten in Anspruch genommen werden. Viele Kliniken haben aufgrund der steigenden Notfallzahlen viel Geld in die Notfallversorgung investiert, um Strukturen zu schaffen, die es ermöglichen, die

Versorgung sicherzustellen. Wir haben in den letzten zwei Jahren viel Kraft in die Organisation von Rettungsstellen gesteckt, in Triage-Systeme, Management, Prozess- und Strukturabläufe. Aber der Bereich der Notfallversorgung ist weiterhin unterfinanziert: Der durchschnittliche Erlös von derzeit ca. 30€ steht den tatsächlichen Kosten von ca. 120-130€ gegenüber.

Die Frage ist, wo die Entwicklung der Notfallversorgung hingeht. Politisch gibt es aktuell keine Lösung. Deshalb freue mich auf die heutige Diskussion.

4. Vortragsblock I: zur Bedeutung der Notfallmedizin

4.1 Vernetzte Notfallversorgung in ländlichen und städtischen Gebieten

Prof. Dr. Christoph Dodt, Notfallzentrum am Städtischen Klinikum München Bogenhausen, Präsident der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.



Die Notfallmedizin ist ein herausforderndes und spannendes Fachgebiet, das sich in den letzten Jahren deutlich verändert hat. Die Zahl der Notfallpatienten steigt ebenso wie die Ansprüche an eine professionelle Versorgung. Derzeit ist es aber in vielen Regionen Deutschlands so, dass die Prozesse und die Qualität der Notfallversorgung von dem Ort der Versorgung, dem Wochentag, der Versorgungszeit und dem Anlaufpunkt für die Patienten abhängen. Es gibt keine qualitätskontrollierte notfallmedizinische Versorgung aus einem Guss, aber diese sollte das Ziel für die Zukunft sein. Jeder Mensch in Deutschland hat das Recht auf eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte medizinische Notfallversorgung. Hierfür müssen – ausgehend vom Patienten – folgende Fragen geklärt werden: Was wollen wir für diesen Patienten erreichen? Wie können wir das erreichen? Wo finden sich Ineffizienzen? Ist die Vernetzung der Notfallversorgung eine Option?

Bedarfsgerechte Notfallversorgung ist zeitgerecht: Jeder Notfall zeichnet sich dadurch aus, dass eine Versorgung innerhalb definierter Zeitgrenzen erfolgen muss. Die Planung einer Notfallversorgung muss diese Zeitvorgaben für einzelne Notfalldiagnosen im Blick haben. Zweitens muss Notfallversorgung kunstgerecht sein: Kunstgerechte Notfallversorgung geht dabei nicht von Diagnosen aus, sondern von Symptomen, die geklärt werden müssen. Drittens muss Notfallversorgung effizient, bezahlbar und bedarfsbezogen sein.

Aber was ist ein medizinischer Notfall? Es fehlt an einer einheitlichen Definition: In der kassenärztlichen Perspektive sind alle Patienten, die außerhalb der Praxisöffnungszeiten kommen, per se Notfälle. Die rettungsdienstliche Definition geht – klar definiert auf Länderebene – von einer Lebensgefahr aus. Aus Krankenhausperspektive fallen sowohl unangemeldete Patienten ohne Einweisung also auch jeder ambulante und jeder stationäre Notfall unter die Definition eines Notfalls. Aber: Letztendlich definiert der Patient sich selbst als Notfall, wenn er sich bedroht fühlt: Er geht zur Praxis, ins Krankenhaus oder ruft den Rettungsdienst. Diese Systeme arbeiten nebeneinander, sind nicht gut miteinander verzahnt. Das Ziel sollte eine abgestufte notfallmedizinische Versorgungskette sein.

Ein Notfallpatient ist besorgt über seinen Gesundheitszustand und möchte primär wissen, ob er gefährdet ist und sofortige weitere Diagnostik und Therapie erforderlich sind. Eine effektive Notfallmedizin muss deshalb zuerst die Dringlichkeit des Notfalls feststellen, ggf. lebensrettende Maßnahmen einleiten und stabilisieren, dann eine diagnostische Klärung vornehmen und die weitere Versorgungsnotwendigkeit festlegen: Durch eine professionelle Notfallmedizin wird ein Symptom auf eine klare Diagnose zurückgeführt und risikoadaptiert die adäquate Weiterbehandlung festgelegt.

Die Entscheidung, welche Säule der Notfallversorgung ein Patient in Anspruch nimmt, beruht vor allem auf seiner subjektiven Einschätzung, welche Versorgungsstruktur auf die Versorgung medizinischer Notfälle spezialisiert ist und die erforderlichen Ressourcen für seinen Notfall vorhält. Gründe, die Notaufnahme aufzusuchen, obwohl eine Behandlung in einer kassenärztlichen Praxis ausreichen würde, waren in einer Untersuchung in einer sehr großen Notaufnahme unter anderem die Erwartung einer

höheren Versorgungsqualität, die Einholung einer Zweitmeinung, Terminprobleme beim Hausarzt oder der Verweis des Hausarztes an die Notaufnahme. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass die Zahl der Notfallpatienten im Krankenhaus zu-, die Zahl im KV-Bereich dagegen eher abnimmt. Die Spezialisierung in der Notfallmedizin hat zur Folge, dass die Patienten eher das Krankenhaus als eine kassenärztliche Notfallpraxis aufsuchen, die im Allgemeinen auch nur begrenzte Öffnungszeiten hat. Gelegentlich wird der Vorwurf erhoben, die Krankenhäuser würden im Vergleich zu kassenärztlichen Praxen zu viele Notfallpatienten stationär aufnehmen und die Notaufnahmen zur Patientenakquise nutzen. Dies ist aber unzutreffend, denn in einer gut organisierten Notaufnahme ist der Case Mix Index (CMI) konservativer Patienten durchschnittlich um 0,2 höher als bei konservativen Elektivfällen; das zeigt, dass die aufgenommenen Notfallpatienten kränker sind.

Vor dem Hintergrund der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft in München hat die Stadt München in Zusammenarbeit mit den Städtischen Kliniken und anderen großen Notfallversorgern und dem Institut für Notfallmedizin einen Überblick über die bestehende Notfallversorgung vor Ort erarbeitet: Im Jahr 2013 kamen – in einer Stadt mit der höchsten Ärztedichte – 520.000 Patienten in die Notaufnahme, davon 100.000 mit dem Rettungsdienst. 10.000 Patienten wurden als höchste Priorität (sofortige Versorgung notwendig) eingestuft. Im gesamten Münchner Bereich gab es pro Tag sechs Infarkte mit eindeutigen EKG-Veränderungen. Die stationäre Aufnahmequote lag – je nach Ausrichtung des Krankenhauses – zwischen 25 und 55%.

Zwischenfazit: Die Notaufnahmen haben sich zu Versorgungszentren entwickelt und drohen an dieser Aufgabe zu scheitern, weil eine kostendeckende Versorgung nicht möglich ist. Die Notaufnahme wird derzeit quersubventioniert durch die stationären Patienten, was wiederum dazu führt, dass keine ausreichenden personellen und strukturellen Ressourcen vorhanden sind und es grundsätzlich einen Anreiz gibt, ambulant zu führende Patienten stationär aufzunehmen. Dies ist keine gute Strategie.

Eine Idee zur Problemlösung, die auch im aktuellen Krankenhausstrukturgesetz vorgesehen ist, sind Portalpraxen, die den Notaufnahmen vorgeschaltet sind – quasi als Gatekeeper. Dies ist grundsätzlich eine gute Idee und für ca. 30% der Patienten, die bisher in der Notaufnahme behandelt werden, sinnvoll. Die Frage ist, inwieweit die Allgemeinärzte – auch vor dem Hintergrund der freien Arztwahl – tatsächlich als Gatekeeper fungieren können. Auch eine adäquate notfallmedizinische Qualifikation der in der Portalklinik tätigen Ärzte ist nötig. Ein weiteres Problem ist, dass ohne eine gemeinsame Ersteinschätzung der Patienten in der Portalklinik Doppeluntersuchungen und doppelte Behandlungskosten drohen. Deswegen ist es sinnvoll, dass die Notfallpatienten nicht weiterhin parallele Strukturen, die nur benachbart, aber nicht kooperativ betrieben werden, vorfinden, sondern einen koordinierenden Anlaufpunkt haben. Dort wird eine objektive und validierte Ersteinschätzung durchgeführt und dann werden die Patienten der angepassten weiteren Behandlung zugeführt.

Es macht großen Sinn, die Patienten in Notfallpraxen und Notaufnahmen gemeinsam zu behandeln. Hierbei wird es unterschiedliche Lösungsansätze für ländliche und städtische Regionen geben müssen, z.B. könnten Notaufnahmen im ländlichen Bereich Versorgungszentren für alle leichteren Notfälle sein. Die Telemedizin muss genutzt und Netzwerke für spezifische Krankheiten (Stroke, Neuroradiologie etc.) zwischen kleineren und größeren Krankenhäusern müssen gebildet werden. Sinnvoll ist in diesem Sinne auch die im Gesetz vorgeschlagene Abstufung der Notfallversorgung. Die notfallmedizinische Grundversorgung muss für alle Patienten gewährleistet sein, Lebensrettung muss überall möglich sein, darüber hinaus gäbe es Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen, die strukturelle, personelle und apparative Anforderungen für die Notfallversorgung spezifischer Krankheitsbilder erfüllen müssen.

Fazit: Eine vernetzte Notfallversorgung setzt die Schaffung einer einheitlichen Anlaufstelle für die Patienten voraus. Gemeinsam organisierte Leitstellen könnten sowohl eine erste Telefontriage als auch eine Triagierung der Patienten vor Ort vornehmen. Speziell geschulte Fachkräfte leiten die Patienten nach erfolgter gemeinsamer Ersteinschätzung in die richtige Versorgungsstruktur weiter. Der ambulante Notdienst sollte in die Notaufnahmen integriert werden.

4.2 Zwischenbericht der AG Krankenhauswesen der AOLG zum Thema „Notfallversorgung durch Krankenhäuser“

Dr. Brigitte Wrede, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin



Die AG Notfallversorgung ist eine Unter-Arbeitsgruppe der AG Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Die AOLG hat der AG Notfallversorgung unter Federführung des Landes Berlin im März 2015 den Auftrag erteilt, die Strukturen der Notfallversorgung mit dem Schwerpunkt Krankenhäuser zu analysieren, Weiterentwicklungsbedarfe herauszuarbeiten und Vorschläge zur Verbesserung zu entwickeln. Bis zum Frühjahr 2016 soll der AOLG berichtet werden.

Hintergrund dieses Auftrags ist der Trend der steigenden Inanspruchnahme der Notaufnahmen, welcher zu deren räumlicher und personeller Überlastung führt. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten liegt zwar bei der KV, aber im Notfall besteht eine freie Arztwahl. Ein weiterer Faktor sind die steigenden medizinischen und organisatorischen Ansprüche an die Notaufnahmen, verbunden mit den Möglich-

keiten, die die Notaufnahmen bieten. Das DKG-Gutachten 2015³ kommt unter anderem zu dem Ergebnis, dass ein hoher Anteil der ambulant verbleibenden Notfallpatienten Mittel des Krankenhauses benötigt. Hier stellt sich die Frage, ob es sich noch um eine ambulante Behandlung handelt. Andere Notfallpatienten finden z. T. außerhalb des Krankenhauses kein vertragsärztliches Angebot oder wollen dieses nicht nutzen. Gleichzeitig werden laut Gutachten die ambulanten Notfälle im Krankenhaus nicht kostendeckend vergütet.

Zur Entlastung der Notaufnahmen sind im Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sowie im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), welches am 01.01.2016 in Kraft treten soll, Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern geplant. In der Ergänzung zum KHSG zur ambulanten Notfallversorgung sind diese Kooperationen konkretisiert worden. Im KHSG ist ebenfalls festgelegt, dass der G-BA den Auftrag hat, Qualitätsindikatoren für die Notfallversorgung zu entwickeln und Stufungen der Notfallkrankenhäuser anhand von Vorhaltekosten einzuführen, die als Basis für Zu- und Abschläge für die Notfallversorgung dienen sollen. Darüber hinaus hat die DKG als Teil des ergänzten Bewertungsausschusses nun auch eine Mitsprache bei der Vergütung der ambulanten Notfälle.

Ziele der AG Notfallversorgung sind die Analyse der Strukturen der Notfallversorgung aus Patientensicht, die Benennung von Defiziten sowie die Entwicklung von Strukturmodellen zur besseren Versorgung. Hierzu gehören unter anderem die bessere Verzahnung der Akteure der einzelnen Sektoren und die Vermeidung von Fehlallokationen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Definition der Aufgaben der Notaufnahmen, denn aktuell ist es – laut einem BSG-Urteil – in Notaufnahmen nicht vorgesehen, nach Anamnese und körperlicher Untersuchung eine weitere Abklärung von ambulant verbleibenden Patienten durchzuführen. Wichtig sind ebenfalls die Sicherstellung der Qualität unter enger Abstimmung mit dem G-BA und die Prüfung, ob es rechtliche Veränderungen für umsetzbare Lösungen gibt. Die erste Expertenanhörung zur Notfallversorgung kam unter anderem zum Ergebnis, dass Patienten eine wohnortnahe und zu jeder Zeit erreichbare Notfallversorgung benötigen. Hierbei sollten Kreis-

³ MCK/ DGINA 2015: Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse, Hamburg; abrufbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf

und Ländergrenzen keine Rolle spielen. Patienten brauchen klar strukturierte Wege und zentrale Anlaufstellen mit interdisziplinären Versorgungsstrukturen. Eine hohe Behandlungsqualität und fachärztliche Kompetenz sind von zentraler Bedeutung und im Zweifelsfall wichtiger als die Entfernung. Je nach Symptom oder Erkrankung werden unterschiedliche Anforderungen an das System gestellt (haus- oder fachärztliche Versorgung, Versorgung mit Mitteln des Krankenhauses).

