

Dokumentation
**Zukunftswerkstatt Innovative
Versorgung 2019**
Transsektorale Versorgung in der Herzmedizin –
von der Prävention bis zur Rehabilitation
30. Oktober 2019



Dokumentation und Zusammenfassung der Ergebnisse

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2019

Transsektorale Versorgung in der Herzmedizin – von der Prävention bis zur Rehabilitation

Datum: 30. Oktober 2019

Zeit: 09:00 Uhr bis 19:00 Uhr

Ort: Investitionsbank des Landes Brandenburg (ILB)
Babelsberger Str. 21
14473 Potsdam

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

Inhalt

1. Hintergrund und Ziele der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung	6
2. Agenda	8
3. Begrüßung	10
Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e. V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3	
4. Einleitung	11
Dr. Jens Schick, Sana Kliniken, Handlungsfeldvorsitzender	
5. Redebeitrag der Politik	12
Susanna Karawanskij, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg	
6. Vortragsblock: Überregionaler und regionaler Input	14
6.1 Überregionaler Input: Qualitätsansprüche an eine transsektorale Patientenversorgung am Beispiel der Herzinsuffizienz	14
Prof. Dr. med. Matthias Pauschinger, Klinikum Nürnberg Süd	
6.2 Schwachstellen der Versorgung in der Herzmedizin im ländlichen Raum am Beispiel Brandenburgs.....	16
Prof. Dr. Christian Butter, Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg	
6.3 Schwachstellen der Versorgung in der Herzmedizin im urbanen Raum am Beispiel Berlins	18
Dr. Leonhard Bruch, Unfallkrankenhaus Berlin	
7. Impuls aus Patientensicht	19
Die gesamte Versorgungskette aus Patientensicht: Ist sie stabil?	19
Hedwig François-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.	
8. Podiumsdiskussion	21
Daniela Teichert, AOK Nordost – Die Gesundheitskasse	
Dr. Benny Levenson, Kardiologische Gemeinschaftspraxis, Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK)	
Prof. Dr. Heinz Völler, Klinik am See Rüdersdorf	
Hedwig François-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.	
Torsten Reinhold, Oberhavel-Kliniken GmbH	
9. Einführung in den weiteren Arbeitsablauf und Gruppenbildung.....	27

10. Gesamtplenium und Zusammenfassung der Ergebnisse	28
10.1 Themenbereich 1: Herzinsuffizienz	28
Moderation: Prof. Dr. Heinz Völler	
10.2 Themenbereich 2: Vorhofflimmern	29
Moderation: Prof. Dr. Christian Butter	
10.3 Themenbereich 3: Herzinfarkt.....	30
Moderation: Prof. Dr. Hüseyin Ince	
Zusammenfassende Aspekte zu den drei Workshopdiskussionen.....	31
11. Abschluss und Verabschiedung	32
Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e. V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3	
12. Anhang	33
12.1 Teilnehmerliste Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung	33
12.2 Ergebnisse der Workshoparbeit	36
12.3 Materialien zu den Vorträgen	39
Impressum	82



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 sektorübergreifenden 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 im ländlichen Raum 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 mit 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 potenzieller 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 widmen 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

2. Agenda

„Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ am 30. Oktober 2019 zum Thema „Transsektorale Versorgung in der Herzmedizin – von der Prävention bis zur Rehabilitation“

08:30 – 09:00

Registrierung

09:00 – 09:15

1. **Begrüßung** (Moderation: Elimar Brandt)
2. **Einleitung** (Handlungsfeldvorsitzender: Dr. Jens Schick, Sana Kliniken)

09:15 – 09:45

Redebeitrag der Politik

Susanna Karawanskij, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

09:45 – 10:45

Vortragsblock (überregionaler und regionaler Input)

1. Überregionaler Input: Qualitätsansprüche an eine transsektorale Patientenversorgung am Beispiel der Herzinsuffizienz
Referent: Prof. Dr. med. Matthias Pauschinger, Klinikum Nürnberg Süd
2. Schwachstellen der Versorgung in der Herzmedizin im ländlichen Raum am Beispiel Brandenburgs
Referent Brandenburg: Prof. Dr. Christian Butter, Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg
3. Schwachstellen der Versorgung in der Herzmedizin im urbanen Raum am Beispiel Berlins
Referent Berlin: Dr. Leonhard Bruch, Unfallkrankenhaus Berlin

10:45 – 11:00

Kaffeepause

11:00 – 11:10

Impuls aus Patientensicht

Die gesamte Versorgungskette aus Patientensicht: Ist sie stabil?
Hedwig François-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

11:10 – 12:40

Podiumsdiskussion

1. Daniela Teichert, AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
2. Dr. Benny Levenson, Kardiologische Gemeinschaftspraxis
3. Prof. Dr. Heinz Völler, Klinik am See Rüdersdorf
4. Hedwig François-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
5. Torsten Reinhold, Oberhavel-Kliniken GmbH

12:40 – 12:45	Einführung in den weiteren Arbeitsablauf
12:45 – 13:45	Mittagspause
13:45 – 15:00	1. Gruppenarbeitsphase Themenbereich 1: Herzinsuffizienz Moderation: Prof. Dr. Heinz Völler Themenbereich 2: Vorhofflimmern Moderation: Prof. Dr. Christian Butter Themenbereich 3: Herzinfarkt Moderation: Prof. Dr. Hüseyin Ince
15:00 – 15:30	Kaffeepause
15:30 – 17:00	2. Gruppenarbeitsphase
17:00 – 17:30	Gesamtplenium und Zusammenfassung der Ergebnisse
17:30 – 19:00	Get-together

3. Begrüßung



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

Heute, zu Beginn der Zukunftswerkstatt 2019, sage ich ganz bewusst: Herzlich willkommen! Wenn es um das Herz geht, sind wir alle sehr nah dran: Das Herz ist nicht nur ein bedeutungsvolles Organ, sondern wir „sehen“ auch mit dem Herzen, „reden“ mit dem Herzen, „nehmen mit dem Herzen wahr“. Und deswegen, meine Damen und Herren, finde ich es ganz prima, dass wir heute uns mit unserer sechsten Zukunftswerkstatt dem Herz zuwenden. Es geht um die Herzmedizin von der Prävention bis zur Rehabilitation, um die transektorale Versorgung. Wir schaffen es, heute die transektoralen Versorgungsangebote nicht als Trennung zu sehen, sondern herauszuarbeiten, wie das Transsektorale dem einen Menschen dient.

Ich freue mich sehr, dass Sie der Einladung gefolgt sind. Wir haben vorhin die Nachricht erhalten, dass Prof. Butter in London festsetzt, dazu ist er noch bestohlen worden. Wir hoffen sehr, dass er noch im Laufe des Tages eintrudeln wird, aber wir werden improvisieren. Herzlich willkommen, liebe Frau Ministerin Karawanskij. Im letzten Jahr bei der Zukunftswerkstatt durften wir Sie kennenlernen und wir haben Sie ein Jahr lang aus einer gewissen Distanz dabei begleitet, wie Sie Ihren Dienst als Ministerin wahrgenommen haben, und ich habe immer gestaunt, wie Sie sich als Gesundheitsministerin so schnell in die Aufgaben reingefunden haben. Vielen Dank, dass Sie uns, die Player aus dem Gesundheitswesen, immer wieder mit einbezogen haben und sich dafür interessiert haben, was vor Ort passiert und geschieht.

Im Gesundheitswesen bleibt man immer gut vernetzt. Ich erlebe das über die vielen Jahre, Jahrzehnte und es gibt so viele Möglichkeiten, etwas in unserer Gesellschaft zu

gestalten. Und das finde ich bedeutungsvoll, deswegen bin ich auch dankbar, dass heute so viele Akteure mit so unterschiedlichen Hintergründen gekommen sind: diejenigen, die direkt vor Ort bei den Menschen in der Medizin, in der Pflege tätig sind; diejenigen, die dafür Sorge tragen, dass das Ganze finanziert wird, und diejenigen, die in den Landespolitiken dafür Sorge tragen, dass die Strukturen gesetzt sind. Sie wissen ja, dass die Zukunftswerkstätten immer dazu dienen, Akzente für die zukünftige abgestimmte Krankenhausplanung der beiden Länder Berlin und Brandenburg zu setzen. Die Zukunftswerkstatt hat eine riesige Chance, weil wir hier reden können wie uns, wie Luther gesagt hat, das Maul gewachsen ist. Wir können hier pointiert diskutieren, wir müssen hier nicht unbedingt immer eine vorgegebene Position, irgendwelche Hintergründe mitbedenken. Hier haben wir die Chance, tatsächlich ganz anders auch die Probleme herauszukristallisieren, zu pointieren und dann an die verantwortlichen Kolleginnen und Kollegen aus den Ministerien mitzugeben. Wie immer werden wir auch heute begleitet, einmal durch Ton und dann das Protokoll, zum anderen durch die visuelle Präsentation: eine doppelte Dokumentation also für die Augen, für den Verstand, für das Ohr und dann kommt es auch – ins Herz.

Also noch einmal herzlich willkommen zu unserer Zukunftswerkstatt!

4. Einleitung



Dr. Jens Schick, Sana Kliniken, Handlungsfeldvorsitzender

Berlin und Brandenburg – eine Region überversorgt und eine Region, zumindest in den von Berlin entfernten Regionen, mit der Frage, wie man Versorgung sicherstellen kann. Das ist immer der Spagat – sowohl im Masterplan als auch im Handlungsfeld. Wir haben uns im Handlungsfeld als Ziel gesetzt, Brücken zwischen diesen beiden Anforderungen zu schlagen, auch wenn das nicht immer einfach im Alltag ist. Aber ich glaube, es muss unser Anspruch sein, diese verschiedenen Themen und Sichtweisen miteinander zu verbinden. Wir haben unterschiedliche Rahmenbedingungen, unterschiedliche Qualitäten in der Versorgung, aber der gemeinsame Anspruch ist: Wie können wir auf Dauer eine ordentliche Versorgung sicherstellen? Ordentlich – das heißt für mich aber auch, nicht immer und überall wird alles vorhanden sein. Aber wir müssen sicherstellen, dass mit erreichbaren Fahrdistanzen eine gute Qualität für alle sichergestellt werden kann. Das betrifft natürlich auch die Herzmedizin. Auch hier gibt es Unterschiede in der Qualität in Brandenburg und Berlin. Probleme gibt es in einigen Regionen bereits bei der Rekrutierung von Fachkräften. Insofern sind Themen der Vernetzung, Digitalisierung, des Fachkräftemangels auch Themen in der Herzmedizin, einem Bereich, in dem die Spezialisierung immer weiter voranschreitet.