Verbesserungsbedarfe in der Notfallversorgung und Lösungsmöglichkeiten sahen die Experten erstens hinsichtlich der Schaffung klarer Wege für den Patienten: So muss einheitlich definiert werden, was ein Notfall ist. Die Patienten sollten nach ihren Symptomen den Strukturen der Notfallversorgung zugeordnet werden, welche möglichst an einem Krankenhaus gebündelt sein sollten, da hier die meisten Ressourcen zur Verfügung stehen. Als zweites zentrales Thema wurde der Aufbau von Lotsenstrukturen, z.B. in Form integrierter Leitstellen, genannt. Diese können helfen, den Patienten in die für ihn richtigen Versorgungsstrukturen hineinzuleiten. Voraussetzung hierfür ist eine enge Verzahnung zwischen Rettungsdienst und kassenärztlichem Notdienst sowie die besondere Qualifizierung der Mitarbeiter, die diese Lotsenfunktion übernehmen. Um grundsätzlich Rettungseinsätze zu reduzieren, sollte die ambulante pflegerische und ärztliche Versorgung verbessert werden, z.B. sind Patienten mit verstopftem Blasenkatheter kein originärer Notfall für einen Rettungseinsatz. Die Verbesserung der Qualität der medizinischen Notfallversorgung wurde als weiterer Punkt von den Experten genannt: Dies kann z.B. durch Netzbildung von Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungstufen, durch eine Professionalisierung des medizinischen Personals und durch die Überprüfung der Prozess- und Strukturqualität geschehen. Voraussetzung hierfür ist die Herstellung einer Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Notaufnahmen, z.B. durch eine einheitliche Dokumentation und Darstellung der Inanspruchnahme sowie ein nationales Notaufnahmeregister. Alle Experten waren sich einig, dass die Notfallmedizin über die Sektoren hinweg organisiert und gestaltet werden muss, am besten in einem separaten Sektor zusammengefasst.

Wie kann nun die Versorgungsqualität in der Notfallversorgung in der Region Berlin-Brandenburg gewährleistet werden? Sind die Qualitätsindikatoren, wie sie z.B. für Berlin im neuen Krankenhausplan vorgesehen sind, auch für ländliche Regionen geeignet? Wollen wir längere Wege für bessere Qualität in Kauf nehmen? Notwendig ist eine bessere, länderübergreifende Patientensteuerung, die auch sektorenübergreifend angelegt sein sollte. Generell muss Notfallversorgung im Gesamtkonzept der medizinischen Versorgung (z.B. ambulante Pflege, ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen) betrachtet werden, gerade auch im Zuge der Auswirkungen des demografischen Wandels. Durch die Nähe von Berlin und Brandenburg – Metropole und Flächenland – haben wir ein großes Potential für eine Modellregion für eine innovative Notfallversorgung. Ich würde mich sehr freuen, wenn heute im Laufe des Tages viele innovative Ideen entwickelt werden, weil diese auch in die Länder-AG einfließen können.

4.3 Wie sollte die Notfallversorgung in Berlin und Brandenburg im Jahr 2030 aussehen?

Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH FFPH, Technische Universität Berlin

Die aktuelle Notfallversorgung ist sehr unübersichtlich aufgrund der verschiedenen Wege, die der Patient nehmen kann. Für den Patienten ist unklar, welche Telefonnummer die richtige für seinen Notfall ist. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die Notfallversorgung zu viel und zu schlechte Versorgung leistet. Man kann davon ausgehen, dass ca. 20 Millionen Patienten über die verschiedenen Wege in die stationären Notaufnahmen kommen, von denen ca. 8 Millionen als sog. Notfälle stationär aufgenommen werden. Die Anzahl der stationären Fälle ist in Deutschland in den letzten 20 Jahren um rund 30%

gestiegen, während in anderen Ländern im selben Zeitraum die Anzahl gesunken ist (z.B. in Dänemark um über 20%).



Wichtig ist, an der Qualität der Versorgung anzusetzen, denn hier hat Deutschland ein Problem. Im europäischen Vergleich ist Deutschland z.B. bei der Herzinfarktsterblichkeit – eine der Leitdiagnosen bei Notfällen – deutlich schlechter als der EU-Durchschnitt. Die Gründe sind nicht die Kompetenzen der Ärzte, sondern es sind die Strukturen: So werden z.B. jährlich in Deutschland ca. 210.000 Herzinfarkte in 1.400 (von insgesamt 1.700) Akutkrankenhäusern versorgt. Dies bedeutet, dass in einem dieser Krankenhäuser im Schnitt drei Herzinfarkte pro Woche behandelt werden. In 800 der 1.400 Krankenhäuser ist es sogar im Schnitt weniger als ein Herzinfarkt pro Woche. Gleichzeitig zeigen die Daten, dass die Herzinfarktsterblichkeit abnimmt, je mehr Herzinfarkte in einem Krankenhaus behandelt werden (ebd.). Anschaulich heißt dies: In einem Krankenhaus, das mindestens 20 Herzinfarkte in der Woche (also mehr als

1.000 Fälle pro Jahr) behandelt, sterben pro Jahr 20 Patienten weniger als in einem Krankenhaus mit weniger als einem Herzinfarkt pro Woche.

Ausgehend von diesen Ergebnissen wären 200 große Herzinfarktzentren – also ein Herzinfarktzentrum pro 400.000 Einwohner – in Deutschland sinnvoll; der österreichische Strukturplan fordert ein Zentrum pro 200.000 Einwohner, was 400 in Deutschland wären. Für die Region Berlin-Brandenburg hieße dies 15 bis max. 30 Herzinfarktzentren. Aktuell gibt es aber allein in Berlin 36 Krankenhäuser, die Herzinfarkte behandeln. Wien, das halb so groß ist wie Berlin, hat sechs Krankenhäuser, die Herzinfarktpatienten behandeln, von denen jeweils nur zwei nachts Patienten aufnehmen. Aus dem Berliner Herzregister wissen wir, dass es bezüglich der Sterblichkeit einen großen Unterschied macht, ob ein Herzinfarktpatient in den Kernarbeitszeiten kommt oder nicht. Im Jahr 2007 gab es eine 60% höhere Sterblichkeit außerhalb der Kernarbeitszeiten.

Wie sieht es bei der Schlaganfallversorgung aus? Von den 240.000 Schlaganfallpatienten in Deutschland werden 190.000 in Krankenhäusern mit Schlaganfalleinheiten behandelt. Insgesamt haben nur 456 (35%) der mehr als 1300 Krankenhäuser, die Schlaganfälle behandeln, zumindest abrechnungsmäßig eine Schlaganfalleinheit. Gleichzeitig gibt es aber nur 270 zertifizierte Stroke Units, 14 davon in Berlin und 10 in Brandenburg. Die Krankenhäuser, die zuletzt Stroke Units aufgebaut haben, kommen im Durchschnitt auf ca. 170 Patienten pro Jahr. Dagegen liegt die Mindestgröße für Stroke Units in Österreich bei vier Betten, was mindestens ca. 200 Patienten im Jahr entspricht. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass nicht mehr Schlaganfalleinheiten in Deutschland benötigt werden.

Auch ein Blick auf die Ausstattung der Plankrankenhäuser in Deutschland ist interessant: Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass immerhin 35% der Plankrankenhäuser kein CT-Gerät besitzen, eine entsprechende Diagnostik ist in diesen Krankenhäusern also gar nicht möglich. Des Weiteren verfügen 18% der Plankrankenhäuser über kein Intensivbett. In Berlin trifft dies sogar auf 23% der Plankrankenhäuser zu.

Vor diesem Hintergrund ist die Frage, wie eine grundlegende Änderung der Notfallversorgung bis 2030 zu schaffen ist. Hier ist ein Blick nach Dänemark sinnvoll, denn dort wurde die Notfallversorgung in einem 15-Jahre-Horizont rapide reformiert: Von 56 Akutkrankenhäusern im Jahr 2000 (ca. 1 Krankenhaus pro 100.000 Einwohner) erfolgte eine Reduktion auf derzeit 22 Akutkrankenhäuser (1 pro 265.000 Einwohner), das Ziel sind 21. Für die Region Berlin-Brandenburg, die ähnlich viele Einwohner und im Durchschnitt eine etwas höhere Einwohnerdichte als Dänemark hat, käme man so umgerechnet auf 22 Krankenhäuser. Wie sieht die Notfallversorgung in Dänemark aus? Der Zugang zur Notfallversorgung erfolgt ausschließlich über den Rettungswagen (112) bei lebensbedrohlichen Situationen

oder über die landesweite Rufnummer 1813 zur Terminvergabe für das Krankenhaus. Das Fachpersonal am Telefon unternimmt anhand der Schilderungen eine erste Anamnese und entscheidet über eine der beiden Optionen bzw. für einen Hausbesuch. Die Notaufnahmen sind rund um die Uhr geöffnet und halten vor: Fachärzte für Innere Medizin/ Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Anästhesie/ Intensivmedizin (Radiologie innerhalb von 30min verfügbar); CT, MRT, Labor sowie Betten, um Patienten bis zu 48h aufzunehmen. Zusätzlich verfügen 20 der 22 Krankenhäuser über eine tagsüber von spezifisch qualifiziertem Pflegepersonal betriebene „Walk-In-Klinik“ („nurse-led clinic“), die Patienten aufsuchen können zur Symptomabklärung. Des Weiteren gibt es 46 Zentren von niedergelassenen Ärzten, die außerhalb der regulären Sprechstunden betrieben werden.

Fazit: Es muss zügig begonnen werden mit der Verbesserung der Notfallversorgung, um die Ziele bis 2030 zu erreichen. Zentrale Punkte sind: 1. Konzentration der Versorgung tatsächlicher Notfälle an wenigen Orten; 2. diese halten Fachkräfte und Ausstattung ständig verfügbar; 3. der Rettungsdienst kennt diese und steuert nur diese an; 4. sonstige „Notfälle“ werden von Hausärzten und weiterqualifizierten Pflegekräften persönlich und/ oder telefonisch betreut. Worauf warten wir also? Wir könnten heute anfangen und z.B. festlegen, dass wir diese Überlegungen wenigstens als Zielvision in den neuen Krankenhausplan aufnehmen.

5. Vortragsblock II: Regionale Best Practice Beispiele

5.1 Ideen für den Bereitschaftsdienst im ländlichen Raum

Dipl.-Med. Andreas Schwark, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg

In Deutschland wird der Begriff Notfall für sehr unterschiedliche Fälle, nicht nur lebensbedrohlicher Art, genutzt: So sind in Hessen nur 10% der Anrufer der Nummer 116117 (ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVn) akut oder potentiell akut lebensbedrohlich erkrankt. 30% der Anrufer genügt eine (nicht-ärztliche) Beratung am Telefon, obwohl sie sich dringend behandlungsbedürftig fühlten. 60% der Anrufer bedurften einer ärztlichen Behandlung. In Brandenburg sind die Zahlen ähnlich: Von 100 Personen, die die 116117 wählen, bedürfen nur 30-50% einer ärztlichen Behandlung; auf drei Anrufe registrieren wir ein bis zwei abgerechnete Fälle.



Die Behandlungszahlen in den Rettungsstellen steigen in Brandenburg moderat und unterschiedlich. In der Notfall- bzw. Bereitschaftsdienstversorgung gibt es zwei wichtige, unterschiedliche Bereiche: zum einen den städtischen Bereich mit einer vermehrten Inanspruchnahme der drei Säulen der Notfallversorgung, zum anderen den ländlichen Bereich mit einer z.T. ausgesprochen geringen Inanspruchnahme der drei Säulen der Notfallversorgung. Deshalb macht es Sinn, neue bedarfsabhängige Strukturen und Kooperationen in der Notfallversorgung zu schaffen. Mit den KV RegioMed Bereitschaftspraxen sind wir dabei auf einem guten Weg. Die fünf bestehenden und zwei unmittelbar in Vorbereitung stehenden Standorte decken 70-75% der Brandenburgischen Bevölkerung ab – davon ausgehend,

dass 15 bis 20 km Anfahrtsweg zumutbar sind. Mit der Ansiedlung der KV RegioMed Bereitschaftspraxen an die regionalen Krankenhäuser besteht die Möglichkeit, die Strukturen des Krankenhauses zu nutzen und auch kooperativ tätig zu sein. Die Erfahrung zeigt, dass diese Praxen nur sinnvoll sind, wenn die Rettungsstellen der Krankenhäuser eine Fallzahl von über 2.000 Behandlungsfällen pro Jahr (außerhalb der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte) haben. Außerdem ist es aufgrund der neu entstandenen Schnittstelle nötig, die Zuständigkeiten zwischen Praxis und Krankenhausträger transparent zu definieren: Wer behandelt wen und wie kommt der Patient dorthin? Es ist notwendig, die Patientenströme zu lenken, um für jeden Notfall eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen. So ist es bei einer nicht primären Dringlichkeit der Behandlung nicht erforderlich, alle möglichen diagnostischen Maßnahmen durchzuführen, sondern es sollte sich auf das im Rahmen des Bereitschaftsdienstes Notwendige beschränkt werden.

Im ländlichen Bereich werden der Bereitschaftsdienst, die Rettungsstellen, aber auch der Rettungsdienst teilweise nur sehr wenig beansprucht. Hier ist sinnvoll, effiziente Kooperationsmodelle zu entwickeln, anstatt drei Strukturen parallel aufrechtzuerhalten. Bei Fallzahlen unter einem Notfall pro 12h (Nachtbereich) bei Rettungsdienst und Bereitschaftsdienst können Kooperationen unter bestimmten Bedingungen sinnvoll sein. Voraussetzung ist, dass die Hilfsfristen eingehalten werden und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung sichergestellt ist. Die KVBB hat seit 2013 eine, im Land Brandenburg bisher einmalige Kooperation des Bereitschaftsdienstes und des Rettungsdienstes in

Teilen des Kreises Märkisch-Oderland. Von allen Beteiligten gibt es inzwischen ein positives Feedback. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen gibt es inzwischen Gespräche zu Kooperationsmöglichkeiten mit zwei weiteren ländlichen Bereichen.

Mit der Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes im Rahmen des KV RegioMed Programms können bedarfsgerechte Strukturen und Kooperationen sowohl im städtischen als auch im ländlichen Bereich etabliert bzw. ausgebaut werden. Aufgrund des modularen Systems kann der Aufbau abhängig von den regionalen Spezifika unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, der Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst, der Erwartungen junger Ärzte und der Nachwuchsgewinnung im ambulanten Bereich erfolgen. Es ist eine nur gemeinsam zu lösende Aufgabe, die Patienten in Zukunft besser in und durch das System der Notfallversorgung zu lenken.

Fazit: Der Sicherstellungsauftrag und die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes liegen in den Modellprojekten und den entwickelten Kooperationsformen weiterhin bei der KV als Versorgungsmanager. Es ist sinnvoll, die vorhandenen Ressourcen und Synergien bedarfsgerecht durch Kooperationen im allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst zu nutzen, um eine ambulante wohnortnahe Notfallversorgung nachhaltig sicherzustellen. Die KVBB stellt sich der Aufgabe, dem Bedarf entsprechend Neues zu entwickeln und auch in Zukunft proaktiv zu gestalten.

5.2 Zusammenarbeit der Rettungsstelle St. Josefs-Krankenhaus Potsdam Dr. Antje Pfaffe, D.E.S.A., Leiterin Notaufnahme und INKA St. Josefs-Krankenhaus Potsdam



Das St. Josefs-Krankenhaus Potsdam ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung mit 242 Betten, einer Inneren Medizin mit einer Chest Pain Unit, einer Chirurgischen Klinik, einer Neurologie mit einer Stroke Unit, Gynäkologie, Anästhesie, Radiologie. Im Zuge der ansteigenden Zahlen in der Notaufnahme hat sich das Krankenhaus entschieden, eine eigene Abteilung für Notfallmedizin mit einer Notaufnahme und einer Interdisziplinären Notfall- und Kurzlieger-Aufnahmestation (INKA) mit vier Betten einzurichten. In der Rettungsstelle werden jährlich rund um die Uhr ca. 18.000 Patienten versorgt, von denen knapp 60% ambulant verbleiben.

Die Rettungsstelle hat eine direkte räumliche Anbindung an die KV RegioMed-Praxis – wie alle KV-Praxen in Brandenburg – dies ist durchaus eine länderspezifische Besonderheit. Die am 01.01.2012 eröffnete KV RegioMed-Praxis verfügt über zwei Be-

handlungsräume mit je einem Behandlungsplatz. Die medizinischen Fachangestellten werden von der Rettungsstelle gestellt, so dass sie beide Strukturen gut kennen. Insgesamt arbeiten 70 verschiedene Ärzte aller Fachrichtungen in der KV Praxis. Nach einer Analyse der Patientenströme in der Notaufnahme wurden die Öffnungszeiten der KV Praxis festgelegt und nach einem Jahr noch einmal angepasst.

Was sind die Vorteile einer Zusammenarbeit zwischen Bereitschaftspraxis und Notaufnahme in unmittelbarer räumlicher Nähe? Aus der Perspektive des Krankenhauses führt die Zusammenarbeit zu einer Entlastung der Notaufnahme, da ambulante Patienten in die KV Praxis weitergeleitet werden können. Die Notaufnahme kann sich so auf krankenhauspflichtige Patienten konzentrieren. Ein weiterer Aspekt ist die Patientenakquise: Zwar haben die Patienten weiterhin freie Krankenhauswahl, aber in der Regel bleiben sie in unserem Krankenhaus. Auch die Bündelung der Kompetenz aus beiden Sektoren an

einem Standort und die Nutzung desselben MFA-Personals, das bedarfsorientiert in beiden Bereichen arbeitet, sind Vorteile. Diese Punkte führen aus Krankenhaussicht zu einer höheren Wirtschaftlichkeit. Vorteile aus der KV-Sicht sind die Möglichkeit der Nutzung der Infrastruktur des Krankenhauses (Räume, Labor, Material, Personal), die niedrigen Kosten für die Miete der Räume und die Sicherstellung der MFA-Versorgung durch das Krankenhaus. Des Weiteren können Patienten bürokratielos in die Notaufnahmen weitergeleitet werden, von den Vertragsärzten werden in der Regel weniger fakultative Leistungen erbracht, gleichzeitig bleibt das Honorar bei den Vertragsärzten. Insofern führen diese Aspekte auch aus KV-Sicht zu einer höheren Wirtschaftlichkeit. Aus der Perspektive der Patienten sind die Vorteile, dass Patienten nur noch eine Anlaufstelle für alle Notfälle haben und somit am gleichen Ort sowohl die ambulante als auch die stationäre Kompetenz vorfinden – verbunden mit einer höheren Facharztquote. Gerade für Patienten mit Bagatellverletzungen ergeben sich so kürzere Wartezeiten. Durch die höhere Wirtschaftlichkeit in den beiden Sektoren bleiben auch die Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen längerfristig stabil.

Wie erfolgt die Regulation der Patientenströme? Die Entscheidung, von wem und in welcher Form eine Triagierung stattfindet, erforderte Kompromisse auf Seiten des Krankenhauses und der KV. Alle Patienten, die mit dem Rettungsdienst oder mit einer Einweisung vom Hausarzt kommen oder sich selbst in der Notaufnahme einfinden, werden durch eine Pflegekraft in der Notaufnahme triagiert und werden nach Einstufung entweder in die Notaufnahme oder in die KV-Praxis weitergeleitet. Die Patienten, die sich in der KV-Praxis vorstellen, werden dort behandelt und nicht mittriagiert, um nicht unnötig Ressourcen zu binden. Zugrunde gelegtes Triage-System in der Notaufnahme ist der Emergency Severity Index (ESI), ein validiertes fünfstufiges Triage-System, das als einziges eine Triagierung auch anhand der Ressourcen vornimmt (benötigt der Patient ein Labor, Röntgen, EKG etc.).

Wie haben sich die Patientenzahlen seit 2012 entwickelt? Im Jahr nach der Eröffnung kam es zu einem deutlichen Anstieg der Zahlen in der KV-Praxis, seitdem sind diese relativ stabil. In der Notaufnahme gab es in den ersten beiden Jahren der KV-Praxis einen deutlichen Abfall der ambulanten Patienten, seitdem steigen die Zahlen wieder, sind aber weiterhin unter dem Niveau von 2011. Die zu beobachtenden tageszeitlichen Schwankungen der ambulanten Patientenzahlen in der Notaufnahme spiegeln die Öffnungszeiten der KV-Praxis wider. Ähnliches zeigt sich bei Betrachtung der ambulanten Patientenzahlen nach Wochentagen.

Auch wenn grundsätzlich konstatiert werden kann, dass sowohl Notaufnahme als auch Bereitschaftspraxis und Patient von der räumlichen Nähe profitieren, gibt es auch Optimierungsmöglichkeiten: Es ist für die Patientensicherheit und aufgrund der Rechtssituation unabdingbar, dass alle Patienten, die sich fußläufig in der Bereitschaftspraxis oder Notaufnahme vorstellen, von entsprechend ausgebildetem Fachpersonal nach einem international anerkannten System triagiert und den entsprechenden Ressourcen zugeteilt werden. Ein Problem sind die begrenzten Öffnungszeiten, z.B. an Brückentagen, wo viele niedergelassene Ärzte ihre Praxis geschlossen halten und gleichzeitig die KV-Praxis geschlossen ist. Aus Sicht der Notaufnahme wünschenswert wäre weiterhin eine Facharztauswahl für die KV-Praxis, um die Patientenversorgung zu optimieren und das Ausmaß an Anfragen an die Ärzte der Notaufnahme (z.B. zur EKG-Befundung) zu verringern. Ein weiteres Problem ist, dass aus der KV-Praxis häufig Überweisungen in die Notaufnahme erfolgen anstelle von Einweisungen. Des Weiteren nutzen die in der KV-Praxis tätigen Ärzte viele Ressourcen des Krankenhauses (Labor, Radiologie), ohne dass eine Kostenübernahme erfolgt. Es gibt also noch einiges zu tun, was in den nächsten Jahren in Teamwork zu gestalten ist.

5.3 Der ältere Mensch in der Notfallmedizin – Was kann die Universitätsmedizin leisten?

Prof. Dr. Rajan Somasundaram, Leiter der Interdisziplinären Rettungsstelle und Aufnahmestation Charité-Universitätsmedizin, Campus Benjamin Franklin



Zuerst einmal: Wir dürfen nicht vergessen, dass wir alle irgendwann einmal Patienten sind, vielleicht auch Notfallpatienten. Bei all dem, was wir hier diskutieren, sollte dies beherzigt werden.

Was ist nun aber ein Notfall? „Als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten werden alle Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“ (DGINA, AAEM, SGNOR 2013). Wichtig ist also die Einschätzung des Patienten, dass es sich um eine für ihn bedrohliche Situation handelt. Patienten kommen in die Notaufnahme, weil sie Sorgen haben. Und es ist eine grundsätzlich ärztliche Aufgabe, diese Sorgen ernst zu nehmen.

In Deutschland werden jährlich über 20 Millionen Patienten in den Notaufnahmen behandelt, die Zahlen sind steigend. Wenn

– statistisch gesehen – quasi jeder vierte Bürger einmal im Jahr in einer Notaufnahme ist, kann dies keinem Politiker egal sein. Vor allem der Anteil der älteren multimorbiden Patienten steigt. Ein grundsätzliches Problem in der Diskussion um die Notfallversorgung ist, dass die Frage nach der (vermeintlichen) Vermeidbarkeit von Behandlungen von sog. „Bagatellfällen“ in Notaufnahmen immer aus der ex-post-Sicht geführt wird. Dabei wird übersehen, dass die Patienten, die in der Notaufnahme eintreffen, medizinisch kompliziert sind, insbesondere, wenn sie älter sind: denn der Patient kommt mit ein oder mehreren Symptomen und nicht mit einer spezifischen Diagnose. Diese muss erst gestellt werden. In der Diskussion und bei der Interpretation von Statistiken zum Thema „Fehlversorgung“ durch Notaufnahmen muss dies im Hinterkopf sein. Hier sind auch die Universitätskliniken in der Pflicht, an der Entwicklung und klinischen Prüfung von neuen Versorgungskonzepten mitzuwirken, um die Versorgungsqualität weiter zu verbessern und letztlich auch den Ressourcenverbrauch zu optimieren.

Ein Beispiel hierfür ist die Leitsymptomstudie der Charité. Zentrale Fragestellungen der Studie waren: Was ist das häufigste Leitsymptom bei Notfallpatienten aus dem internistisch-neurologischen Bereich? Was sind die häufigsten zugrunde liegenden Diagnosen? Wie ist der Verlauf bzw. die Prognose der jeweiligen Leitsymptome? Über ein Jahr wurden zu etwa 34.000 Patienten prospektiv fünf Leitsymptome erfasst. Das häufigste Leitsymptom war: „keines dieser Symptome“ – 66% der Patienten betraf dies. In dieser Gruppe war die Mortalität höher als z.B. bei Patienten mit Brustschmerz, jeder 20. Patient mit unklarem Leitsymptom starb. Hier stellt sich die Frage: Mit welchen Strategien lassen sich aus dieser Gruppe die kritisch Kranken herausfiltern?

Retrospektiv wurde weiterhin geschaut, mit welchen Leitsymptomen die Patienten in die Notaufnahme kamen, bei denen ein Herzinfarkt diagnostiziert wurde. Von den älteren Patienten mit Herzinfarkt hatte nur die Hälfte Brustschmerz als Leitsymptom angegeben, ein Viertel hatte kein klares Leitsymptom. Und das ist kritisch. Der ältere Patient ist ein Hochrisikopatient, da das Risiko, eine relevante Diagnose zu übersehen, hoch ist. Deshalb müssen Instrumente zur Risikostratifizierung entwickelt werden – auch dies ist eine Aufgabe der Universitätsmedizin.