Die aktuellen Diskussionen über das Thema Gesundheitsversorgung sind nicht wirklich freudvoll. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind schwierig, dem stimmen wahrscheinlich alle Seiten – Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Krankenkassen – zu. Insolvenzen von Krankenhäusern z. B., das ist eine neue Entwicklung, so etwas gab es früher nicht. Der Druck auf viele Kliniken nimmt zu und es betrifft auch große Träger. Diese Rahmenbedingungen erhöhen den Druck auf Versorgungsthemen massiv. Ich glaube, eine Antwort in diesem Kontext ist tatsächlich das Thema

„Vernetzung und Kooperation“. Wir werden nicht alle alles machen können, weder in qualitativer noch in wirtschaftlicher Hinsicht. Aber wir werden die Aufgaben gut miteinander teilen können und darum ist auch dieses Gremium hier so wichtig. Es sind alle Versorgungsbereiche vertreten und wir wollen versuchen, mit Ihnen gemeinsam die Interessen der Förderungsbereiche erstens zu verstehen und zweitens zu schauen, wie wir gemeinsam eine ordentliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Dies ist der ernst gemeinte Hintergrund dieser Veranstaltung: Es sollen tatsächlich Lösungen gefunden werden, die passgenau für die Region bzw. in der Region sind. Die Veranstaltung wird dokumentiert, etwas Nachlesbares, das wir wieder den Ländern zur Verfügung stellen für die Diskussionen in den verschiedenen Gremien.

Deshalb würde ich mich freuen, wenn Sie alle aktiv das Thema mitgestalten. Und das Gestalten ist tatsächlich der Anspruch, den wir an Sie haben. Das Ziel soll sein, heute Nachmittag in den Workshops tatsächlich Lösungen zu erarbeiten, zu dokumentieren und zur Verfügung zu stellen.

Zuletzt geht mein Dank noch an die Handlungsfeldexperten, die in Teilen auch hier sind, die sich immer die Zeit nehmen für die Diskussion. Dank auch an die Steuerungsgruppe, die das hier vorbereitet hat, und an das Handlungsfeldmanagement, das uns professionell begleitet. Ich wünsche Ihnen und uns allen eine tolle Veranstaltung. Schön, dass Sie da sind.

5. Redebeitrag der Politik



Susanna Karawanskij, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Vielen Dank für die sehr freundliche Begrüßung. Genau vor einem Jahr war das hier mein Einstand als Gesundheitsministerin und ich genieße heute das Privileg, nicht durch mein Manuskript hetzen zu müssen, sondern ganz in Ruhe die Gedanken ausführen zu können.

Wir haben den Auftrag, eine gute, wohnortnahe, flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Dies ist eine riesige Aufgabe für ein Flächenland wie Brandenburg und wir müssen schauen, wie wir das System an den demografischen Wandel anpassen. In Brandenburg sterben immer noch mehr Menschen, als Menschen geboren werden, was nicht nur an der Herzinfarktsterblichkeit liegt. Wir haben auch eine steigende Lebenserwartung, damit nehmen auch die Zahlen von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit zu.

Auf der anderen Seite haben wir das Thema Fachpersonal. Die Fachkräfte werden ebenfalls immer älter: Das Durchschnittsalter der brandenburgischen Vertragsärztinnen und -ärzte liegt bei 54 Jahren, bei den Hausärztinnen und -ärzten bei über 60 Jahren. Damit sind große Herausforderungen verbunden.

Die größte Herausforderung liegt aber in der Fläche und der Daseinsvorsorge. Gerade aufgrund des demografischen Wandels und der gesundheitlichen Entwicklung unseres Landes ist es wichtig, dass wir über alternative Versorgungsmodelle sprechen, diese erproben und eine koordinierte Gesundheitsforschung betreiben. In einem ersten Schritt benötigen wir dazu meines Erachtens Versorgungsforschung und auch die Erforschung neuer Versorgungsformen. Auch der Bund hat dieses Potenzial erkannt und fördert diese Forschung. Es muss aber auch darum gehen, die Erkenntnisse

zeitnah in die Umsetzung zu bringen. Auch wir in Brandenburg nehmen Versorgungsforschung sehr ernst. Im September durfte ich den ersten Versorgungsforschungskongress in Neuruppin eröffnen.

Das Herz hat meines Erachtens zu Recht eine Fachtagung zur sektorenübergreifenden Versorgung verdient. Herzinfarkte sind einer der häufigsten medizinischen Notfälle, bei denen Zeit eine zentrale Rolle spielt. Wir können schon ein Stück weit stolz darauf sein, dass wir in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg so ein hoch entwickeltes Versorgungssystem haben. Koronare Herzkrankheiten sind eine weitverbreitete Erkrankung und weltweit die häufigste Todesursache. Für die Entstehung von Herzkrankheiten sind viele Faktoren verantwortlich. Sowohl das Erkennen als auch das Behandeln der Risikofaktoren sind deshalb für die Vorbeugung von Herzkrankheiten bzw. auch eines Schlaganfall entscheidend. Obwohl Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache in Deutschland sind, wird die Herzinfarktvorsorge nicht konsequent betrieben. So werden z. B. die Indikatoren der Risikofaktoren vor allem bei jüngeren Patientinnen und Patienten eher selten erfasst und somit Chancen für Verhaltensänderungen vertan.

Lassen Sie mich kurz zwei Berlin-Brandenburger Erfolgsprojekte nennen: Das Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister², 1998 von der TU als freiwillige Initiative gegründet, ist ein Beispiel für eine gelebte Gemeinsamkeit beider Länder zum Wohle von Patientinnen und Patienten unserer Gesundheitsregion und im deutschlandweiten Vergleich einmalig. Ein anderes Projekt ist das vom Innovationsfonds geförderte ANNOTeM-Projekt³, das das Ziel hat, ein umfassendes Versorgungskonzept mit teleneurologischer Unterstützung für die neurologische Akutversorgung bereitzustellen und so nachhaltige Versorgungsstrukturen zu schaffen.

Projekte haben insofern nicht nur Projektcharakter, sondern sie verändern auch die Versorgungsstruktur. Das ist meine Botschaft. Die beiden innovativen und willkürlich ausgewählten Beispiele zeigen, dass sektorenübergreifende medizinische Angebote die Versorgung entscheidend verbessern und wir neue Wege suchen müssen, um sie allen Patientinnen und Patienten in Brandenburg und in Berlin zugänglich zu machen. Beide Länder sind gemeinsam die Liaison eingegangen, haben eine gemeinsame Gesundheitsregion begründet, eine gemeinsame Krankenhausplanung. Die Krankenhausplanung darf nicht – wie in der Vergangenheit – isoliert betrachtet werden. Sie gehört zur sektorenübergreifenden Planung dazu und die sektorenübergreifende Planung

steht meines Erachtens ganz oben auf der politischen Agenda. Viele Leistungen können ambulant erbracht werden. Das kann effizienter sein und entspricht oftmals auch dem Wunsch vieler Patientinnen und Patienten. Kliniken wiederum erbringen viele Leistungen besser und sicherer, wenn sie die häufig durchführen und wenn sie personell gut aufgestellt sind. Deshalb ist manchmal weniger mehr: Das Krankenhaus um die Ecke ist nicht immer für alles automatisch das bestgeeignete.

Die heutige Veranstaltung soll insofern auch dem Austausch zu Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit dienen und dabei die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. Die sektorenübergreifende Versorgung ist ein Ziel des politischen Handelns und ich hoffe, dass das auch in Zukunft so bleiben wird. Wir alle sind auch Patientinnen und Patienten gleichermaßen und erleben zum Teil die doch sehr starren Grenzen unseres Gesundheitssystems persönlich mit, die Probleme in der Kooperation und Kommunikation zwischen den Sektoren. Wir sollten dieses Thema in Angriff nehmen, denn es ist der Schlüssel zu höherer Qualität und Effizienz.

Die beiden Schnittstellen – das Erkennen eines Herzinfarktes und die rasche Wiedereröffnung des Herzkranzgefäßes – entscheiden maßgeblich über das Überleben der Patientinnen und Patienten. Wir haben als Gesundheitsministerium vor allem das gemeinsame Landesgremium nach § 90a, wo wir innovative Projekte und Vorhaben unterstützen, gerade auch im Bereich der intersektoralen Zusammenarbeit. Ich hoffe, dass wir das gemeinsam auch weiterhin mit allen Partnerinnen und Partnern in diesem Gremium und an anderer Stelle weiterführen. Wir werden auch in Zukunft daran arbeiten, dass wir diesen Versorgungsauftrag mit neuen Wegen bestreiten werden. Wir brauchen also noch viele neue Konzepte und Ideen, dazu gehört auch die stärkere Nutzung digitaler Möglichkeiten. Wir müssen auch schauen, wie jeder einzelne Standort in Brandenburg aufgestellt ist und wie man ihn weiterentwickeln kann, z. B. auch als ambulant-stationäres Gesundheitszentrum. Wir müssen weiterhin auf Bundesebene Druck ausüben, damit wir im Land mehr Einfluss auf die sektorenübergreifende Versorgungsplanung nehmen können.

Sie sehen, wir haben viel vor. Ich wünsche Ihnen und uns heute nicht nur einen spannenden Tag mit interessanten Vorträgen, sondern ich wünsche Ihnen und uns vor allen Dingen auch Zeit für einen interkollegialen Austausch. Das ist das Wichtigste. Vielen Dank.

2 <https://herzinfarktregister.de/>

3 <https://www.annotem.de/>

6. Vortragsblock: Überregionaler und regionaler Input



Prof. Dr. med. Matthias Pauschinger, Klinikum Nürnberg Süd

6.1 Überregionaler Input: Qualitätsansprüche an eine transsektorale Patientenversorgung am Beispiel der Herzinsuffizienz

Sehr geehrte Damen und Herren, das Thema Herzinsuffizienz ist transsektoral und umfasst alle Ebenen von der Prävention bis zur Rehabilitation. Gerade im Bereich der transsektoralen Versorgung ist viel Luft nach oben. Wir sehen zu sehr auf die eigenen Bereiche und sind blind für andere. Problematisch ist aber auch das vorhandene Anreizsystem, z. B. für Herzkatheter-Labore. Liebe Frau Ministerin, ich stimme Ihnen zu: Sie – also die Politik in Brandenburg – haben viele Bretter zu bohren. Sie haben die Erfolgsstory der Herzmedizin meiner Meinung nach sehr gut dargestellt. Die Menschen werden im Wesentlichen älter aufgrund der Erfolge der Herzmedizin. Dennoch ist die Todesursache Nummer eins immer noch die Herzerkrankung. Die Kosten im Gesundheitswesen für die Behandlung von Herzerkrankungen sind extrem und nehmen zu in der Versorgung der Patienten mit Herzinsuffizienz. Die Herzinsuffizienz ist ein nicht gelöstes Problem und wir sind hier auch noch nicht auf einem guten Weg.

Herzinsuffizienz kann verschiedene Ursachen haben (arterielle Hypertonie, Herzklappen-Erkrankungen etc.). Auch wenn Sie diese Ursachen bekämpfen, bleibt die Herzschwäche als zu lösendes Problem. Statistiken zeigen, dass die Herzinsuffizienz als Todesursache von zentraler Bedeutung ist. Das ist immer noch nicht im Bewusstsein unserer Herzmediziner und erst recht nicht in der Gesellschaft angekommen. Auch wenn wir in den letzten Jahren vieles erreicht haben, kann es uns nicht zufriedenstellen, dass nach zehn Jahren Erkrankung 50 Prozent der Patienten tot sind.

Deshalb ist die Frage: Was kann helfen? Es ist mir völlig unverständlich, dass die Politik und die Kostenträger keine Probleme haben, teuerste Devices zu gewähren, aber eine Pflegekraft mit spezieller Herzinsuffizienz-Ausbildung, die nachweislich die Sterblichkeit senkt, nicht bezahlt wird. Man muss den ganzen Prozess der Versorgung dieser Patienten betrachten, z. B.: Nur 63 Prozent aller Patienten werden leitliniengerecht behandelt, mindestens einer von fünf Patienten wird innerhalb von 30 Tagen wieder stationär versorgt, 90 Prozent aller Patienten mit Herzinsuffizienz erhalten nach dem Aufenthalt in einer Notaufnahme keine ärztliche Betreuung im Folgemonat. An dieser Stelle spielen die verschiedenen beteiligten Leistungserbringer und deren Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Hier gibt es Möglichkeiten der Optimierung der Versorgungsqualität und damit der relevanten Beeinflussung der Sterblichkeit der Patienten. Ich bin der Meinung, wir brauchen jemanden, der sich um den Patienten kümmert, den Arzt informiert etc.

Ich möchte Ihnen ein Beispiel aus Nürnberg vorstellen: Wir haben uns mit großen Praxen, den Fachärzten und mit unserer Klinik das Thema „Prozessqualität der Herzinsuffizienz“ aus transsektoraler Perspektive angeschaut. Es wurde eine Prozessanalyse gemacht und verschiedene Aspekte evaluiert. Wir haben eine Pflegeexpertin für Herzinsuffizienz etabliert, die vor allem Schulungsprogramme macht, um die Gesundheitskompetenz der Patienten zu stärken. Wir haben medizinische Fachangestellte geschult und hierfür webbasierte Programme etabliert. Dieser multidisziplinäre Ansatz funktioniert. Wenn der depressive ältere Herzinsuffizienz-Patient z. B. so betreut wird, erreichen wir eine hochsignifikante Reduktion der Mortalität. Würden Sie diesen Effekt mit einem Medikament erreichen, würden die Aktien steigen, aber hier gibt es kein Reimbursement.

Lassen Sie mich zusammenfassen: Die Umsetzung der Leitlinien in der Versorgung von Herzinsuffizienz-Patienten ist zentral. Es muss eine entsprechende Analyse der Prozessqualität erfolgen. Eine Pflegeexpertin für Herzinsuffizienz verbessert die Prozessqualität. Diese wird aber bisher nicht finanziert.



Diskussion und Nachfragen

— **Publikum:** Das ist alles richtig. Was wir noch nicht besprochen haben, ist die Palliativversorgung: Wir Kardiologen wollen immer weitertherapieren, aber es gibt viele Patienten, die palliativ versorgt werden müssten. Wir haben in Nürnberg einen ambulanten Palliativdienst als optimale Struktur etabliert. Ich bin auch der Meinung, man sollte beim Thema Herzinsuffizienz prinzipiell damit beginnen, die Pflegefachkraft für Herzinsuffizienz zu etablieren. Wir haben diese bei uns installiert und es läuft sehr gut.

— **Publikum:** In technische Devices wird viel Geld investiert. Eine TAVI-Klappe kostet 16.000 bis 17.000 Euro. Das heißt, würde man einige Klappen pro Jahr weniger machen, hätte man bereits die Pflegefachkraft für Herzinsuffizienz finanziert. Es ist ärgerlich, dass die Bereitschaft, technische Innovationen zu finanzieren, größer ist. Ich finde es vom Ansatz her falsch, sich immer mit der modernen Technik auseinanderzusetzen, aber nicht mit der Gemeindeschwester, gerade für den ländlichen Raum.



Prof. Dr. Christian Butter, Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg

6.2 Schwachstellen der Versorgung in der Herzmedizin im ländlichen Raum am Beispiel Brandenburgs

Insgesamt arbeiten wir in Berlin und Brandenburg sektorenübergreifend, aber es gibt dennoch verschiedene Grenzen (Stichworte: Ausbildung, Kompetenz, Spezialisierung): So haben wir den Hausarzt, den Internisten, den Kardiologen, die Klinik, wir haben vielleicht das Zentrum und die Rehabilitation. Und wir haben die klare Grenze der Finanzierung. Diese Grenzen haben wir sowohl in Berlin als auch in Brandenburg. Aber was ist nun die besondere Situation in Brandenburg? Das sind die Distanzen, aber das ist auch die technische Ausstattung, der Netzausbau. So können Patienten aus Brandenburg z. B. nicht an einer Studie teilnehmen, weil an ihrem Wohnort keine verlässliche Internetanbindung vorhanden ist.

Kommen wir zum Inhaltlichen – zum Vorhofflimmern: Es ist die häufigste anhaltende Rhythmusstörung. Ungefähr zwei Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind laut Herzbericht 2018 betroffen und wir rechnen mit einer Verdoppelung der Prävalenz in den nächsten 50 Jahren. Der Weg der Patienten mit Vorhofflimmern ist ein unübersichtlicher in unserem Versorgungssystem. Wie ist der Verlauf? Der typische Patient ist verängstigt, kommt mit Herzstolpern, nächtlicher Unruhe o. Ä. zum Hausarzt. Was kann dieser tun? Er schreibt ein aktuelles EKG und wenn er gute Verbindungen hat, gibt es noch die Möglichkeit eines Langzeit-EKG, vielleicht noch ein Standardlabor. Es folgt eine Überweisung zum niedergelassenen Kardiologen, der eine Echokardiografie macht. Dann wird entschieden, ob konservativ, medikamentös (z. B. eine Blutverdünnung) oder interventionell

mit Kathetertechnik bzw. chirurgisch vorgegangen werden soll. Als nächste Stufe käme dann vielleicht die Fachklinik mit der Frage: Kann man das Vorhofflimmern durch eine Ablation beseitigen oder soll konservativ weiterbehandelt werden? Es muss entschieden werden, welche Versorgung für den Patienten optimal ist. Danach würde der Patient entlassen und ggf. tritt er eine Rehabilitationsmaßnahme an. Man denkt, an dieser Stelle wäre die Geschichte zu Ende, ist sie aber nicht. Das Vorhofflimmern ist eine sich häufig wiederholende Geschichte, weil Komplikationen nach der Ablation auftreten können, z. B. eine Fistel zwischen Speiseröhre und Herz hinten, eine Einengung der Lungenvene oder ein Vorhofflimmernrezidiv. Und dann stellt sich wieder die Frage, wie der Patient in und durch das System kommt.

Die (Vorhofflimmern-)Katheterablation ist eine boomende Branche mit einem gravierenden Anstieg in den letzten Jahren. Noch beunruhigender ist die Anzahl von Kliniken, die sie durchführen – das ist gefährlich. Und dazu kommt der Druck, der auf den Kliniken lastet. Der Schweregrad des Eingriffs wird bezüglich der Liegedauer bei Vorhofflimmern aus meiner Sicht fehleingeschätzt. Der Eingriff ist massiv, es können gefährliche Nachwirkungen (Blutungen, Blutgerinnsel etc.) auftreten. Der Druck, diese Patienten am nächsten Tag wieder entlassen zu sollen, ist gefährlich und ungerechtfertigt. Und hieraus ergibt sich ein sektorenübergreifendes Problem, weil mögliche später auftretende Komplikationen eventuell von dem Nicht-Elektrophysiologen richtig gedeutet werden müssen. Können wir dieses Problem lösen? Die Idee der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie ist, Vorhofflimmernzentren zu zertifizieren, die bestimmte Standards einhalten müssen.

Aber kommen wir zum Problem der sektorenübergreifenden Versorgung beim Vorhofflimmern. Ein Hausarzt, der einen Patienten mit Vorhofflimmern hat, was kann dieser machen? Es gibt verschiedene Guidelines, die man nicht einfach nebenbei lesen kann, für bestimmte Risikokonstellationen weitere Guidelines, die auch immer wieder aktualisiert werden. Der Hausarzt alleine kann das nicht leisten. Ein Vorhofflimmernpatient benötigt ein Integrated AF Management, ein multidisziplinäres Team, das ihn durch das System navigiert. Die Herausforderung ist, dass Therapiestrategien sich stetig wandeln und das Wissen immer up to date sein muss. Und diese Kompetenz muss an allen Stellen des Systems erreichbar sein. Die Kommunikation und Information zwischen den Sektoren muss sichergestellt sein, am besten auch online, sodass z. B. Therapieempfehlungen aus der Klinik in der ambulanten Versorgung ohne Verzögerung

(z. B. Wartezeiten) umgesetzt werden können. Aber all das ist eine Wunschvorstellung. Ein weiteres Problem in Brandenburg, aber auch in anderen Regionen Deutschlands, sind die zunehmenden Sprachbarrieren aufgrund der nicht muttersprachlichen Kollegen, deren Deutschkenntnisse nicht ausreichen, um komplexe Prozeduren und Zusammenhänge zu verstehen und erläutern zu können.

Lassen Sie mich kurz noch zur Herzinsuffizienz ein paar Sätze sagen. Wir haben eine Zunahme der vollstationären Hospitalisationsrate bei Herzinsuffizienz, das Altersmaximum liegt bei über 80 Jahren. Aber die Menschen sterben seltener an Herzinsuffizienz – trotz steigenden Durchschnittsalters. Es gibt verschiedene Aspekte, die die Herzinsuffizienz in der Behandlung schwierig machen: Nach einem ersten tiefen Deep geht es dem Patienten durch gute medizinische Behandlung fast wieder so gut wie vorher, er hält sich längere Zeit stabil, dann kommt die erste Dekompensation, dann geht es weiter bergab, das Ganze wiederholt sich und am Ende haben wir rezidivierende Dekompensationen mit stationären Aufenthalten.



der aufwendigsten telemedizinischen Studien ist die an der Charité durchgeführte Studie TIM-HF1⁴, die hinsichtlich des primär gewählten Endpunkts kein positives Ergebnis zeigte. Daraus hat man gelernt und die Studie TIM-HF2 kam unter bestimmten Bedingungen für eine Subgruppe von Patienten zu positiven Ergebnissen. Und ganz aktuell gibt es eine Mitteilung des IQWiG: „Fortgeschrittene Herzinsuffizienz: Telemonitoring senkt kardiovaskuläre Mortalität“⁵. Das IQWiG hat dies im Auftrag des G-BA untersucht. Das Hauptergebnis war, dass mit Telemonitoring unter bestimmten Voraussetzungen weniger kardiovaskuläre Todesfälle auftreten. Es sind aber nur vier randomisierte Studien in die Bewertung eingegangen, die in den berichteten Endpunkten ein hohes Verzerrungspotenzial beinhalteten.