Das Konzept „Charité-Haube“ ist ein aktuelles Beispiel. Hintergrund dieser Entwicklung ist die Problematik der zunehmenden Zahl dementer Notfallpatienten in den Notaufnahmen. Ursachensuche und Einschätzung der Beschwerden sind besonders schwierig, die Umgebung Notaufnahme überfordert die Patienten, es kommt zu Verunsicherungssituationen bis hin zu Weglauftendenzen und Stürzen. Die Frage ist, wie können technisch unterstützte Verfahren helfen, die Versorgung dieser anwachsenden Patientengruppe zu verbessern, z.B. indem eine zunehmende Unruhe frühzeitig erkannt und dann interveniert wird?

In Zusammenarbeit mit der School of Design Thinking des Hasso-Plattner-Instituts und dem iDoc Institut für Telemedizin aus Potsdam wurde die Idee einer Kombination von Haube mit technischen Überwachungs- und Interventionsmöglichkeiten ohne Körperkontakt entwickelt und der erste Prototyp dieser Konzepthaube erstellt. Im Rahmen von Pilotstudien wurden erste Evaluationen zur Wirksamkeit bei dementen und nicht-dementen Patienten der Rettungsstelle zusammen mit den Oberhavel Kliniken Brandenburg durchgeführt, deren Daten derzeit ausgewertet werden. In ersten Versuchen konnte die Sicherheit des Prototyps belegt werden, die entwickelten Systeme messen Unruhe zuverlässig. Die Haube wurde von nicht-dementen Patienten überwiegend positiv wahrgenommen, bei dementen Patienten zeigte sich ein tendenziell beruhigender Effekt. Also: Das Konzept der Charité-Haube könnte zur Prävention und Intervention bei älteren und dementen Notfallpatienten geeignet sein. Für die weitere Bewertung müssen aber die Ergebnisse der Pilotstudien abgewartet werden. Es gibt also inhaltlich noch viel zu tun und die Ökonomie lassen wir jetzt erst einmal außen vor.

5.4 Entwicklung der Versorgungsqualität in den Notaufnahmen Berlins **Dr. Werner Wyrwich, MBA, Mitglied des Vorstandes der Berliner Ärztekammer**



Die Notfallmedizin in Deutschland wurde bis 2010 von den medizinischen Fachgesellschaften und den gesundheitspolitisch Verantwortlichen allgemein als gut funktionierend dargestellt. Im Gegensatz dazu war die Situation in Berlin dadurch gekennzeichnet, dass die Rettungsstellen dem zunehmenden Ansturm der Patienten nicht gewachsen waren und die Patientenbeschwerden sich häuften, was durch die Presse mit dem Fokus auf die Versorgungssituation in den Berliner Notaufnahmen aufgegriffen wurde. Eine aus dieser Zeit stammende Schlagzeile lautete: „Es fehlt ein TÜV für Rettungsstellen.“

Um hier eine sachliche Klärung proaktiv voranzutreiben und zu einer Verbesserung der Notfallversorgung in Berlin beizutragen, wurde 2011 in der Ärztekammer Berlin der Arbeits-

kreis „Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin“ gegründet mit dem Auftrag, sowohl die präklinischen als auch die klinischen Aspekte der Notfallversorgung zu analysieren und Ideen zu entwickeln, wie nicht nur interdisziplinär, sondern auch sektorenübergreifend die Notfallversorgung verbessert werden könnte.

Die Analysen ergaben unter anderem, dass die Regelungen zwischen den Versorgungssektoren nicht aufeinander abgestimmt sind, die Fachgesellschaften Notfallmedizin für ihr eigenes Gebiet nicht eindeutig definieren und hinsichtlich der Zuständigkeiten kontroverse Sichtweisen vertreten. In den Weiterbildungsordnungen fehlt eine strukturierte Verankerung des Aufgabengebiets „Notaufnahme“ und in Berlin verweist der Gesetzgeber auf die Regelungskompetenz der Ärztekammer. Im Ergebnis dieser

Analysen beauftragte der Vorstand der Ärztekammer den Arbeitskreis damit, ein Konzept zur nachhaltigen Verbesserung der Qualifikation der in der Notfallversorgung tätigen Ärzte zu entwickeln. Die Schwerpunkte dieses Ende 2011/ Anfang 2012 vorgestellten Konzepts waren die Fachkompetenz, das Haftungsrisiko und die Patientensicherheit sowie die berufliche Perspektive für die Ärzte in den Notaufnahmen. Der Arbeitskreis gab ein klares Votum für die Etablierung eines Facharztes für Notfallmedizin ab (vs. Kurs oder Zusatzweiterbildung).

Allerdings beschloss der Deutsche Ärztetag 2012 die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung, an der sich die Fachgesellschaften beteiligen sollten. Diese entschieden sich nicht für eine Facharztweiterbildung Notfallmedizin, sondern für eine notfallmedizinische Zusatzweiterbildung. Sowohl der Dachverband "DIVI" als auch die "DGINA" reichten Vorschläge für die notfallmedizinische Zusatzweiterbildung bei der Bundesärztekammer ein. Dies führte in der Ärztekammer Berlin zur Entscheidung, ebenfalls eine Zusatzweiterbildung – mit einer Dauer von drei Jahren allerdings anspruchsvoller als üblich – zu konzipieren. Diese wurde vom Arbeitskreis im April 2014 und bereits im Juni 2014 von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer mit großer Mehrheit angenommen. Nach Genehmigung durch die Senatsverwaltung des Landes Berlin kann die Zusatzweiterbildung seit dem 11.10.2014 bei der Ärztekammer Berlin beantragt werden.

Die Zusatzqualifikation kann in Ergänzung einer Facharztkompetenz erworben werden und umfasst die interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von Akutpatienten im Krankenhaus. Die Grundvoraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung ist die Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Die Weiterbildung dauert 36 Monate, davon sind mind. 24 Monate in einer zentralen Notaufnahme und mindestens sechs Monate in der Intensivmedizin abzuleisten. Darüber hinaus sind die Pädiatrie und der Kurs „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ aufgenommen. Es gibt Übergangsbestimmungen für bestimmte Facharztgruppen, außerdem können Fachärzte, die in der Notaufnahme leitend tätig waren, nach bestandener Prüfung befugt werden, die Weiterbildung anzuleiten. Die Weiterbildung erfolgt kompetenzorientiert. Jeder Arzt, der die Zusatzweiterbildung durchläuft, muss in einem Logbuch nachweisen, welche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben wurden. Der weiterbildungsbefugte Arzt bestätigt das sichere Beherrschen der Kompetenzen und der relevanten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren.

Wie hat sich diese Zusatzausbildung im ersten Jahr ihres Bestehens entwickelt? Bis zum 31.10.2015 haben sich 47 Ärzte für die Anerkennung der Zusatzweiterbildung bei der Ärztekammer Berlin gemeldet, inzwischen gibt es bereits 20 Anerkennungen. Außerdem wurden bereits zehn Anträge auf Weiterbildungsbefugnis gestellt.

Eine „politische Nebenwirkung“ der Etablierung der Zusatzweiterbildung ist, dass für den Berliner Krankenhausplan 2016 aufgenommen ist, dass alle dauerhaft in den Notaufnahmen eingesetzten Ärzte diese Zusatzqualifikation erwerben sollen. Die Notaufnahmen sollen als eigenständige strukturelle (und bauliche) Einheit vorgehalten werden mit interdisziplinärem Ansatz. Notaufnahmen müssen eine ärztliche und eine pflegerische Leitung haben und sollen einen je eigenen Personalstamm vorhalten. Aktuell ist der Arbeitskreis „Interdisziplinäre Notaufnahmen und Notfallmedizin“ damit beauftragt, zur Qualitätssicherung von Notaufnahmen Qualitätskriterien zu definieren, Qualitätsindikatoren zu identifizieren, daraus Kennzahlen zu entwickeln und zu prüfen, ob dies in einem vertretbaren Aufwand möglich ist. Hierauf ist dann ein Konzept zu erarbeiten, mit dem eine verbindliche Qualitätssicherung der Notfallversorgung in den teilnehmenden Berliner Krankenhäusern möglich ist. Das Ziel ist, mit einem vertretbaren technischen und personellen Aufwand einen objektiven Vergleich der Versorgungsqualität der Berliner Notaufnahmen zu ermöglichen. Dies ist ein extrem schwer zu erreichendes Ziel, aber wir arbeiten daran.

6. Redebeitrag der Politik

6.1 Redebeitrag Frau Diana Golze, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg



Sehr geehrter Herr Dr. Schick, sehr geehrte Damen und Herren, in der Theorie ist vieles einfach. Auch ein Notfall lässt sich auf dem Papier leicht definieren. Notfälle sind demnach nicht vorhersehbare und plötzlich auftretende Krisensituationen. Werden wir danach gefragt, was ein Notfall auslösen oder erzeugen kann, fallen Jedem und Jeder Unfälle oder Katastrophen spontan als Antwort ein. Wir verbinden damit Situationen, bei denen Menschen zu Schaden kommen. Mit einem Notfall wird daher der Anspruch an unmittelbare Hilfe verbunden – und zwar nicht nur im medizinischen Sinne, sondern auch in anderen Situationen. Unwetter, Hochwasser, aber auch politische Krisen oder Kriegssituationen zeigen immer wieder deutlich, dass dieser Anspruch in akuten Situationen reale Anforderung wird.

Im Alltagsgeschehen betrachten wir Notfälle aber auch als Zwangslagen – Situationen also, die sich nicht immer in objektiven Normen messen lassen. Das subjektive Empfinden, in einer Notlage zu sein, macht eine klare Abgrenzung des Begriffes Notfall jenseits der Theorie sehr viel schwieriger. Wenn wir alle ganz genau wüssten, was ein „Notfall“ ist, dann wären so einige Probleme, derer sich die heutige Zukunftswerkstatt widmet, kleiner oder würden nicht als solche wahrgenommen.

Vielleicht würde dann für viele auch besser einschätzbar, wann sie oder er den Rettungsdienst ruft oder sich in die Notaufnahme des nächsten Krankenhauses fahren lässt. Dennoch müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass dieser Schritt immer auch eine subjektive Entscheidung ist und die Notwendigkeit, einen Arzt aufsuchen zu müssen, Erkrankte manchmal eben auch aus ganz anderen Gründen in die Notaufnahme führt.

Auch die Frage nach Versorgungsnetzen und nach dem „Sich-versorgt-fühlen“ der Bürgerinnen und Bürger müssen wir stellen, wenn wir über eine Notfallversorgung als Bestandteil eines bedarfsorientierten, innovativen und sektorenübergreifenden Gesundheitswesens diskutieren.

Sehr geehrte Anwesende, Sie haben seit nunmehr über zwei Stunden viele gute und wichtige Informationen bekommen zur Problemlage der Notfallversorgung, im Einzelnen und im speziellen Sinne. Von zentraler Bedeutung ist für mich, dass die drei Säulen der Notfallversorgung eng miteinander verzahnt werden: Der boden- und luftgebundene Rettungsdienst der Landkreise und Kommunen, die ambulanten Bereitschaftsdienste und die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser. Und ich möchte mit Ihnen auf die Suche nach dem „WIE“ gehen. Ob Rettungsverlegungsketten, Spezialisierung und Zentralisierung – wir müssen alle Möglichkeiten prüfen und gute Erfahrungen nutzen.

Die beiden Vorträge von Herrn Schwark und Frau Dr. Pfaffe haben dazu bereits praktische Beispiele aus Brandenburg geliefert. Wir sollten gemeinsam beraten, diese nun in die Fläche und damit in die Krankenhäuser – den Anker der gesundheitlichen Versorgung in Brandenburg – zu tragen. Denn die Krankenhäuser sind es, die zu einem großen Teil die Notfallversorgung für die Bevölkerung in den ländlichen berlinfernen Regionen sichern. Doch auch für die Niedergelassenen, die Bereitschaftsdienst leisten, und für die Rettungsdienste sind diese Erfahrungen wichtig.

Fachlich sind Sie die Spezialisten. Meine Aufgabe sehe ich darin, Sie zum Austausch zu motivieren und anzuspornen zu einer Suche nach kreativen, gangbaren Lösungen. Ich möchte Sie ein wenig

weiter weg führen von den fachlichen Inputs, den visionären Wunschvorstellungen, den großen Problemdimensionen. Eine Verschnaufpause, nur ein kurzes Innehalten.

Ich erinnere mich noch gut an das letzte Jahr, an den Dezember 2014. Ich war gerade frisch angekommen – von der Oppositionspolitikerin auf Bundesebene zur Fachverantwortlichen auf Landesebene – in der Funktion als Gesundheitsministerin. Ich war auf den Tag genau einen Monat im neuen Amt, als ich die erste Zukunftswerkstatt eröffnen durfte – gemeinsam mit meinem Kollegen Czaja. Wie schon im vergangenen Jahr ist es mir wichtig, dieser Auftaktveranstaltung beizuwohnen. Dass ich in diesem Jahr den spürbar kürzeren Anfahrtsweg hatte, ist dem Wunsch aller Beteiligten geschuldet, den Dialog auf Augenhöhe zwischen beiden Ländern zu führen und gemeinsam an der Idee einer Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg zu arbeiten.

Das Veranstaltungsformat Zukunftswerkstatt soll – das sind der Wunsch und die Hoffnung der Macher und Fachleute – uns voranbringen auf unserem Weg hin zu einer noch besser abgestimmten Krankenhausplanung. Es soll helfen, gemeinsame Grundsätze zu vereinbaren – und das ganz besonders bei zentralen Themen, die bundesweit die Gesundheitsverwaltungen beschäftigen. Wir wollen einen fachlichen Disput anstoßen – eine Diskussion mit Expertinnen und Experten, mit Akteuren vor Ort. Es geht um gute Lösungen, die die Metropole und die ländlichen, berlinfernen Lebensräume gleichermaßen einschließen.

Ganz bestimmt erwarten wir keine Wunder von Ihnen. Die gewachsenen Strukturen der gesundheitlichen Versorgung sind kompliziert. Sie müssen den sich ständig ändernden Rahmenbedingungen angepasst werden. Das darf jedoch nicht zu Defiziten oder Verlusten führen. Denn die medizinische Versorgung braucht Zuverlässigkeit. Und selbstverständlich muss auch das Leistungsentgelt diesem hohen Anspruch Rechnung tragen. Das Krankenhausstrukturgesetz in seiner jetzigen Fassung geht in die richtige Richtung – auch wenn Richtung und Ziel wie so oft nicht das Gleiche sind und hier noch einiges auf den Weg gebracht werden muss.

Doch zurück zum Thema der heutigen Zukunftswerkstatt. Selbst wenn wir uns alle auf die wirklichen Notfälle beschränken, muss jede und jeder Hilfebedürftige genau die Hilfe bekommen, die eine „unvorhersehbare, bedrohliche Störung oder Gefährdung“ der Gesundheit abwendet und die „körperliche Unversehrtheit“ sichert oder wieder herstellt. Ein klassischer, medizinischer Notfall eben. Und in dieser konkreten Situation geht es ums Ganze. Da ist keine Zeit mit Worten zu verlieren. Qualität muss sein. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll hier Standards formulieren, die für jedes Krankenhaus zu erfüllen sind. So legt es das Krankenhausstrukturgesetz fest. Und diese Qualität, verehrte Anwesende, daran besteht kein Zweifel, muss am Ende auch angemessen bezahlt werden. Dafür treten wir – die Gesundheitsminister der Länder – gemeinsam ein.

Hier und heute dürfen wir uns ausführlich austauschen und können den Zeitrahmen nutzen. Wir müssen uns vermutlich auch in Geduld üben, was die Ergebnisse angeht. Wenn wir weiter Zuverlässigkeit im Notfall wollen, dann muss das System leistungsfähig und qualitativ hochwertig bleiben sowie auskömmlich finanziert werden. Auch in diesem Jahr werden die Ergebnisse dokumentiert und in die aktuellen Diskussionen der Gremien auf Landes- und Bundesebene einbezogen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine erfolgreiche Veranstaltung, vielen Dank.

7. Vorstellung der ausgewählten Themenschwerpunkte und des Vorgehens in der Gruppenarbeit

Moderation: Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3

Die Teilnehmenden wurden mit der Einladung zur Zukunftswerkstatt gebeten, im Vorfeld Vorschläge zu wichtigen inhaltlichen Schwerpunktthemen der Notfallversorgung zu nennen. Diese wurden in der Vorbereitungsgruppe der Zukunftswerkstatt ausgewertet, systematisiert und zu drei Oberthemen geclustert. Ausgangspunkt war das durch die drei Sektoren (stationäre Notaufnahme, Rettungsdienst und KV Notfallpraxis) getragene Dreieck der Notfallversorgung sowie deren Schnittstellen.

Da sich nur zwei der eingegangenen Vorschläge auf die Säule KV Notfallpraxis bezogen, dagegen aber viele Vorschläge eingingen, die dem Bereich der übergeordneten Struktur der drei Säulen der Notfallversorgung zuzuordnen waren, wurden folgende drei Themenschwerpunkte gebildet:

- Rettungsstelle, KV Notfallpraxis und deren Schnittstelle
- Flächendeckende Versorgung mit mobilen Diensten
- Notfallmedizinische Strukturen – Bedarf und Steuerung.

In Tabelle 1 finden sich alle, im Vorfeld der Veranstaltung eingegangenen Themenvorschläge, geclustert nach den drei Themenschwerpunkten.

Tabelle 1: Übersicht über die von den Teilnehmenden im Vorfeld der Veranstaltung eingebrachten Vorschläge sowie deren Clustering zu den drei Oberthemen

Oberthema	Themenvorschläge
Rettungsstelle, KV Notfallpraxis und deren Schnittstelle	<ul style="list-style-type: none"> • Problemfeld Rettungsstelle ↔ KV Dienst/ Niedergelassene Notfallversorgung • Erlössituation ambulant versorgter Patienten in Notfallbehandlungseinrichtungen der Kliniken • Kooperationsmöglichkeiten zwischen kassenärztlichem Notfalldienst und Kliniken • Zuordnung von Notfallpatienten zu Portalpraxen in Kooperationen? Nutzung von validierten Triage-Systemen • Defizitäre ambulante Versorgung • Schnittstelle prästationäre Versorgung von Herzinfarktpatienten und stationärer Versorgung • Mangelnde Vergütung der Leistungen in der Notaufnahme • Verfügbarkeit kassenärztlicher Notfalldienst • Qualitätskriterien von Kooperationen zwischen KV Notfallpraxis und Rettungsstelle • Verzahnung von Kassenärztlichem Notdienst und Notfallambulanzen an Kliniken zur Entlastung des Rettungsdienstes • KV-Praxis an der RST (Rettungsstelle) • Mangelnde Präsenz des KV-Notdienstes • Sind Leistungen der Notaufnahme „ambulant“, wenn sie nicht in Praxen erbracht werden können? • Zukünftige ambulante Behandlungsoptionen außerhalb der Kliniken • Erreichbarkeit kassenärztlicher Notfalldienst • Stationäre Notfalldiagnostik • Gewährleistung der richtigen Zuordnung der Behandlungsmöglichkeiten der Patienten in den KV RegioMed Bereitschaftspraxen (z.B. Brustschmerz etc.)

Flächendeckende Versorgung mit mobilen Diensten	<ul style="list-style-type: none"> • Bettenmangel der Kliniken bei ungefiltertem Zufluss durch die Rettungsdienste • Qualitätssicherung Schnittstelle Präklinik/ Klinik • Standardisierte Übergabeprotokolle/ Überleitungsbögen • Übergabe Rettungsdienst – Notaufnahme; keine Möglichkeit der elektronischen Befundübergabe • Telemedizin/ Notfallsanitäter/ Versorgung in der Fläche • Steuerung Unfallverletzte/ Zielkrankenhaus • Gemeinsame Nutzung von Rettungsmitteln (Rettungstransportwagen, Notarzteinsetzfahrzeug) für den KV Bereitschaftsdienst bei geringer Inanspruchnahme • Integrierte Leitstellen und Auswahl geeigneter Leistungen (Hausbesuch, Praxisbesuch, Krankentransportwagen, Rettungstransportwagen, Notarzteinsetzfahrzeug) • Größere Notfallbezirke, Fahrdienste mit Fahrer, Reduktion der Dienste und freiwillige Teilnahme am Bereitschaftsdienst
Notfallmedizinische Strukturen – Bedarf und Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> • Information der Bevölkerung zu geeigneten Versorgungseinrichtungen • Demographische Entwicklung (Betreuung geriatrischer Patienten) • Brauchen wir zwei Telefonnummern (116117 und 112)? • Gewährleistung der richtigen Zuordnung der Behandlungsmöglichkeiten von Patienten in den KV-RegioMed Bereitschaftspraxen (z.B. Brustschmerz, Differentialdiagnosen: Herzinfarkt, Lungen-Arterien-Embolie etc.) • Steigende Einsatzzahlen Rettungstransportwagen (Gründe?) + steigende Inanspruchnahme der Rettungsstellen durch Nicht-Notfallpatienten • Diagnostische Tiefe bei Notfallbehandlung • Wie kann man die Patientenströme besser leiten in die drei Bereiche – Schwäche des Systems? • Identifikation der „richtigen“ Hilfsform – Stärke oder Schwäche des Systems? • Stationäre Notfalldiagnostik • Interaktion Notfallversorgung und Pflege • Versorgung von hilfsbedürftigen Patienten (ansteigende Zahlen UTD [Understanding Treatment Disclosures] bei Patienten, die nicht mehr aufstehen können) • Notfallmedizinisch flächendeckende Versorgung (Thema Telemedizin) • Alternatives Transportziel • Schnittstelle 112 ↔ KV-Notdienst

Zu Beginn des zweiten Teils der Zukunftswerkstatt wurden die Teilnehmenden über das weitere geplante Vorgehen informiert. In drei Gruppen sollte im Laufe des Nachmittags in einer ersten Runde zu den Problemen und Zieldefinitionen in der Notfallversorgung, in einer zweiten Runde zu geeigneten Maßnahmen und Lösungsmöglichkeiten diskutiert werden. Nach der ersten und zweiten Runde sollten die Ergebnisse der drei Gruppen durch die jeweiligen Moderatoren dem gesamten Plenum vorgestellt und dann gemeinsam diskutiert werden.

Die drei Oberthemen und die von den Teilnehmenden im Vorfeld getätigten Themenvorschläge waren an drei Tafeln gepinnt und sollten die Grundlage der Gruppenarbeit bilden. Die Zuordnung der Teilnehmenden zu den drei Gruppen war im Vorfeld der Veranstaltung durch die Steuerungsgruppe erfolgt. Ziel der Einteilung war es, in allen drei Gruppen Akteure aus den unterschiedlichen Bereichen der Notfallversorgung an einen Tisch zu bringen. Die drei Gruppen wurden jeweils von einem Moderator geleitet:

- Rettungsstelle, KV Notfallpraxis und deren Schnittstelle: Dr. Timo Schöpke, Direktor Notfallzentrum Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde
- Flächendeckende Versorgung mit mobilen Diensten: Michael Jacob, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Berlin/Brandenburg
- Notfallmedizinische Strukturen – Bedarf und Steuerung: Dr. Stefan Poloczek, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Berlin

8. Ergebnisse der Gruppenarbeit zu Problemfeldern und Zieldefinitionen

Es wurde in der Vorbereitungsgruppe der Zukunftswerkstatt entschieden, die Diskussionen in den drei Gruppen nicht digital aufzuzeichnen. Die nachfolgend zusammengefassten Ergebnisse spiegeln das Spektrum der in den drei Gruppen erfolgten Diskussionen wider, die durch die Moderatoren zusammenfassend im Plenum vorgestellt wurden. Die hier vorgestellten Ergebnisse spiegeln daher nicht die Meinung aller Teilnehmenden der Zukunftswerkstatt zu allen Themenbereichen wider, ebenso repräsentieren sie keine Gewichtung hinsichtlich der Relevanz der angesprochenen Themen und Inhalte. Grundlage der folgenden Ausführungen sind die Zusammenfassungen durch die Moderatoren und die in den Gruppen erarbeiteten Pinnwände.

8.1 Rettungsstelle, KV Notfallpraxis und deren Schnittstelle

Moderation: Dr. Timo Schöpke, Direktor Notfallzentrum Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde

Problemfelder

Ein zentrales übergeordnetes Problem ist, dass die ordnungspolitische Systematik der Notfallversorgung nicht der Versorgungsrealität entspricht, da sie die Bedürfnisse der Patienten und die heute vorzufindenden Patientenströme nicht abbildet. Die Notaufnahmen sehen sich steigenden Patientenzahlen gegenüber. Des Weiteren ist auch die nachhaltige Sicherstellung der Notfallversorgung im ländlichen Raum mittels der aktuellen gesetzlichen Regelungen zunehmend schwierig.

- **Notaufnahme**

Ressourcenprobleme sind sowohl im Bereich der Finanzierung der Notaufnahmen als auch bezüglich der Qualifizierung des dort tätigen Personals auszumachen. Zwar gibt es in Berlin die neue Zusatzweiterbildung, in Brandenburg und auch bundesweit existiert aber kein entsprechendes Angebot. Außerdem muss auch das nicht-ärztliche medizinische Personal für die Notaufnahme gut qualifiziert sein. Vor allem die Notaufnahmen arbeiten bedingt durch die aktuell gültige Abrechnungssystematik hoch defizitär und leiden daher unter einem Mangel an Personalressourcen und der Möglichkeit, eine adäquate Personalentwicklung zu betreiben. Auf der Ebene der internen Prozesse zeigt sich ein Schnittstellenproblem: Die Notaufnahmen sind u.a. auch deshalb überfüllt, weil häufig der Abfluss stationär aufzunehmender Patienten ins Krankenhaus unzureichend geregelt ist. Diese Situation setzt das in den Notaufnahmen tätige Personal zusätzlich unter Druck.