Zum Schluss: Komplexe kardiovaskuläre Erkrankungen mit hohem Rezidiv- und Risikopotenzial sollten im Umfeld von Fachzentren angebunden bleiben. In diesem Zusammenhang stellt sich mir die Frage, warum man Prozeduren bei gleicher Qualität nicht unabhängig vom Sektor finanziert (Stichwort: gleiches Entgelt bei Durchführung einer Echokardiografie in oder außerhalb der Klinik). Und: Telemedizin in der aktuellen Form – auch aufgrund der Strukturlosigkeit und Finanzierung – ist kein Heilsbringer. Auch der Fachkräftemangel ist gerade für den ländlichen Bereich von zentraler Bedeutung. Ich bin der Meinung, wir müssen daran arbeiten, dass das ganze Konzept wieder attraktiv wird. Vielen Dank!

Ist Telemedizin die Lösung? Kann Telemedizin eine erneute Dekompensation verhindern, die Hospitalisierung reduzieren, Komplikationen verhindern und dafür sorgen, dass der Patient mit Herzinsuffizienz länger lebt? Wir benötigen Mittel, die es uns erlauben vorherzusagen, ob der Patient irgendwann mal symptomatisch wird. Es gibt eine Phase der Präsymptomatik, in der der Patient noch keine Beschwerden hat, es aber bereits Veränderungen im Körper gibt. Eine

4 https://telemedizin.charite.de/forschung/partnership_for_the_heart/klinische_studie_tim_hf/

5 <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/2019/fortgeschrittene-herzinsuffizienz-telemonitoring-senkt-kardiovaskulaere-mortalitaet.12535.html>



Dr. Leonhard Bruch, Unfallkrankenhaus Berlin

6.3. Schwachstellen der Versorgung in der Herzmedizin im urbanen Raum am Beispiel Berlins

Wir haben dieses Krankenhaus quasi aus dem Nichts heraus aufgebaut und in der Region, auch in der sektorenübergreifenden Versorgung von Patienten, etabliert. Es wurde bereits gesagt, dass der Patient immer im Mittelpunkt der Versorgung stehen sollte. Dieser hat bestimmte Bedürfnisse hinsichtlich medizinischer Versorgung und hier benötigt er Hilfe von uns: mal einen Hausarzt, mal einen Facharzt, mal ein Akutkrankenhaus, gelegentlich eine Reha-Einrichtung. Ein Wunschbild wäre: Alles ist eng vernetzt und der Patient steht im Mittelpunkt. Alle nötigen Informationen und Daten stehen allen jederzeit zur Verfügung. Der Patient hat die Hoheit über seine Daten, ist gut informiert und trifft informiert freie Entscheidungen. Aber plötzlich schlägt der Blitz ein: die Frage der Finanzierung – wer zahlt wofür und an wen. Und dann kommt das böse Erwachen in der Wirklichkeit. Im Dschungel der Finanzierung im deutschen Gesundheitswesen steht der Patient nicht im Mittelpunkt.

Es ist heute bereits mehrfach angeklungen: Die Morbidität und Mortalität der Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben deutlich abgenommen in den letzten Jahren, die kardiologische Versorgung hat sich deutlich verbessert. Problematisch aber ist, dass die Behandlungszahlen im Krankenhaus nach wie vor zunehmen. Hier wird ein Drehtüreffekt bei schlechter Gesamtversorgung sichtbar. Außerdem gibt es regionale Unterschiede: So liegt z. B. die Herzinfarktsterblichkeit in Brandenburg 48 Prozent über dem Bundesdurchschnitt.

In der Herzinfarktversorgung spielen die Versorgungszeiten eine wichtige Rolle. Wir müssen darauf hinarbeiten, die patientenabhängige Zeit vom Symptombeginn bis zur Alarmierung und die Rettungskette von der Alarmierung des Rettungsdienstes bis zur hoffentlich erfolgreichen Katheterintervention zu verbessern. Wir konnten im Herzinfarktregister zeigen, dass knapp 80 Prozent der Patienten, bei denen der Notarzt im EKG den Herzinfarkt richtig erkannt hatte (dies war in zwei Dritteln der Fälle so), in der angestrebten „Door-to-Balloon Time“ (60 Minuten) versorgt werden. Diese Erkenntnisse waren der Ausgangspunkt für das Innovationsfonds-Projekt QS-Notfall in Berlin und Brandenburg. Im Projekt wurden unter anderem eine Online-Fortbildung und die elektronische EKG-Übertragung aus dem Notarzteinsatzfahrzeug oder Rettungswagen direkt in die Kliniken etabliert.

Das Problem ist – wie bei der Herzinsuffizienz auch – beim Herzinfarkt: Wie geht es nach der Akutversorgung weiter, z. B. wer begleitet die Patienten dauerhaft in ihrer Sekundärprävention, wer macht Verlaufskontrollen? Gibt es genug niedergelassene Kardiologen für die Versorgung? In Berlin-Schöneberg gibt es z. B. 11.000 Menschen auf einen Kardiologen, in Hohenschönhausen Nord sind es 72.500. Hier müssen auch telemedizinische Anwendungen wie das Telemonitoring als Teil eines Gesamtkonzeptes eine Rolle spielen. Die neue, digitale Generation, meine Oberärzte und Fachärzte haben gute Ideen zu den digitalen Möglichkeiten. Die Frage, die sich dann sofort stellt, ist allerdings: Wer zahlt das und wie kommt man zu einer sektorenübergreifenden, gemeinsamen besseren Versorgung, ohne dass sich einer der beteiligten Akteure in seiner Verantwortlichkeit beschnitten fühlt? Und das Patienteninteresse, und das ist mir wichtig zu betonen, wird durch vielfältige ökonomische Interessen, aber auch Notwendigkeiten überlagert.

Die Schwachstellen in der Notfallversorgung, und da hat Herr Prof. Pauschinger vollkommen recht, sind überwindbar. Diesen Prozess kann man steuern und daran kann man arbeiten. Die digitale Transformation unseres gesamten Systems steckt dagegen aus meiner Sicht noch absolut in den Kinderschuhen. Was wir als digitale EKG-Übertragung bezeichnen, ist ein PDF oder ein Bild, das digital verschickt wird, kein digitaler Datensatz, den man eventuell hinterher noch mal auswerten kann. Für diese digitale Vernetzung benötigen wir auch eine Offenheit im Denken über die Sektorengrenzen hinweg. Denn sonst werden wir diesen Anforderungen in der Zukunft nicht gerecht werden.

6 Krankenhausankunft-Balloon-Zeit

7 <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/qs-notfall-verbesserung-der-notfallversorgung-von-herzinfarktpatienten-in-berlin-und-brandenburg.11>

7. Impuls aus Patientensicht



Hedwig François-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

Die gesamte Versorgungskette aus Patientensicht: Ist sie stabil?

Das Aktionsbündnis ist eine anerkannte gemeinnützige Organisation, die sich ausschließlich über Mitgliedsbeiträge, Spenden und Förderungen finanziert. Wir haben ca. 750 Mitglieder, von denen ca. 200 ehrenamtlich in derzeit zehn laufenden Arbeitsgruppen aktiv sind. Wir beschäftigen uns nicht nur mit einem einzelnen, sondern mit ganz unterschiedlichen Themen, z. B. mit der ambulanten Intensivbetreuung, zu der wir in Kürze eine Handlungsempfehlung herausbringen. Aber auch z. B. mit der Infektionsprävention, Arzneimitteltherapiesicherheit oder mit Medizinprodukten assoziierter Sicherheit, sowohl für Kliniken als auch in der ambulanten oder Langzeitversorgung in der Gesundheitsbranche. Ich werde deshalb heute nichts zur Herzmedizin im Einzelnen sagen, sondern über unser Versorgungssystem ganz allgemein sprechen.

Unser Wunsch ist, dass in jeder Versorgungssituation, insbesondere beim Übergang zwischen den einzelnen Sektoren, mehr Kompetenz auf allen Seiten, angefangen beim Patienten, vorliegt. So geben wir z. B. die Patienteninformation „Sicher in der Arztpraxis“ heraus.⁸ Das sind Empfehlungen für den Patienten im Kontext eines Arztbesuchs. Ziel ist es, die Patienten kompetenter zu machen, damit sie Dinge auch kritisch hinterfragen, informiert eigene Entscheidungen treffen, insgesamt mündiger agieren. Wir haben auch einen Ratgeber für Patienten entwickelt, wenn der Verdacht eines Zwischenfalls oder Behandlungsfehlers vorliegt.⁹ Trotz des Patientenrechtegesetzes ist die Sicht auf diese Dinge auch heute noch sehr eingeschränkt. Das Krankenhaus hat ebenfalls einen großen Einfluss auf die Patientensicherheit. Deshalb haben wir auch im Kontext einer

Krankenhausbehandlung verschiedene Patienteninformationen entwickelt, die die Patienten unterstützen sollen bei Fragen und Unsicherheiten.¹⁰

Bisher wird auch die Bedeutung der Apotheke zu wenig beachtet gerade in Bezug auf Patientensicherheit (z. B. Stichwort Polypharmazie). Apotheker verfügen über umfassende Kompetenzen, die Ärzte nicht haben können – diese müssen besser eingebunden werden, z. B. bei der Visite im Krankenhaus. Die Reha, die Pflege, aber auch die Transportdienste haben selbstverständlich ebenfalls einen großen Einfluss auf die Patientensicherheit.

Steht der Patient wirklich im Mittelpunkt der Versorgung? Das Problem ist, dass der Patient an jeder Stelle von vorne anfangen muss, seine Situation zu schildern. Es gibt oftmals zu wenig oder sogar keine Informationsweitergabe, wie es eine elektronische Patientenakte ermöglichen würde. In unseren Patientenworkshops erfahren wir immer wieder, dass Patienten weniger Angst vor der Transparenz ihrer Daten haben. Die Zusammenarbeit der vielen Akteure in den einzelnen Professionen, Sektoren und Versorgungsbereichen muss verbessert werden, vor allem auf breiter Ebene. Wir sind der Auffassung, dass alle Beteiligten durch bessere Kompetenz, vor allem auf der Kommunikationsebene, erfolgreicher wären.

Das Thema Kompetenz ist adressiert an alle Player in allen Fachbereichen und in allen Gesundheitsberufen. Diese dürfen nicht isoliert in einzelnen beruflichen Kontexten denken und handeln, sondern müssen miteinander und stärker vernetzt arbeiten. Dass jedes Bundesland selbst entscheidet, wie es bestimmte Dinge umsetzt (Stichwort: Curricula der Gesundheitsberufe), ist nicht unkritisch. Wir haben 13 Curricula der Gesundheitsfachberufe untersucht und festgestellt: Lediglich die neuesten Berufe (anästhesietechnische Assistentin, operationstechnische Assistentin) haben Aspekte von Patientensicherheit in ihrem Curriculum.