- **KV Notfallpraxis**

Ein zentrales strukturelles Problem ist, dass die KV Notfallpraxen entweder nicht existieren (Berlin) bzw. nicht überall in Brandenburg verfügbar oder durchgehend geöffnet sind. Aber auch das konkrete Leistungsspektrum der KV-Praxen und deren Ausstattung sind nicht einheitlich definiert. Beispielsweise variieren technische Ausstattungen für eine Adhoc-Diagnostik. Ein weiteres Problem ist die Frage der hinreichenden Qualifizierung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes für die Notfallversorgung: Es kann nicht per se davon ausgegangen werden, dass die dort eingesetzten Fachärzte einer beliebigen Fachrichtung den Querschnitt der Notfallpatienten leitliniengerecht versorgen können.

- Schnittstelle Notaufnahme und KV Notfallpraxis

Schnittstellenprobleme ergeben sich primär aufgrund fehlender bzw. unzureichender Festlegungen der Zuständigkeiten und damit verbunden ungenügender sektorenübergreifender Information und Kommunikation. So fehlt es z.B. an eindeutigen Definitionen dahingehend, wann ein Patient der KV Notfallpraxis zugeordnet wird und wann der Notaufnahme. Für Patienten ist nicht deutlich ersichtlich, welcher Akteur der Notfallversorgung für welche Art von Notfall zuständig ist. In diesem Zusammenhang ist ein weiteres Problem, dass für Patienten der Wechsel zwischen den Sektoren in einer für sie erlebten Ausnahmesituation nicht nur grundsätzlich belastend, sondern aufgrund der fehlenden einheitlichen Terminologie auch besonders verwirrend ist. Auch werden Patienten durch Doppeluntersuchungen in den verschiedenen Sektoren der Notfallversorgung, welche bedingt sind durch den unzureichenden Austausch von Informationen, zusätzlich belastet.



Zieldefinitionen

- Notfallversorgung zeit- und ortsunabhängig

Ein grundsätzliches Ziel muss sein, die Notfallversorgung überall und jederzeit gewährleisten zu können. Dies spielt v.a. für die ländlichen Regionen bereits gegenwärtig eine Rolle. Hierfür bedarf es der Verbesserung der zur Verfügung stehenden Ressourcen.

- Notfallversorgung ohne Sektorenbrüche

Die Notfallversorgung muss – unabhängig von ihrer konkreten Ausgestaltung – so organisiert sein, dass für den Patienten nicht sichtbar ist, in welchem Sektor der Notfallversorgung er behandelt wird. Dies setzt voraus, dass alle Notfallpatienten über ein Triage-System eingeschätzt und dann – in sektorenübergreifend konsentrierter Weise - in den richtigen Versorgungsbereich weitergeleitet werden. Hierzu ist es nötig, dass alle an der Notfallversorgung Beteiligten (Notaufnahmen und KV Notfallpraxis) ein validiertes und transparentes System zur Definition der Dringlichkeitsstufen verwenden.

- Ausstattung der Notfallversorgung

Ein wesentliches Ziel ist die Entwicklung einer einfachen Abrechnungssystematik, damit nicht unnötig Ressourcen in der Administration der Notfallversorgung gebunden werden. Eine Entbürokratisierung des Gesundheitssystems – wie auch aktuell von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angestrebt – muss auch in der Notfallversorgung vorgenommen werden. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass die Notfallversorgung besser finanziell und damit personell ausgestattet wird.

- Qualifizierung

Hier schließt das Ziel an, die Qualifizierung des gesamten Personals in der Notfallversorgung voranzutreiben: Sowohl die klinisch tätigen Ärzte als auch die im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst tätigen Ärzte müssen über eine notfallmedizinische Qualifikation verfügen. Darüber hinaus bedarf auch das in die Notfallversorgung eingebundene nicht-ärztliche medizinische Personal einer spezifischen Qualifizierung.

8.2 Flächendeckende Versorgung mit mobilen Diensten

Moderation: Dr. Stefan Poloczek, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Berlin

Problemfelder

- Notfallversorgung zeit- und ortsunabhängig

Ein grundsätzlich schwer zu lösendes Problem ist die Sicherstellung einer zeitnahen Notfallversorgung in dünner besiedelten Regionen. Welche Rolle kann hier z.B. die stärkere Einbeziehung der Luftrettung in diesem Kontext spielen? Aber auch in dichter besiedelten Gebieten muss dafür gesorgt werden, die Hilfsfristen so kurz wie möglich zu halten. Dies gilt gerade bei zeitkritischen Notfällen wie dem Herz-Kreislauf-Stillstand. Es stellt sich die Frage, inwieweit z.B. durch moderne Medien (Ersthelfer-Apps etc.) medizinische qualifizierte Personen (sog. Semiprofessionelle), die sich zufällig in der Nähe eines Notfalls befinden, in die Notfallversorgung eingebunden werden können.

- Zugang ins System der Notfallversorgung

Für einen Patienten ist im aktuellen System der Notfallversorgung nicht ersichtlich, welcher Akteur der richtige für seinen spezifischen Notfall ist. Es fehlt an Information und Aufklärung der Versicherten darüber, wie man in das System der Notfallversorgung gelangt und welches der richtige Weg in einer konkreten Situation ist. Darüber hinaus ist ein weiteres Problem, dass auch beim Vorliegen der Informationen nicht erwartet werden kann, dass der Patient selbst in der Lage ist, seine Akutsituation als Notfall (z.B. bzgl. Schwere, Dringlichkeit) richtig einzuschätzen. Insofern fehlt ein Lotse, der die Patienten in und durch das System der Notfallversorgung leitet.

Aus Systemsicht fehlt ein „Filter“ vor den drei Säulen der Notfallversorgung, der die Patienten in eine der drei Säulen leitet. Hier stellt sich die Frage, ob alle drei Säulen ihre eigenen Filtersysteme haben müssen oder ob es nicht besser ist, ein gemeinsames System zu nutzen. Wer kann diese Filterfunktion übernehmen? Welche Möglichkeiten gibt es z.B., über die Nr. 112 die Notfallversorgung zu disponieren? Bisher ist die Leitstelle hinsichtlich ihrer Entscheidungsmöglichkeiten recht eingeschränkt auf die Entscheidung zwischen: Rettungswagen, Rettungswagen mit Notarztwagen sowie Rettungshubschrauber. Hier wäre eine größere Diversifizierung sinnvoll.

- Transport der Notfallpatienten: wie und wohin

Bezüglich des Transports eines Notfallpatienten ist angesichts der knappen Ressourcen zu diskutieren, mit welchen Transportmitteln dieser in die Notfallversorgung gebracht wird: Muss es immer der Rettungswagen sein oder gibt es Fälle, in denen z.B. ein anderes Fahrzeug ausreichend ist? Was gilt es dabei zu beachten?

Ein weiteres Problem ist, dass zunehmend die Bindung der Patienten an einen Hausarzt als ersten Ansprechpartner fehlt und der Rettungsdienst diese Funktion in einem Notfall kompensieren muss. Dies führt wiederum dazu, dass der Patient, auch wenn er mit seiner Problematik im Rettungsdienst falsch ist, erst einmal zur Notaufnahme gefahren wird und dort Ressourcen bindet. Notwendig ist eine sinnvolle Ressourcensteuerung, gerade in der Notaufnahme.

- Arbeitsteilung und Vernetzung der Akteure der Notfallversorgung

Als ein Problem wurde die fehlende Transparenz über das – v.a. auch in einer Akutsituation vorgehaltene – Leistungsspektrum und die Kapazitäten der Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, identifiziert. Dadurch ist in einem Notfall nicht immer klar, welche Notaufnahme am besten angefahren werden soll/ kann. Hier fehlt es an einer technischen und informationellen Vernetzung der Einrichtungen untereinander, um schnell aktuelle Informationen austauschen zu können. In diesem Zusammenhang wäre auch das Vorhandensein eines gemeinsamen Registers wünschenswert. Alle

Ansätze einer Vernetzung müssten aber die Datenschutzproblematik mitdenken. Außerdem setzt der erfolgreiche Einsatz von Technik die Schaffung einer Vertrauensbasis voraus; dies gilt im besonderen Maße in einer Notfallsituation und beim Leiten des Patienten durch die Sektoren der Notfallversorgung. Die Prozessqualität an den Schnittstellen ist verbesserungswürdig. Der Rettungsdienst muss die Behandlung bahnen, gerade in Bezug auf die – eher seltenen – zeitkritischen Notfälle: Sowohl die Schnelligkeit einer Behandlung als auch die Frage der Inanspruchnahme welcher Ressourcen spielen hier eine zentrale Rolle. Als problematisch wird die Überlegung betrachtet, Rettungsdienst und KV Notdienst als eine Einheit zu entwickeln.

- **Qualifikation und Kompetenzen**

Ein weiteres Problem ist, dass in der Notaufnahme tätige Ärzte eine Vielzahl von Patienten behandeln, die keine „echten“ Notfälle sind bzw. nicht zwangsläufig einer ärztlichen Behandlung bedürfen. Patienten müssen z.T. unnötig mit dem Rettungsdienst in die Notaufnahme gebracht werden, da das medizinische Assistenzpersonal (Rettungspersonal, Pflegepersonal in Heimen etc.) bisher nicht mit den notwendigen Kompetenzen ausgestattet ist, um bestimmte Leistungen (z.B. Wechsel Blasenkatheter) selbst zu erbringen. In diesem Zusammenhang muss mitgedacht werden, dass bei Kompetenzerweiterung des nicht-medizinischen Personals verbindliche Regelungen zur Haftung und rechtlichen Absicherung eingeführt werden.



- **Notfälle in Institutionen**

In diesem Kontext ist auch der Umgang mit (Notfall-)Patienten in Institutionen, v.a. in Pflege- und Betreuungseinrichtungen, ein wichtiges Thema. Was sind Indikationen, in denen der Rettungsdienst kommen muss? Hier existieren große Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg hinsichtlich der Frage, was zwingend der Notarzt machen muss und was andere medizinische Fachkräfte leisten können. Auch hier stellt sich die Frage einer zusätzlichen Qualifizierung und damit Kompetenzerweiterung des Pflegepersonals vor Ort. Eine andere Frage ist, inwieweit Notfälle vermieden werden können durch eine kontinuierliche Betreuung der Heimbewohner durch vor Ort tätige Ärzte.

Zieldefinitionen

- **Eine Nummer und eine gemeinsame Leitstelle**

Die Notfallversorgung muss so strukturiert und organisiert werden, dass es eine zentrale Anlaufstelle für alle Menschen in einer Notfallsituation gibt und nicht der Patient selbst einschätzen und entscheiden muss, an welchen Akteur der Notfallversorgung er sich wendet. Diese Leitstelle disponiert alle Notfälle, koordiniert die weiteren Schritte nach Einschätzung der Situation und leitet die Patienten weiter.

- **Vernetzung der Akteure**

Darüber hinaus muss angestrebt werden, alle an der Notfallversorgung beteiligten Akteure miteinander zu vernetzen, damit für jeden jederzeit transparente Informationen zu den Kompetenzen und Ressourcen der Beteiligten leicht zugänglich sind. Übergeordnetes Ziel sollte nicht nur die Vernetzung der

Akteure der einzelnen Sektoren der Notfallversorgung, sondern darüber hinaus die gemeinsame Planung und Steuerung der Notfallversorgung in beiden Bundesländern Berlin und Brandenburg sein.

- IT-Vernetzung

In diesem Zusammenhang ist eine technische Vernetzung aller Akteure, die an der Notfallversorgung beteiligt sind, anzustreben. Sie ermöglicht eine optimale Steuerung des Patienten durch das System bei gleichzeitig sinnvoller Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen.

- Einheitliche Standards

Mit der informationellen und technischen Vernetzung der Akteure der Notfallversorgung sollte die Schaffung gemeinsamer Qualitätsstandards und -messungen sowie gemeinsamer Register verbunden sein. Dies ermöglicht eine ständige Weiterentwicklung des Systems der Notfallversorgung.

- Verbesserung der Heimversorgung und mobile Pflege

Um zu vermeiden, dass gerade ältere multimorbide Personen unnötig in die Notaufnahme gebracht werden, ist es nötig, die Pflegekräfte in den Einrichtungen vor Ort mit mehr Kompetenzen auszustatten und den neuen Aufgaben entsprechend zu qualifizieren. Es muss einheitlich definiert werden, welche Leistungen von welchen Fachkräften erbracht werden können.

- Einbindung von Semiprofessionellen in die Notfallversorgung

Um die Notfallversorgung gerade bei zeitkritischen Notfällen zu optimieren, ist anzustreben, Semiprofessionelle stärker einzubinden, z.B. Ersthelfer in der Notfallrettung oder pflegende Angehörige.

8.3 Notfallmedizinische Strukturen – Bedarf und Steuerung

Moderation: Michael Jacob, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Berlin/Brandenburg

Problemfelder

- Zugang ins System der Notfallversorgung

Ein Problemfeld ist die Frage, wie der Patient in das System der Notfallversorgung hineinkommt. Das Angebot an unterschiedlichen Akteuren der Notfallversorgung ist für den Patienten zu unübersichtlich. Es müssen Wege gefunden werden, um den Zugang und Einstieg in das System der Notfallversorgung zu verbessern.

In diesem Kontext spielt gerade in den ländlichen Regionen Brandenburgs der demografische Wandel eine besondere Rolle, insofern man zunehmend mit älteren, immobilen Patienten konfrontiert ist. Die Themen Zugang und Erreichbarkeit sind hier von noch größerer Bedeutung; dies vor allem auch deshalb, da Ansätze zur besseren Information und Aufklärung zu den Zugangsmöglichkeiten in die Notfallversorgung hier an ihre Grenzen stoßen.