Wir haben vor Kurzem – unter Finanzierung des Verbandes der Ersatzkassen – ein Weißbuch Patientensicherheit herausgegeben, welches die gesamte Thematik abdeckt. Wir wollen Patientensicherheit neu und erweitert denken und entsprechend handeln. Dabei nehmen wir einen Paradigmenwechsel vor, indem wir nicht mehr jede Berufsgruppe getrennt betrachten.

Was ist zu tun?

Ich empfehle, die Krankenhausplanung nach übergeordneten Kriterien und nicht länderbezogen vorzunehmen. Man muss übergreifend schauen, wohin die Menschen ziehen und wo es welcher Versorgung bedarf. Man muss nicht überall ein Krankenhaus haben, denn der Fokus sollte auf Kompetenz, auf Qualität und nicht primär auf Wohnortnähe liegen. Wenn bestimmte Kompetenzen nicht vorhanden sind, muss man sich auch fragen, ob z. B. eine Notfallversorgung dort überhaupt rechtens ist. Es geht aber auch um Pflegekompetenz: Wir müssen nicht überall Ärzte, sondern kompetente Menschen aller Berufsgruppen haben. Wir benötigen eine echte sektorenübergreifende und interprofessionelle Versorgung.

Wir plädieren im Weißbuch dafür, dass eine Patientensicherheitsoffensive gestartet wird, die von allen mitgetragen wird. Es sollte bei jeder Institution Patientensicherheitsbeauftragte geben, die vernetzt miteinander arbeiten. Patientensicherheit muss als Querschnittsthema im Curriculum eines jeden Ausbildungs- oder Studienfachs ausgebaut werden. Auf jeden Fall wollen wir, dass Patienten anders als bisher in alles einbezogen werden: in alle Entscheidungen sie betreffend, in der die Forschung. Damit möchte ich mich bedanken.



© Britta Mutzke

8 <https://www.aps-ev.de/hempfehlungen/sicher-in-der-arztpraxis/>
 9 https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/09/2018-PI_Rednen_bester_Weg_2Auf1.pdf
 10 <https://www.aps-ev.de/patienteninformation/>

8. Podiumsdiskussion



Teilnehmende:

Daniela Teichert

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Dr. Benny Levenson

*Kardiologische Gemeinschaftspraxis, Bundesverband
Niedergelassener Kardiologen (BNK)*

Prof. Dr. Heinz Völler

Klinik am See Rüdersdorf

Hedwig François-Kettner

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

Torsten Reinhold

Oberhavel-Kliniken GmbH

Elimar Brandt: Vielen Dank, kommen wir nun zur Podiumsdiskussion und ich möchte die Kolleginnen und Kollegen auf das Podium bitten, die die unterschiedlichen Bereiche der Versorgung abdecken. Starten wir mit der ambulanten Versorgung, lieber Herr Dr. Levenson, bitte schön.

— **Dr. Benny Levenson:** Wir haben Defizite im Verbundsystem der Krankheitsbehandlung, aber es gibt auch

Lösungsmöglichkeiten. Bei uns Kardiologen steht der Patient tatsächlich im Mittelpunkt und deswegen wurden von uns, z. B. vom Bundesverband Niedergelassener Kardiologen, Innovationen auf den Weg gebracht, um den Patienten durch seine Krankheit zu führen mit gutem Ausgang.

Elimar Brandt: Schönen Dank. Frau Teichert, AOK Nordost: Wir haben ja das heute schon ein paarmal anklingen lassen, dass das Thema sehr weit gesteckt ist von der Prävention bis zur Rehabilitation. Wie ist Ihre Einschätzung zu diesem Thema mit Blick auf die transsektorale Versorgung in der Herzmedizin?

— **Daniela Teichert:** Ich glaube, es ist hier notwendig, über die Schwachstellen in der Versorgung zu sprechen. Ich wünsche mir aber auch, dass wir über die schon funktionierenden transsektoralen Ansätze, die schon in der Praxis umgesetzt werden, sprechen. Vielen Dank auch für den Beitrag Gesundheitskompetenz: Als Krankenversicherung beschäftigen wir uns natürlich mit dem Thema Gesundheitskompetenz, auch digitaler Gesundheitskompetenz. Wir müssen neue Wege finden, die Gesundheitskompetenz zu fördern – und das können wir nur gemeinsam mit Ärzten, mit Patienten etc. Zum Thema Prävention: Ich sehe das Thema Prävention, obwohl es schon so lange und auch zwangsweise mit festen Beträgen hinterlegt ist, noch nicht ausreichend

verankert. Ich denke, hier können wir noch viel tun und das Thema Herzerkrankungen eignet sich gut, um neue Ansätze zu finden, den Patienten langfristig zu begleiten und präventiv zu unterstützen. Es geht dabei auch darum, die Versorgungskette über die klassischen Player hinaus zu erweitern, z. B. regionale Sportvereine als Akteure im Bereich der Prävention einzubeziehen. Ein wichtiger Punkt ist auch die Vorsorge und Früherkennung gerade bei Herzinsuffizienz.

Elimar Brandt: Dann zur Rehabilitation: Wie können die Akteure im Bereich der Reha-Medizin bewirken, dass die Menschen auch nach einer stationären oder ambulanten Reha-Behandlung das Erlernte in ihrem Lebensvollzug einbetten?

— **Prof. Dr. Heinz Völler:** Wahrscheinlich muss ich hierzu als Sozialarbeiter oder Sozialmediziner antworten und nicht als Kardiologe. Vielleicht sollten Krankenhäuser zum Teileher Gemeindehäuser werden, um die Menschen langfristig zu begleiten. Der soziale Support spielt eine große Rolle für den Krankheitsverlauf, für psychische Begleiterkrankungen, Angst bei der beruflichen Wiedereingliederung oder Arbeitslosigkeit. In der Krebsvor- und -nachsorge gibt es hierfür gute Programme, aber in der Kardiologie fehlt etwas Vergleichbares. Deshalb fallen viele Patienten in ein Loch nach Beendigung der Reha.

Elimar Brandt: Wie sind denn die Kontakte zu den niedergelassenen Kardiologen, die die Anschlussversorgung übernehmen?

— **Prof. Dr. Heinz Völler:** Lapidar gesagt: Wir haben selten Kontakt. Wir benötigen ganz andere Strukturen, es fehlt für die Herzmedizin eine durchgehende Struktur.

— **Dr. Benny Levenson:** Ich glaube, unsere Aufgabe muss es sein, den Finger in die Wunde zu legen. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass beispielsweise 60 Prozent der Patienten nach einem Herzinfarkt im ersten Jahr danach keinen Kardiologen sehen. Die Patienten gehen vielleicht noch in die Reha, aber sie haben anschließend keinerlei Anbindung mehr an einen kardiologischen Facharzt. Wir haben vor einigen Jahren mit 2.000 Patienten das sogenannte ProAcor-Register aufgelegt: Der Patient wurde zum Zeitpunkt des Infarktes bzw. der Behandlung seines

Infarktgefäßes im Katheterlabor in das Register aufgenommen und über zwölf Monate strukturiert in kardiologischen Praxen weiterbetreut. Er hat dort individuell auf ihn ausgerichtete Broschüren und einen Herzpass erhalten, in dem seine Laborwerte, Risikofaktoren, Medikation und Schulungen eingetragen wurden. Im Ergebnis zeigte sich, dass wir nach einem Jahr bei schwerkranken, oft multimorbiden Patienten vier Prozent Sterblichkeit hatten – deutlich unter den Werten aus Post-Infarkt-Studien. Fazit: Wenn du den Patienten an die Hand nimmst und strukturiert begleitest, sind die Ergebnisse besser.

Elimar Brandt: Frau Teichert, Sie haben das Mikrofon in die Hand genommen, ja?

— **Daniela Teichert:** Ja, das war ein schönes Best Practice-Beispiel. Wenn ich noch ergänzen darf: Wir haben seit Anfang des Jahres CardioCoach, für den wir auch den Innovationspreis gewonnen haben: eine App für Patienten und Praxen. Und da sind wir wieder beim Thema Digitalisierung, auch ein Thema für schlechter versorgte Regionen. Aber hierfür müssten wir erst einmal flächendeckend Internet haben. Das ist ein strukturelles, ein gesamtgesellschaftliches Problem.

Elimar Brandt: Aus der Sicht der Notfallsituation: Was ist Ihr Anliegen hinsichtlich einer transsektoral besseren Versorgung?

— **Torsten Reinhold:** Wenn wir über Notfallmedizin reden, müssen wir einen Schritt weiter zurückgehen, nämlich: Wendet sich der Patient mit einem akuten Problem an das richtige System? Wir haben zwar keine einheitliche Notrufnummer, aber wir haben die Vernetzung zwischen 112 und 116117. Zweites Problem ist die sehr hohe, in Brandenburg extrem hohe Herzinfarktsterblichkeit. Thema ist hier die Hilfsfrist in Brandenburg: 15 Minuten vom Dispositionsbeginn bis zum Eintreffen an einer öffentlichen Straße. Nicht berücksichtigt werden aber die Gesprächszeit des Disponenten und die Zeit bis zum Eintreffen direkt beim Patienten. Was ist z. B., wenn sich der Zustand des Patienten so akut verschlechtert, dass er reanimationspflichtig wird, welche First-Responder-Systeme haben wir? Über einen Landtagsbeschluss wird jetzt die flächendeckende Einführung der Reanimationsschulung in weiterführenden Schulen in

Brandenburg durchgesetzt. Es geht aber auch um die Qualität der Versorgung beim Herzinfarkt: Werden die zehn Minuten zur Erstellung des Erst-EKG nach Patientenkontakt eingehalten, wie sind die präklinischen Zeiten? Wir arbeiten gerade an einem einheitlichen Qualitätssicherungssystem für Brandenburg. Eine weitere Frage ist: Wie können wir die Notfallsanitäter und Notärzte unterstützen? Es gibt neben dem Telemonitoring auch Tele-Notarzt-Systeme, auch schon erste Projekte in Brandenburg. Aber es gibt auch noch viele Probleme, die wir lösen müssen.

Elimar Brandt: Ja, bitte. Wenn Sie so nett sind, Ihren Namen zu sagen.

— **Sebastian Kelle:** *Sebastian Kelle vom Deutschen Herzzentrum Berlin.* Ich bin Kardiologe und ich habe eine Frage in die Runde hinsichtlich der Versorgung im ländlichen Raum. Wir sehen nicht nur die demografische Entwicklung bei den Patienten, sondern auch bei den Kollegen. Gibt es Modelle, wie mit dieser Situation in den nächsten fünf bis zehn Jahren umgegangen werden soll? Wird es zentrale Ansprechpartner, Expertenzentren geben oder soll jeder immer alles machen?

— **Hedwig François-Kettner:** Das ist der Punkt, den wir bemängeln. Wir haben hier eine Zukunftswerkstatt. Wir haben identifiziert, dass das eine Schwachstelle ist. Und diese Schwachstelle muss im Protokoll erscheinen und muss an die Politik herangetragen werden, von uns allen.