- **Doppelstrukturen im System der Notfallversorgung**

Problematisch sind die durch die verschiedenen Sektoren in der Notfallversorgung sich ergebenden Doppel- oder Mehrfachstrukturen. Sind zwei Telefonnummern, aus denen die Patienten in einer von ihnen als bedrohlich wahrgenommenen Situation wählen müssen, wirklich sinnvoll? Sind die damit verbundenen vorgehaltenen Doppelstrukturen notwendig, gerade auch mit Blick auf die für die Zukunft zu erwartende Ressourcenentwicklung?

- **Asyl und Notfallversorgung**

Ein andere Problemfeld ist die Entwicklung der Flüchtlingszahlen und die sich daraus für die Notfallversorgung ergebenden Herausforderungen. Allerdings ist zwar zu erwarten, dass es durch den Anstieg der Asylsuchenden zu einer Potenzierung der im Rahmen der Zukunftswerkstatt besprochenen Probleme kommt, aber es werden dadurch keine strukturell anderen Anforderungen an das System der Notfallversorgung gestellt.

Zieldefinitionen

- **Gemeinsame Sprache**

Notwendig ist die Entwicklung einheitlicher, transparenter Definitionen und einer gemeinsamen Sprache aller Akteure, die an der Notfallversorgung beteiligt sind. Nur dies ermöglicht eine erfolgreiche Information und Kommunikation zwischen den Beteiligten, verhindert Reibungsverluste und optimiert so die Versorgung der Patienten.

- **Triage und Qualifikation**

Voraussetzung für die Zusammenarbeit aller Akteure der Notfallversorgung und der Leitung des Patienten durch die einzelnen Sektoren ist die Triagierung dieser nach einem einheitlichen Standard. Dies wiederum macht eine entsprechende Qualifizierung des Personals zwingend notwendig, die diese Filterfunktion im System übernimmt.



8.4 Diskussion und Hierarchisierung der erarbeiteten Problemfelder und Zieldefinitionen

Im Anschluss an die Vorstellung der Ergebnisse der drei Gruppen und der Klärung des Diskussionsbedarfs wurden die Teilnehmenden gebeten, die erarbeiteten Probleme und Zieldefinitionen bzgl. ihrer Bedeutung zu gewichten. Hierzu hatte jeder Teilnehmende drei Punkte, die er frei verteilen konnte. Die Probleme und Zieldefinitionen, die mindestens mit einem Punkt bewertet wurden, sind in der nachfolgenden Tabelle 2 aufgenommen.

Tabelle 2: Hierarchisierung der in den Gruppen erarbeiteten Problemfelder und Zieldefinitionen

Punktzahl	Themen (Problemfelder und Zieldefinitionen)
17	Eine Nummer + Gemeinsame Leitstelle
14	Verbesserung Heimversorgung
14	Qualifizierung allen Personals der Notfallversorgung
9	Patient wird behandelt, ohne Sektor zu bemerken
8	Ausreichende Finanzierung der Notfallversorgung
6	Zugang und Einstieg
4	Versorgung von hilfsbedürftigen Patienten
4	Gemeinsames Qualitätsmanagement/ Register
4	Patient wird zwischen Notaufnahme und KV RegioMed Praxis über ein System eingeschätzt (Dringlichkeit)
3	IT-Vernetzung
2	Einbindung Semiprofessioneller
2	Gemeinsame Sprache/ Definitionen
1	Zielgerichtete Disposition
1	Qualifiziertes Personal (Triage)
1	Einfache Abrechnungssystematik

In der sich anschließenden Diskussion um mögliche weitere wichtige Themen wurde betont, dass es wichtig ist, dass man für die erarbeiteten Problemfelder Lösungsansätze findet, die gleichermaßen für beide Länder Berlin und Brandenburg gelten.

9. Ergebnisse der Gruppenarbeit zu Lösungsansätzen

Vor dem Hintergrund der zusammengetragenen Ergebnisse der ersten Runde und der Priorisierung der Problemfelder und Zieldefinitionen wurden die Teilnehmenden gebeten, in gleicher Gruppenzusammensetzung in der zweiten Runde mögliche Lösungsansätze zu erarbeiten und zu diskutieren. Diese Lösungsideen sollen in die entsprechenden Gremien gegeben werden.

9.1 Rettungsstelle, KV Notfallpraxis und deren Schnittstelle

Moderation: Dr. Timo Schöpke, Direktor Notfallzentrum Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde

Abschaffung der Sektorengrenzen – zentrale Anlaufstellen

Die in der Gruppe diskutierten Lösungsansätze orientieren sich am Patientenweg in das und durch das System der Notfallversorgung. Beim Zugang des Patienten in die Notfallversorgung müssen die Sektorengrenzen abgeschafft und eine zentrale, sektorenunabhängige Anlaufstelle für die Notfallversorgung etabliert werden. Diese Standorte sollten sich am Krankenhaus befinden, damit dem Patienten in einer Notfallsituation das komplette Leistungsspektrum angeboten werden kann. Dies bedeutet aber nicht, dass in der Einrichtung nur klinisch tätiges Personal arbeitet. Auch niedergelassene Ärzte können – abgeordnet, dort angestellt, auf Honorarbasis o.Ä. – mit in die Notfallversorgung eingebunden werden. Erfahrungen aktueller Kooperationsmodelle zwischen Krankenhaus und KV (z.B. hinsichtlich der Zuordnung von Patienten zu einem bestimmten Arzt bzw. Fachgebiet) sollten in die Entwicklung entsprechender Ansätze mit einfließen.

Fusion der Sektoren mit gemeinsamem Budget

Zur Finanzierung dieser gemeinsamen Anlaufstelle könnten z.B. die Gelder, die jetzt in den einzelnen Sektoren für die Notfallversorgung aufgewendet werden, zu einem gemeinsamen zentralen Budget zusammengeführt werden. Aus diesem Budget würden dann die einzelnen Leistungen der Notfallversorgung – mobile Dienste, ambulante und stationäre Notfallversorgung – gemeinsam finanziert und damit auch gemeinsam gesteuert werden.

Triagierung aller Notfallpatienten

Voraussetzung dafür, dass die Notfallpatienten die für sie passenden Leistungen erhalten, ist, dass alle Patienten, die sich im Notfall an diese Anlaufstelle wenden bzw. durch den Rettungsdienst gebracht werden, mithilfe eines validierten Systems triagiert werden. Diese Systeme reduzieren vor allem das Patientenrisiko für kritisch kranke bzw. verletzte Patienten, wenn die Inanspruchnahme die vorhandenen Ressourcen aus- oder überlastet. Zudem können diese Systeme auch die Zuordnung der Patienten in die richtige Versorgungsstruktur unterstützen bzw. transparent und reproduzierbar machen. In der Regel erfolgt die Zuordnung der Patienten an die Ärzte bzw. Fachgebiete dann abhängig vom Leitsymptom mit einer entsprechenden Dringlichkeit.

Qualifizierung des Personals

In jedem System der Notfallversorgung mit zentralen Anlaufstellen und integrierter Triagierung der Patienten muss das ärztliche Personal, das die Triagierung supervidiert bzw. potenziell hochkritische

Entitäten behandelt, entsprechend qualifiziert sein. Diese Qualifizierung erfolgt bislang lediglich in Berlin im Rahmen einer Zusatzweiterbildung (http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/15_Weiterbildung/18Notfallmedizin/index.html). Aber auch für Ärzte, die weniger kritische Entitäten bzw. Patienten mit weniger dringlichen Leitsymptomen behandeln, wäre eine Qualifizierung für den Notfalldienst wünschenswert. Ebenso bedarf es einer spezifischen Aus- bzw. Weiterbildung für die Pflegekräfte, die Notfallpatienten versorgen. Insgesamt sollten einheitliche und transparente Eingangsvoraussetzungen für die an der Notfallversorgung beteiligten Fachkräfte erarbeitet werden. Hier existieren aktuell unterschiedliche Regelungen in den einzelnen Bundesländern.

Qualität und Finanzierung des Systems

Ein wichtiger Bestandteil dieses Systems ist eine feingranulierte und auswertbare Datenerfassung, um eine Bewertung der Notfallversorgung vornehmen zu können. Auf adäquater Datengrundlage können Maßnahmen zur Qualitätssicherung bzw. ein Qualitätsmanagement etabliert werden, welches eine Anpassung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen erlaubt.

Ein zentraler Grundsatz muss die kostendeckende Finanzierung aller notwendigen, notfallmedizinischen Ressourcen sein. Diese Finanzierung muss im Sinne der Daseinsfürsorge so ausgestaltet sein, dass die Ressourcen der Notfallversorgung (analog der Vorhaltung von Polizei oder Feuerwehr) der gesamten Bevölkerung regelmäßig in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen.

Nachfrage: Ich fürchte, dass für das beschriebene Modell keine einfache Abrechnungssystematik möglich sein wird.

Antwort: Es existieren international viele verschiedene Vergütungsmodelle (patientenunabhängige Pauschalbeträge, patientenbasierte Vergütung), die es zu prüfen lohnt. Die grundsätzliche Idee in der Diskussion war, die Gelder aus dem stationären und ambulanten Bereich zu einem Budget zusammenzuführen. Wichtig ist, dass das Geld dort verfügbar ist, wo die Leistung erbracht wird und durch Entbürokratisierungen Ressourcen besser genutzt werden können.

Nachfrage: Wie die Triage und Weiterleitung der Patienten bereits beim ersten Kontakt mit der Anlaufstelle praktisch funktionieren soll, ohne dass der Patient merkt, ob er in die Notfallpraxis oder in die stationäre Notaufnahme kommt, ist – gerade mit Blick auf die notwendige Qualifizierung der Mitarbeiter – noch nicht klar.

Antwort: Triage-Systeme kennen wir momentan nur in der klinischen Notfallversorgung: Hier werden (Fach-)Pflegekräfte bereits in der Anwendung validierter Systeme geschult. Wichtig ist, dass alle Patienten – unabhängig davon, auf welchem Weg sie in die zentrale Anlaufstelle kommen – von einer erfahrenen, geschulten Fachkraft ihrer Dringlichkeit nach eingeschätzt werden.

Insgesamt war die Gruppe noch offen hinsichtlich der Frage, ob und in welcher Form die KV in dieses System eingebunden wird. Grundsätzlich wurde nicht in Sektoren, sondern konkret in Kompetenzen von Personen gedacht. Um den Versorgungsauftrag insgesamt über alle Sektoren erfüllen zu können, werden sicher auch generalistisch tätige Allgemeinmediziner aus der Niederlassung benötigt. Auch klinisch tätige Weiterbildungsassistenten der Inneren Medizin, der Chirurgie etc. können vom kollegialen Austausch mit einem Allgemeinmediziner profitieren.

9.2 Flächendeckende Versorgung mit mobilen Diensten

Moderation: Dr. Stefan Poloczek, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Berlin

Vorbemerkung: Es haben ganz wesentliche Partner in der Gruppe gefehlt, nämlich die Träger beider Leitstellen – zum einen die KV, zum anderen die Senatsverwaltung bzw. das Ministerium.

Eine Nummer – eine gemeinsame Leitstelle

- **Formaler Rahmen:**

Die schwierigste zu klärende Frage ist die der Trägerschaft. Angesichts der aktuell unterschiedlichen Akteure ist hier politisches Engagement und eine gesetzliche Vorgabe notwendig zur Realisierung. Dies ist ein „Auftrag“ für die Ministerin und den Senator, dies intensiver z.B. im 90a-Gremium zu diskutieren, weil die gemeinsame Leitstelle auf einer schnittstellenübergreifenden Sichtweise beruht.

Die zu entwickelnde Leitstelle zeichnet sich durch ihre verlässliche Erreichbarkeit rund um die Uhr aus. Bisher ist dies in Berlin und Brandenburg nur zur Hälfte umgesetzt. So wird z.B. in Brandenburg die zentrale Nummer 116117 oft zum niedergelassenen Arzt, der Bereitschaftsdienst hat, weitergeleitet. Befindet sich dieser gerade in einem Funkloch oder ist beschäftigt, erreicht der Notfallpatient niemanden.

- **Beratung als zentraler Baustein:**

Ein wichtiges Qualitätskriterium der Leitstelle ist die ausführliche Beratung, nicht nur die Alarmierung eines Dienstes. Diese Beratung muss fachlich supervidiert sein. Inwieweit diese Beratung zwingend ärztlich erfolgen muss oder auch delegationsfähig ist, ist zu diskutieren. Angesichts des deutlich erweiterten Leistungsspektrums der gemeinsamen Leitstelle muss das dort arbeitende Personal spezifisch qualifiziert sein und u.a. über kommunikative und Beratungskompetenz verfügen. Denkbar wäre z.B. ein neues Berufsbild „Leitstellendisponent“. In diesem Zusammenhang spielen Fragen zur Rechtssicherheit der Beteiligten eine wesentliche Rolle.