— **Daniela Teichert:** Wir können heute keine Versorgungsstrukturdiskussion führen, aber wir müssen natürlich die Frage stellen. Das Thema „Demografische Entwicklung“ ist ja generell ein Thema, das sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor eine Rolle spielt. Wir müssen die Versorgungsstrukturen vernetzen, wir müssen viel mehr Kraft investieren in strukturierte Daten. Wir müssen auch schauen, welche Best-Practice-Ansätze es bereits gibt, z. B. Cura-Plan Herz Plus¹¹. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Mortalitätsquote um 30 Prozent gesunken ist. Dann gibt es den Cardio-Lotsen¹², den wir gerade pilotieren. Wir werden nicht alle Strukturdefizite mit solchen Modellen auflösen können, aber wir haben ein paar Lösungen, die auch für strukturschwache Regionen und sektorenübergreifend funktionieren.

Elimar Brandt: Die Frau Ministerin hat vorhin von Ankerzentren gesprochen. Sind das Lösungsmöglichkeiten für eine umfassende, qualitätsgesicherte Versorgung in ländlichen Strukturen?

— **Prof. Dr. Heinz Völler:** In Wien gibt es z. B. die 24-Stunden-Bereitschaft für Herzkatheter, indem man Wien viertelt und jedes Viertel für eine Woche in der Präsenz zuständig ist. Das wird es in Deutschland nicht geben, weil hier die Krankenhausträger in Konkurrenz stehen. Jedes kleine Krankenhaus hat hier einen Herzkatheter-Messplatz eingerichtet, um einen anderen Basisfallwert zu haben. Solange sich an dieser Situation nichts ändert, lässt sich Ihre Frage nicht richtig beantworten.

— **Dr. Benny Levenson:** Wien ist aber keine ländliche Region, sondern eher mit Berlin vergleichbar. Wenn jemand in Berlin einen Herzinfarkt hat, dann ist er in 15 Minuten im entsprechenden Krankenhaus. Problematisch sind tatsächlich die strukturschwachen Regionen. Das ist ein gesamt-politisches Thema. Wir müssen einen Incentive schaffen, damit Ärzte in diese Regionen gehen, aber das ist schwer. Entscheidend ist, dass der Patient bei akuten Beschwerden eine Anlaufstelle hat. Am besten wäre es, wenn die Schulung der Menschen im Land kontinuierlich erfolgt, und zwar unter folgenden Gesichtspunkten: A) Änderung des Lebensstils, B) Erkennen und Einschätzen von Symptomen. Angesichts der bekannten demografischen Entwicklung muss man sagen – und das ist ein Vorwurf an die Politik –, wir laufen sehenden Auges ins Messer. Deshalb kann der Appell nur sein, dass die Politik zügig etwas ändern muss. Und zum Thema Best Practice kurz noch ein Wort. Es ist ein Problem, dass es nicht mehr Best-Practice-Beispiele gibt. Unsere Projekte sind entweder selbstfinanziert gewesen oder wir hatten einen Kostenträger dabei. Viele Projekte scheitern an der Finanzierung. Alle sagen, es geht um die Gesundheit der Patienten, aber in Wirklichkeit geht es immer ums Geld.

— **Torsten Reinhold:** Ich sehe es genauso. Wir müssen immer die Gesamtheit betrachten: Wenn wir ein Problem lösen, müssen wir aufpassen, dass wir uns damit nicht an anderer Stelle ein anderes Problem schaffen. Wenn wir Zentren schaffen für eine höhere Qualität, dann verlängern sich gerade im ländlichen Bereich die Wege für den Rettungsdienst. Das heißt auch, dieser Rettungsdienst ist angesichts der längeren Fahrzeit für diese Zeit nicht mehr einsatzbereit, was wiederum eine längere Hilfsfrist für den nächsten Notfall bedeutet. Mehr Rettungswagen bereitzustellen löst nicht das Problem, denn auch der Rettungsdienst leidet



unter Fachkräftemangel. Wir in Brandenburg fangen aus diesem Grund an, die ersten Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeuge abzumelden.

— **Dr. Birga Maier:** *Ich bin die Projektleiterin des schon vielfach angesprochenen QS-Notfallprojektes¹³ und komme vom Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister.* Die Zeiten, bis ein Patient mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus kommt, sind in Brandenburg unwesentlich länger als in Berlin. Außerdem zeigen Daten aus dem bundesweiten Netzwerk STEMI, dass die Versorgungszeiten, auch die prästationären, in den Großstädten viel länger sind als zu erwarten, weil es so viel Konkurrenz statt eines gemeinsamen funktionierenden Netzwerks gibt. Zweite Anmerkung zu ländlicher Versorgung: Erste Zahlen aus dem QS-Notfallprojekt zeigen, dass die Zeit vom Symptombeginn des Herzinfarktes bis zur Wiedereröffnung des verschlossenen Gefäßes für Patienten, die sich selbst in ein Krankenhaus in Brandenburg einweisen, ungefähr gleich lang ist – unabhängig davon, ob das Krankenhaus über ein Herzkatheter-Labor verfügt oder nicht.

— **Dr. Martin Stockburger:** Ich wollte zu dem Statement von Herrn Levenson einen nicht ganz unwichtigen Aspekt beisteuern, nämlich den Aspekt der Anschlussfinanzierung von Projekten. Das ist eine Frage für die Kostenträger ebenso wie für die Politik, die für uns Leistungserbringer im Rahmen der Innovationsfonds-Projekte bereits jetzt ganz konkret wird. Die zitierten Projekte befinden sich in der letzten Phase und die Frage stellt sich sehr massiv und ist noch nicht gelöst: Was passiert nach Auslaufen des Projektes? Für ein Projekt ist bereits jetzt klar, dass wir als Unternehmen eine Zwischenfinanzierung vornehmen müssen. Deshalb möchte ich appellieren, dass man zeitnah eine Lösung

für die Regelversorgung findet. Wenn wir die erfolgreichen Projekte verstetigen und ausbreiten wollen, benötigen wir dafür die Struktur und die Finanzierung.

— **Daniela Teichert:** Sie haben einen wichtigen Punkt angesprochen, der eine Gesetzeslücke darstellt – das ist die Lücke zwischen dem Auslaufen des Projektes und dem Warten auf das Evaluationsergebnis. Ich glaube, jede Krankenkasse, die an Innovationfonds-Projekten beteiligt ist, macht sich diesbezüglich bereits Gedanken. Wenn die Evaluationsergebnisse in die erhoffte Richtung gehen, werden wir auch Zwischenfinanzierungslösungen finden.

— **Hedwig François-Kettner:** Die OECD hat ausgerechnet, dass 15 Prozent aller Kosten vermeidbar wären, wenn man strukturiert Patientensicherheit umsetzt. Wenn man dieses Geld sparen könnte, dann müsste es auch allen zugutekommen, nicht nur den Kostenträgern. Ich bin überzeugt davon, dass man eine Menge Geld sparen kann, wenn z. B. Kliniken sehr strukturiert Qualitätsmanagement einführen.

Elimar Brandt: Es müssen also Gesetze reformiert werden, damit Ströme auch anders geregelt werden können?

— **Daniela Teichert:** Definitiv. Dafür haben wir auch die Innovationsfonds-Projekte, die zeigen sollen, welche Effekte sektorenübergreifende Versorgung bringt. Ich stimme Ihnen zu: Die Effizienzreserve steckt im System. Zum Thema der Finanzierung von neuen technologischen Modellen: Es ist sinnvoll, die Ideen gemeinsam zu entwickeln, damit die Modelle auch Antworten auf vorhandene Probleme geben.

— **Dr. Benny Levenson:** Die Idee, das SGB V ändern zu wollen, ist, finde ich, nicht wirklich zielführend, weil das mindestens bis zur nächsten Generation dauert. Ich glaube, diesen Luxus können wir uns nicht erlauben. Wir benötigen kreative Lösungen, zum Teil auch dirigistische Lösungen. Ich möchte Ihnen zwei Beispiele nennen: In England wurden der Nahrungsmittelindustrie zwei Vorschläge – ein liberaler und ein dirigistischer – bezüglich der Reduktion des Zuckeranteils unterbreitet: Im liberalen Bereich reduzierte sich der Zuckergehalt um drei Prozent, im dirigistischen Bereich um 40 Prozent. In Deutschland geht so was nicht. Das zweite Beispiel kommt aus Australien. In einem Projekt mit 7,5 Jahren Nachbeobachtungszeit ging es darum, ob und in welchem Ausmaß Tabakgebrauch verantwortlich ist für Gefäßerkrankungen. Ergebnis war, dass Raucher

ein bis zu fünffach höheres Risiko für tödliche Gefäßerkrankungen haben. Wer in diesem 7,5-Jahres-Zeitraum aufhört zu rauchen, hat nur noch ein doppelt so hohes Risiko wie ein Nichtraucher. Die Australier erhöhen jährlich die Tabaksteuer um 12,5 Prozent. Eine Schachtel Zigaretten kostet in diesem Jahr dort bereits 20 Euro. Das heißt, man könnte alleine durch eine gesundheitspolitisch vernünftige Erhöhung der Tabaksteuer akut so viel Gelder generieren, dass damit sämtliche Tabakentwöhnungsprogramme unentgeltlich durchgeführt werden könnten, die die Kassen bis heute hier in Deutschland nicht bezahlen. Damit hätte man unmittelbar einen Effekt. Eine Reform des SGB V ist deshalb genauso der falsche Weg wie die Selbstverwaltung.

— **Katrin Rascher:** *Katrin Rascher aus dem Bereich Market Access bei Novartis.* Ich habe zwei Anmerkungen. Der Gesetzgeber hat ja die Möglichkeit und die Relevanz der Herzinsuffizienz gesehen, indem er die Herzinsuffizienz aus dem DMP KHK herausgenommen und ein eigenes DMP Herzinsuffizienz geschaffen hat. Seit April 2018 gibt es diese Möglichkeit, aber bundesweit ist noch kein einziges DMP seitens der Selbstverwaltung umgesetzt worden. Das heißt, Patienten mit Herzinsuffizienz werden derzeit nicht mehr strukturiert versorgt. Die Frage ist, warum nichts passiert. Das zweite Thema ist das Entlassmanagement: Wir nehmen es eher als Kann-Regelung und nicht als Muss-Regelung des Gesetzgebers wahr. Es wird sehr unterschiedlich umgesetzt und hier sollte man diskutieren, wie man es flächendeckend für Patienten umsetzt.

— **Dr. Brigitte Wrede:** *Wrede, Senatsverwaltung für Gesundheit in Berlin.* Ich möchte betonen, dass ich nicht für die Politik spreche, sondern für die Fachebene. Wir müssen anfangen, tatsächlich über Strukturen zu reden, über Anreize. Wir alle wissen, dass sich die Herzinfarktquote zum Glück nicht vermehrt, gleichzeitig sehen wir aber eine enorme Vermehrung von Links-Herzkatheter-Einsätzen. Wir haben viele Krankenhausträger, die mehrere Standorte haben, und alle haben eine Kardiologie. Wir sollten mehr in Versorgungsstrukturen denken und diskutieren. Notfallrettung ist hier z. B. ein Thema, Flugrettung u.Ä.

— **Torsten Reinhold:** Ob die Flugrettung hier eine mögliche Lösung ist, ist schwer zu sagen. Natürlich ist sie ein Vorteil im ländlichen Bereich, aber sie ist wahrscheinlich nur ein Baustein, da es auch Einschränkungen (z. B. Wetter) gibt. Außerdem sind die Kosten für die Anschaffung eines Hubschraubers hoch im Vergleich zum Ausmaß an Verbesserung, das er bringt.

Publikum: Die Sterblichkeiten unterscheiden sich zwischen der Metropolregion Berlin und Brandenburg. Wie erreicht man die Patienten rechtzeitig, bereits in der Primärprävention? Wo gibt es Modelle, um dies zu verbessern?

— **Hedwig François-Kettner:** Es muss eine stärkere Konzentration auf Modelle im Bereich der Digitalisierung und Vernetzung geben. Auch muss das Thema früher angesprochen werden, z. B. bereits in der Schule. Man muss die Medien nutzen, die die Menschen auch nutzen – die Apothekenumschau ist z. B. das Medium mit den höchsten Auflagen in Deutschland. Prävention ist wirklich DAS Schlagwort. Wichtig ist aber auch das gesamte Case-Management in einem einheitlichen System für den Patienten. Außerdem wird viel pilotiert und zu wenig in die Fläche gebracht. Jeder von uns muss in seinem Bereich aktiv werden, um die Situation zu verbessern.

— **Dr. Benny Levenson:** Das DMP selbst ist ein gutes Instrument, um eine strukturierte Langzeitbehandlung eines chronisch kranken Menschen durchzuführen. Ich möchte gerne den Fokus von der akuten Infarktversorgung auf die chronisch kranken Herzpatienten richten. Wir haben die Infarktzahlen in den letzten Jahren halbiert. Die Versorgung für die Patienten ist besser geworden. Das Problem beim DMP ist, dass diese wunderbare scharfe Waffe künstlich von der Selbstverwaltung stumpf gemacht wird. Ich habe in den letzten zwei Jahren als konsentierter Sachverständiger an der Neufassung des DMP KHK gearbeitet. Obwohl es klare, auch evidenzbasierte Zielwerte für die Lipidsenkung und die Blutdrucksenkung gibt, war dies nicht gewollt. Aber grundsätzlich gebe ich Ihnen recht: DMP KHK und DMP Herzinsuffizienz sind Mittel, um die Versorgungsqualität deutlich zu verbessern.

— **Prof. Dr. Heinz Völler:** Im Sektor Rehabilitation dürfen wir niemanden ins DMP einschreiben, hier fehlt auch eine Regelung. Aber zurück zur Prävention: Es sollte einmal wöchentlich eine Gesundheitsstunde in der Schule geben. Dann gibt es von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie schon Präventionskardiologen. Vielleicht haben große Klinikkonzerne auch Interesse daran, einen Präventionskardiologen anzustellen, wenn es bezahlt wird. Ich werde heute hier auch noch Leute hierzu ansprechen. Dann das Thema Vorhofflimmern: Menschen mit Übergewicht, arterieller Hypertonie, Diabetes haben häufiger Vorhofflimmern. Wir wissen, dass wir die Rezidivraten durch präventive Maßnahmen reduzieren können. Haben die Konzerne diese Möglichkeiten durchdacht, um dann auch zu den Kostenträgern

gehen zu können und zu sagen, wir machen ein neues Geschäftsfeld auf, um z. B. die Implantationsraten oder Ablationsraten zu reduzieren?

— **Dr. Jens Schick:** Es wurde ja mehrfach das Wachstum der Links-Herzkatheter-Messplätze, insbesondere in Ballungsregionen, angesprochen. Dies war auch ein bisschen das Resultat der gesetzlichen Rahmenbedingungen, der DRGs. Wir haben jahrelang vom Fallzahlwachstum gelebt, aber dies ist jetzt vorbei und die Lage normalisiert sich. Aber zu Ihrer Frage zum Thema Prävention: Aus unserer Sicht kann ich antworten, dass wir uns tatsächlich in den letzten zwei Jahren vermehrt um das Thema kümmern. Wir sind gerade dabei, deutschlandweit ein flächendeckendes Netz von Präventionszentren – zum Teil an Kliniken, zum Teil klinikfern – aufzubauen. Stand heute gibt es kein offizielles Reimbursement, aber es gibt verschiedene Quellen: Das eine ist klassische Prävention, z. B. Manager-Check-ups, das andere ist die Hoffnung auf die PKV und GKV, denn an der grundsätzlichen Sinnhaftigkeit zweifelt ja niemand. Als großer Konzern haben wir den Vorteil, dass wir ins Vorinvest gehen können, denn die Finanzierung ist nicht zu 100 Prozent gesichert. Wir glauben aber, dass eine gute Leistung auch in der Versorgung eine Finanzierung findet. Und auch wenn es in Brandenburg vielleicht andere Zielgruppen gibt – ein gutes Angebot mit sinnvollen Vernetzungen und nachweisbarem Nutzen setzt sich durch.



— **Daniela Teichert:** Also für diesen Hinweis bin ich Ihnen dankbar. Ich glaube, wir haben alle das gleiche Ziel – eine bessere Patientenversorgung. Ich bin gerade gefragt worden, wie viel Geld denn noch da ist. Das kann ich Ihnen nicht sagen, es stehen Gesetzesänderungen an etc. Aber am Ende zählt immer, dass das Geld einer verbesserten Versorgung zugutekommt. Wir erleben gerade viele Gesetzesvorhaben (Stichwort Heilmittelobergrenzen), die nicht zu einer Qualitätsverbesserung führen. Vielleicht wäre es ein Ansatzpunkt zu sagen, wir können nur über gute Kooperationsmodelle Gesetze verändern.

Elimar Brandt: Wir machen hier keine Schlussworte, denn wir diskutieren ja in den Workshops weiter. Aber ich möchte Ihnen sehr herzlich danken, dass Sie so engagiert hier mitdiskutiert haben.

11 <https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/curaplan-herz-plus/>

12 <https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/aok-nordost-und-vivantes-testen-neues-berufsbild-an-berliner-krankenhaeusern/>

13 <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/qs-notfall-verbesserung-der-notfallversorgung-von-herzinfarktpatienten-in-berlin-und-brandenburg.11>

9. Einführung in den weiteren Arbeitsablauf und Gruppenbildung

Für den Nachmittag der Veranstaltung war die Arbeit in drei parallel stattfindenden Workshops geplant. Hierzu wurden zum einen im Vorfeld der Veranstaltung Themenvorschläge für eine Bearbeitung in der Zukunftswerkstatt gesammelt, zum anderen wurden weitere, sich aus der Podiumsdiskussion ergebende Themen ebenfalls notiert und bildeten die Grundlage der Workshoparbeit. Die nachfolgende Tabelle listet die Vorschläge auf.

Die sich aus den Vorschlägen ergebenden Themen der drei Workshops lauteten: Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, Herzinfarkt. Die Zuordnung der Teilnehmenden zu den drei Workshopgruppen war im Vorfeld der Veranstaltung durch die Steuerungsgruppe erfolgt. Ziel der Einteilung war es, in

allen Gruppen Akteure aus den unterschiedlichen Sektoren und beteiligten Institutionen der Notfallversorgung an einen Tisch zu bringen.

Die drei Gruppen wurden von folgenden Moderatoren geleitet:

Themenbereich 1: Herzinsuffizienz
(Moderation: Prof. Dr. Heinz Völler)

Themenbereich 2: Vorhofflimmern
(Moderation: Prof. Dr. Christian Butter)

Themenbereich 3: Herzinfarkt
(Moderation: Prof. Dr. Hüseyin Ince)

Themenvorschläge für die Workshoparbeit

Organisation einer (klinikübergreifenden) HKL-Versorgung im Bereitschaftsdienst (nächtlich, Wochenende); Nachsorge/Komplikationsmanagement von Assistenten (?), Patienten

Facharztverteilung im ländlichen Raum, Inkongruenz ambulanter und stationärer Versorgung, lokale Konzentration?

Vergütung ambulanter elektrophysiologischer Leistungen (GOA, EBM)

Lebensphasenorientierte Präventionsleistungen mit begleitenden Kampagnen; Konzeptentwicklung zunächst mit ausgewählten ausgewiesenen Experten/Institutionen

Anreize

Ambulant: Weg des Patienten begleiten; Reha → Facharzt und Sekundärprävention

(Digitale) Gesundheitskompetenz

Lenkungssteuern

Soziale Unterstützung/Patientenbetreuung (Schwester Gabi); CardioCoach/App/Schwester/Betreuung

Weitere Akteure? Sportvereine, „Gemeindehäuser“, Schulen, Apothekenumschau

ePA → Transparenz

Rettungsdienst: Hilfsfristen, First-Responder-Systeme, App

Verlagerung von Problemen bei Schließung von Krankenhäusern

Fachkräfte → RTWs besetzen

Basisfallwert als Problem?

Strukturen vernetzen (strukturierte Daten)

Präventionskardiologie

Parallel-/Konkurrenzstrukturen abbauen (?)

DMP → Reha (?)

QS-Systeme

Patientensicherheit muss konsequent umgesetzt werden → Reduktion Kosten

Mehr Geld oder andere Verteilung?

Best Practice in der Regelversorgung

Lebensentwürfe → Ärzte auf dem Land

10. Gesamtplenium und Zusammenfassung der Ergebnisse



Moderation: Prof. Dr. Heinz Völler

10.1 Themenbereich 1: Herzinsuffizienz

Beim Thema Herzinsuffizienz kann es nicht darum gehen, dass es alles für jeden gibt. Man muss stratifizieren und schauen, in welchem Stadium jemand entlassen wird, z. B.: Ist derjenige völlig rekompensiert, teilrekompensiert oder noch dekompensiert? Deshalb benötigt man einen Coach oder Lotsen, der die weitere Betreuung übernimmt und als Brücke zwischen den Sektoren fungiert.

Um die Therapietreue der Patienten zu erhöhen, benötigt man – in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung – ambulante Schwerpunktpraxen oder auch die Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung. Die Nutzung von telemedizinischen Möglichkeiten ist eher kritisch zu sehen, da die Nutzung auch schnell als Überwachung empfunden werden kann.

Möglichkeiten der Telemedizin sollten nur komplementär und nur für hoch selektierte Patienten eingesetzt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die 24/7 eingehenden Daten auch zeitnah verarbeitet werden und eine Reaktion erfolgt. Dies ist im Moment praktisch nicht durchführbar. Außerdem müssen die Limitationen der technischen Voraussetzungen in Brandenburg berücksichtigt werden.