- **Handlungsspektrum:**

Neben der Erstberatung muss das Personal der gemeinsamen Leitstelle die für den spezifischen Notfall geeigneten Maßnahmen in die Wege leiten. Dabei sind verschiedene Optionen – je nach Notfall – denkbar: 1. Alarmierung des klassischen Rettungsdienstes; 2. ggf. Alarmierung des Krankentransportes; 3. Einschaltung der mobilen Pflege, die es bisher nur in einzelnen Projekten gibt; 4. Einbeziehung von „Entscheidern“ bei Vorliegen primär psychosozialer oder pflegerischer Akutprobleme zur Abklärung der Situation vor Ort; 5. Kontaktaufnahme zu relevanten Behörden (sozialpsychiatrischer Dienst, Polizei, Kindernotdienst etc.) sowie 6. Einbindung semiprofessioneller Helfer – sowohl in der klassischen Lebensrettung im Rahmen der Ersten Hilfe (z.B. Ersthelfer-App) als auch allgemein in der Pflege, Nachbarschaftshilfe etc.

Verbesserung der Heimversorgung

Oberstes Ziel für die Versorgung pflegebedürftiger Patienten muss die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten sein – sowohl aus Patientensicht als auch aufgrund von Ressourcen- und Kostenüberlegungen. Wesentliche zu berücksichtigende Bausteine sind: die Verbesserung der ärztlichen Versorgung in den Pflegeheimen sowie die Verbesserung der Pflegeausbildung bzw. primär der Rahmenbedingungen (Anpassung des Pflegeschlüssels). Es existieren bereits viele Projekte, allerdings sind diese Ansätze bisher wenig nachhaltig und finden nicht den Weg in die breite Versorgung. Vor allem mit Blick auf die Finanzierung solcher Ansätze ist hier politische Initiative nötig.

IT-Vernetzung

Von zentraler Bedeutung – gerade für eine sektorenübergreifende Sicht der Notfallversorgung – ist die Schaffung eines Überblicks über die Ressourcen in der Notfallversorgung (z.B. wo ist ein Herzkatheterlabor, welches CT wird gerade gewartet). Damit verbunden muss ein System etabliert werden zur Alarmierung der relevanten Akteure, damit in kritischen Notfällen zeitnah gehandelt werden kann (z.B. in wieviel Minuten kommt der Notfallpatient in die Notaufnahme). Für beide Bereiche existiert im Land Brandenburg bereits eine einheitliche IT-Lösung: „IVENA“ (<https://www.ivena-brandenburg.de>). Es ist aber nötig, dass es für beide Bundesländer eine gemeinsame Lösung gibt, um die beiden Regionen besser miteinander zu vernetzen. Ein weiterer Punkt ist das Zusammenführen der Patientendaten aus Präklinik und Klinik (Rettungsdienst und Notaufnahme) unter Berücksichtigung der vorhandenen Fachexpertise (Datenschutz, Praktikabilität). Auch ein gemeinsames Register von Rettungsdienst und Notaufnahme sollte entwickelt werden, welches Daten zur Notfallversorgung zusammenfasst, auswertet und so eine Rückmeldung über den Verbleib der Notfallpatienten erlaubt. So ließe sich eine Qualitätssicherungskette aufbauen vom Notruf über den Rettungsdienst, die Notaufnahme bis zur Schlussdiagnose. Aus Datenschutzgründen sind für die Umsetzung gesetzliche Regelungen in beiden Bundesländern notwendig, aber in einem ersten Schritt könnte dieses Konzept als Pilotprojekt getestet werden.

Nachfrage: Ein wichtiger Bereich ist die Alarmierung von Ersthelfern zur schnellen Hilfe. Es gibt eine Modellregion in Gütersloh (<http://www.mobile-retter.de>), dort funktioniert es phantastisch. Hintergrund: Deutschland liegt bei der Akutversorgung von Patienten, die einen plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand erleiden, deutlich hinter dem europäischen Durchschnitt. Die Skandinavier haben ca. 70% Ersthelfer-Reanimationsquote, in Deutschland sind es knapp 15%. In Dänemark konnten in fünf Jahren – bei gleichbleibender Frequenz von beobachteten Herz-Kreislauf-Stillständen – die Anzahl der Patienten, die lebend in die Klinik kommen, verdoppelt werden.

Antwort: Dies kann ich nur unterstützen. Auch Wien startet mit einem großen Projekt mit ganz einfachen Maßnahmen: Man kann sich als Krankenpflegekraft, Mitglied der Freiwilligen Feuerwehr etc. registrieren, hat dann eine App auf seinem Smartphone und wird alarmiert, wenn in der Nähe ein Notfalleinsatz ist. Gleichzeitig wird angezeigt, wo der nächste Defibrillator ist. Dadurch werden die Reaktionszeiten deutlich verkürzt und Ressourcen gespart. Deshalb sollten wir hier aktiv werden. Auch die neuen Guidelines zur Wiederbelebung 2015 sehen hierzu Hinweise vor.

Nachfrage: Gibt es Überlegungen, die feuertechnische Nummer von der eigentlichen Notfallnummer abzugrenzen? Ist es sinnvoll, das beisammen zu halten für Feuerwehr und Personenrettung und dann vielleicht auch für die KV?

Antwort: Im Land Berlin gibt es derzeit umfangreiche Planungen, Feuerwehr und Polizei technisch enger miteinander zu vernetzen. Aber: Von den 1.300-1.400 Alarmen am Tag sind ca. 90% bezogen auf den Rettungsdienst. Insofern macht es keinen Sinn, eine eigene Nummer für den Brandschutz zu haben, zumal die 112 als europäische Notrufnummer gesetzlich festgelegt ist.

9.3 Notfallmedizinische Strukturen – Bedarf und Steuerung

Moderation: Michael Jacob, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Berlin/Brandenburg

Ausgangspunkt ist ein neu gedachtes, komplettes System der Notfallversorgung. In dessen Mittelpunkt steht ein Schwerpunktzentrum, an dem die spezialisierte Notfallversorgung konzentriert ist.

Zugang ins System

Ausgehend von den drei Bereichen Rettungsdienst, Krankenhaus und Praxis soll der Zugang zum System der Notfallversorgung für die Patienten über eine Nummer erfolgen. Virtuell oder direkt am Ort des Schwerpunktzentrums angesiedelt ist ein Triageplatz, der den Patientenzugang in das System der Notfallversorgung steuert.

Arbeitsteilung und vernetzte Strukturen

In das geplante System der Notfallversorgung soll der KV-Bereich verpflichtend in die Notfallversorgung einbezogen werden, soweit er noch vorhanden ist (Stichwort: Facharztmangel). Die KV Notfallsprechstunden sind sicherzustellen, solange der Sicherstellungsauftrag auch noch bei der KV liegt. Aber auch mit den anderen Akteuren der Notfallversorgung arbeitet das Schwerpunktzentrum zusammen. Hierfür sind vernetzte IT-Strukturen und einheitlich definierte Kommunikationsstrukturen Voraussetzung dieser Zusammenarbeit.

Telemedizinische Unterstützung

Telemedizinische Anbindungen sowohl zum Rettungsdienst als auch zur Säule der niedergelassenen Haus- und Fachärzte unterstützen das System. Auch sollen große, breit aufgestellte und spezialisierte Krankenhäuser mit den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung telemedizinisch vernetzt werden.

Dezentralisierung und Delegation

Ein weiterer Pfeiler ist die Dezentralisierung von Leistungen, z.B. durch die Einbindung mobiler Angebote in die Region. Auch sollten Möglichkeiten der Delegation von Leistungen im Rahmen der Notfallversorgung geprüft werden: Was darf ein Rettungssanitäter? Hier wurde mit dem Rettungsdienstgesetz eine Chance verpasst. Was können hochqualifizierte Pflegekräfte ggf. mit telemedizinischer Unterstützung leisten (Beispiel: agnes^{zwei})?

Abfluss aus dem System

Neben dem Zugang in das System der Notfallversorgung muss auch der Abfluss aus diesem neu gedacht werden. Hier sollte es ebenfalls einheitliche Regelungen geben, die eine einfache Steuerung ermöglichen, z.B. die Möglichkeit aus der Rettungsstelle heraus einen Patienten mit einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nach Hause zu entlassen.

Nachfrage: Was wurde im Bereich Telemedizin und Delegation von Leistungen an den Rettungsdienst versäumt? Ich sehe keine Versäumnisse, die wir nicht noch einholen können.

Antwort: Es wurde in der Gruppe gesagt, dass es eine telemedizinische Rückkopplung in das Notfallzentrum, bis hin zur Entscheidung, wohin der Patient gebracht werden soll, geben sollte. In Berlin gibt es erste Versuche, die telemedizinische Kompetenz in der Notfallversorgung weiter auszubauen, um zukünftig mehr an den Notfallsanitäter delegieren zu können. Das Thema ist im Gesetz nicht so formuliert, wie es hätte thematisiert werden können. Inhaltlich stimmen wir überein.

Beitrag: Das Ausbildungsgesetz hätte an manchen Stellen anders geschrieben werden können. Da stimme ich zu.



10. Abschluss und Verabschiedung

Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3

Es war ein sehr interessanter Weg heute: von den Vorträgen heute Vormittag, in denen immer wieder die drei Säulen thematisiert wurden, bis zur Gruppenarbeit am heutigen Nachmittag, wo diese drei Säulen keine große Rolle mehr spielten. In den Diskussionen ist deutlich geworden, dass die Kompetenz und die Erfahrungen dieser Säulen weiterhin und unstrittig benötigt werden. Sie sollen Bestand haben, aber nicht als getrennte Säulen, sondern als überlappende Kreise. Mit so einem Strukturmodell könnte man sehr gut alle Bereiche der Notfallversorgung abdecken.

Diese eine Nummer in das System bedeutet den Schlüssel, weil der Patient die Regie führt über diese eine Nummer. Wie diese Regie dann weitergeführt werden kann, zeigen Ihre Überlegungen: eine Anlaufstelle oder ein Zentrum mit einem Triageplatz und dann weiter. Diese eine Nummer – das ist für mich der Schlüssel. Das scheint ja erst mal gar nicht so bedeutungsvoll, aber diese eine Nummer würde ganz viele weitere Wege und Schritte in Gang setzen.

Für mich ist in allen drei Gruppen sehr klar geworden, dass es nicht reicht, die vorhandenen Kompetenzen aufzunehmen und zusammenzuführen, sondern dass wir auch weitere Kompetenzen schaffen müssen –



sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Dienst. Man könnte das Berliner Modell aufnehmen und Kompetenzen schaffen, um die Triagierung nach einem einheitlichen, transparenten System vorzunehmen. Dies ist auch wichtige Voraussetzung für die Qualitätssicherung.

Mir ist auch aufgefallen, dass neben den Fachkräften auch noch andere Beteiligte in der Notfallversorgung mitgedacht werden müssen. Hierfür muss ein anderes Bewusstsein geschaffen werden. Deutschland ist ein Entwicklungsland darin, entsprechende Kompetenzen in der Bevölkerung zu schaffen.

Gestehen Sie mir einen weiteren Punkt zu: Wir haben vorhin gehört, dass 64% der Notfallpatienten ohne klare Symptomatik in die Notaufnahme kommen. Die Frage ist, inwiefern werden Seelsorge, Psychologie, Psychotherapie mit einbezogen, um bestimmte Probleme, die nicht primär notfallmedizinisch zu lösen sind, abzufangen? Wie wichtig das ist, ist mir hier noch einmal klar geworden.

Wir sind heute einen interessanten Weg gegangen und haben sehr viele Ideen entwickelt. Wie geht es weiter? Alles wird dokumentiert, in der Steuerungsgruppe aufgearbeitet und in das Handlungsfeld gegeben. Wir wollen die Ergebnisse gerne in die Gremien geben, wo die Entscheider sitzen. Aber wir wollen auch im Handlungsfeld selbst das Thema aufnehmen und weitere Themen daraus generieren, die in den weiteren Sitzungen diskutiert werden. Uns ist wichtig, dass die heutige Veranstaltung nicht als einmaliges Feuerwerk betrachtet wird, sondern dass mit den Ergebnissen weitergearbeitet wird.

Ich möchte mich bei jedem Einzelnen von Ihnen bedanken, dass Sie bereit waren, Ihre Zeit und Ihre Ideen in so einem Kreis einzubringen. Ganz herzlichen Dank dafür, dass es in dieser Zukunftswerkstatt möglich ist, so offen und transparent miteinander umzugehen.

Impressum

Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital
c/o Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Geschäftsbereich Gesundheitswirtschaft
Fasanenstr. 85
10623 Berlin

Dokumentation und redaktionelle Bearbeitung:

AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
Kaunstraße 21, 14163 Berlin

Bildnachweise

Titel: Bild Krankenwagen © ollo – istockphoto.com, Bild Krankenhausgang © VILevi – fotolia.com, Bild rechts © Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Veranstaltungsfotos: © ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH
Abbildungen 1 und 2: eigene Darstellung

Kontakt

Handlungsfeldmanagement des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“
Harald Mylord, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH, Tel: 030 – 46302 526, harald.mylord@berlin-partner.de
Bastian Kuhse, ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH, Tel: 0331 – 20029 257, bastian.kuhse@zab-brandenburg.de

© Alle Rechte vorbehalten Dezember 2015



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung

Gefördert aus Mitteln der Länder Berlin und Brandenburg, der Investitionsbank Berlin; kofinanziert von der Europäischen Union – Europäischer Fonds für Regionale Entwicklung. Investition in Ihre Zukunft.