Es ist auch wichtig, dass die Patienten über die notwendige Kompetenz verfügen, vor allem eine gute Kommunikations- bzw. Sozialkompetenz. Auch muss der Bereich Prävention dahin gehend verbessert werden, dass diese vor allem diejenigen Patienten erreicht, die Risikofaktoren aufweisen, aber noch keine Herzinsuffizienz haben. Andererseits muss grundsätzlich die Freiwilligkeit des Patienten beachtet werden, denn ohne die Compliance des Patienten ist keine Behandlung erfolgreich.

In der Region, also vor Ort beim Patienten, muss der Behandlungspfad mit allen Beteiligten konsentiert werden, es muss ein funktionierendes Netzwerk vorhanden sein. Wichtig ist, die Versorgung vor Ort sicherzustellen, sodass die in der Klinik oder in der Reha-Einrichtung begonnene Therapie weitergeführt werden kann. Hierzu zählen nicht nur die Akutkliniken, sondern auch die Reha-Kliniken in Brandenburg im ländlichen Raum.

Publikum: Welche Subgruppe(n) von Patienten soll nicht in dieses Konzept fallen?

— **Antwort:** Wenn ein Patient zum ersten Mal dekompensiert, sich regelmäßig täglich den Blutdruck kontrolliert und noch keine kognitive Dysfunktion aufweist – so jemand benötigt diese Struktur wahrscheinlich nicht.





Moderation: Prof. Dr. Christian Butter

10.2 Themenbereich 2: Vorhofflimmern

Wir waren uns einig, Vorhofflimmern ist eine Erkrankung, an der man nicht ohne Weiteres stirbt. Dies ermöglicht, die Therapie langsam und strukturiert zu planen. Aus unserer Sicht spielen zwei Aspekte in der Versorgung des Vorhofflimmerns eine zentrale Rolle: die Symptome des Patienten und der Berater oder Lotse. Dieser bahnt den Weg durch die Versorgung im Sinne des Patienten. Dabei hat er viel Entscheidungsfreiheit, weil es verschiedene Optionen der Behandlung gibt.

Wir waren uns einig, dass bei diesem primär nicht letalen Krankheitsbild die Zweitmeinung eine zentrale Rolle spielen sollte, um dem Patienten Sicherheit zu geben. Die Zweitmeinung muss auf einem gemeinsamen Datenpool beruhen. Grundsätzlich muss die Kommunikation zwischen allen Beteiligten verbessert werden. Jeder Beteiligte muss über die notwendigen Informationen verfügen, die strukturiert aufbereitet sein müssen. Wichtig wäre deshalb auch, dass auf diesen Datenpool auch die Notfallmedizin zurückgreifen kann. So könnte man insgesamt nicht nur wertvolle Zeit, sondern auch wertvolle Ressourcen sparen.

Wer ist der Lotse eines Vorhofflimmernpatienten in unserem System? Wir haben darüber diskutiert, ob es der Hausarzt sein kann. Aber dieser hat heute so viele weitere Funktionen, dass vielleicht Alternativen zu diskutieren sind. Wir kamen aber zu keinem endgültigen Ergebnis, wer die Steuerung im System zukünftig besser im Sinne des Patienten übernehmen könnte.

Ein weiterer wichtiger Punkt: Bei einer Erkrankung wie dem Vorhofflimmern, welche einen hohen Entscheidungsspielraum in der Behandlung ermöglicht, brauchen wir

verlässliche, valide Daten, die wir auch mit denen in anderen Ländern vergleichen können und wollen. Wir benötigen z. B. ein gemonitortes Register auf Zufallsbasis mit Indikations- und Outcome-Daten. Nur so können wir feststellen, ob wir die richtigen Patienten auswählen.

Wir haben auch diskutiert: Wie kann die Diagnose von Vorhofflimmern unterstützt werden? Können wir künstliche Intelligenz einsetzen? Wir wollen sie es nicht als Screening-Methode verwenden, sondern konkret, um bei symptomatischen Patienten die Diagnose zu unterstützen.

Wir haben uns die Frage gestellt: Zu wem geht der Patient mit Vorhofflimmern konkret: zum Hausarzt, zur Rettungsstelle etc.? Dieses Problem haben wir diskutiert, aber nicht lösen können. Es herrschte der Konsens: Wir müssen dem Patienten ermöglichen, an allen Stellen im System anzudocken. Voraussetzung hierfür ist: gleiche Vergütung, gleiche Kompetenz.

Zuletzt: Wird das System so weiter existieren können angesichts der Zunahme der Leistungszahlen? Wir waren uns einig, dass das nicht funktionieren wird. Weder die Ärzteschaft noch die Pflege können das auf Dauer leisten. Das System heute setzt falsche Anreize: Sollte man z. B. nicht auch Leistungen wie eine gute Beratung, alternative Medikamente vergüten?





Moderation: Prof. Dr. Hüseyin Ince

10.3 Themenbereich 3: Herzinfarkt

Was ist derzeit schlecht in der Versorgung?

Aus Sicht der Patienten ist das Problem, zeitnah einen Facharzt- bzw. Untersuchungstermin zu bekommen. Aber auch in der Notfallversorgung gibt es Probleme, z. B. durch Informationsdefizite. Ich habe einen Infarkt oder ich habe Brustschmerzen – an wen wende ich mich? 30 bis 40 Prozent der Patienten sterben an einem Herzinfarkt, ohne dass sie einen Arzt gesehen haben. Wir wissen außerdem: Punktuelle (Aufklärungs-)Kampagnen, auch konkret Infarktkampagnen, haben keine nachhaltige Wirkung. Ein weiteres Problem aus Sicht der Patienten ist die mangelnde Nachsorge.

Für uns Ärzte ist es so, dass die Notarztbesetzung in der Peripherie gefährdet ist. Zum einen fehlen kompetente Notärzte auf den Notarztwagen und zum anderen fehlt Fachkompetenz in der Breite. In Berlin und Brandenburg ist die Sterblichkeit im Krankenhaus ungefähr gleich groß, aber die Sterblichkeit allgemein ist in Brandenburg höher. Ursachen sind längere Wege, späterer Kontakt zum Notfallsystem durch die Patienten, Erfolgsunterschiede bei der Reanimation. Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels wird sich diese Situation in den nächsten Jahren und Jahrzehnten noch verschärfen. Ein weiteres Grundproblem sind die finanziellen Fehlanreize in unserem Gesundheitssystem.

Wie kann die Herzinfarktversorgung verbessert werden?

Wir benötigen Gesundheitskompetenz – bereits im Schulalter ansetzend und alle Bereiche von der Prävention bis zur Rehabilitation umfassend. Je kompetenter die Menschen sind, desto besser können sie z. B. lebensbedrohliche Krankheitsbilder früh erkennen und wissen zu helfen. Neben der Nutzung digitaler Möglichkeiten (Apps etc.) zur Förderung der Gesundheitskompetenz müssen auch andere

Angebote für nicht technikaffine Menschen gemacht werden. Die Information/Kommunikation muss zielgruppenorientiert, barrierefrei und auf Dauer angelegt erfolgen.

Ein weiterer Punkt ist die lückenlose strukturierte Nachbetreuung in einem Netzwerk. Der Infarktpatient ist ein chronischer Patient, der dauerhaft und lückenlos in einem System aufgefangen werden muss.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – aufseiten der Patienten, aber auch bei den Fachkräften – wollen wir die nicht ärztliche Notfallmedizin – auch juristisch – stärken. Was viele nicht wissen, ist: Wir sind zwar in der Infarktversorgung in den letzten Jahren besser geworden, aber ein Großteil der Patienten erreicht gar nicht das Krankenhaus, weil sie vorher sterben. Deshalb wollen wir digitale Strukturen, vernetzte Defibrillatoren, die sofort mit einem Zentrum verbunden sind.

Fazit: Ich weiß nicht, ob alle dahinterstehen, aber wir haben gesagt: Die Sektorengrenzen würden wir gerne einreißen.



Zusammenfassende Aspekte zu den drei Workshopdiskussionen

Sowohl in den drei Workshopgruppen als auch in den Diskussionen am Vormittag kristallisierte sich heraus, dass im bestehenden System falsche Anreize existieren. Grundsätzlich gibt es genug finanzielle Ressourcen im Gesundheitssystem, aber diese sind nicht richtig verteilt.

In der Versorgung von Patienten mit Herzerkrankungen wird es hoch spezialisierte Bereiche geben müssen, die alles anbieten, um die Erkrankung im Gesamtkontext behandeln zu können.

Ein wichtiger Punkt ist die Sicherstellung der Qualität. Bei diesen komplexen Erkrankungen können nicht alle alles machen. Diskutiert wurde, ob und inwiefern Mindestmengen auch Qualität widerspiegeln: Ist die Vorgabe von Mindestmengen sinnvoll oder kann man nicht auch mit den Mindestmengen falsche Anreize setzen? Sagt die Quantität z. B. eines Eingriffs etwas über die erreichte Qualität aus oder ist

diese Schlussfolgerung falsch? Sowohl zu wenig Erfahrungen mit einem Eingriff als auch zu hohe Mengen können für den Patienten negative Auswirkungen haben.

Es muss einen Kulturwandel geben, der die Qualität und nicht nur Zahlen oder Mengen in den Mittelpunkt stellt. Ein gemonitortes Register ermöglicht, nicht nur die eigene Qualität im Blick zu haben, sondern diese auch mit der Qualität im Gesamtkollektiv zu vergleichen. Grundsätzlich wird es so sein, dass Qualität ohne Menge nicht geht: Wir benötigen definierte Qualitätsstandards und eine gewisse Mindestmenge. Qualitätsindikatoren sind keine Quantitäten: Eine gute Qualität ist z. B., wenn bei einem Standardpatienten risikoadjustiert nur eine bestimmte Menge Kontrastmittel oder eine bestimmte Strahlendosis appliziert wird.



11. Abschluss und Verabschiedung

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

Ich möchte jetzt einen Schlusspunkt setzen. Ganz, ganz herzlichen Dank! Wie geht es weiter? Wir bekommen eine fantastische Dokumentation, die wir Ihnen allen zur Verfügung stellen. Wir werden überlegen, ob wir mit den drei Moderatoren noch etwas Zusammenfassendes miteinander bedenken. Auf alle Fälle ist entscheidend, dass das, was an Ergebnissen heute erarbeitet wurde, in die 90a-Gremien der beiden Länder eingeht und Wirkung zeigt. Die Wirkungsgeschichte der früheren Zukunftswerkstätten haben wir zum Teil schon gespürt. Ganz herzlichen Dank, dass Sie sich so engagiert hier beteiligt haben. Ich möchte mich sehr herzlich bedanken bei Antonia Jung und Bastian Kuhse für die Vorbereitung und Organisation, bei der Steuerungsgruppe. Danke auch an die, die bei der Podiumsdiskussion mit dabei waren.

Ich habe den Eindruck, dass wir das Thema Herz in einer wie auch immer gearteten Zukunftswerkstatt noch einmal aufnehmen werden. Ich habe heute gelernt, dass wir uns trennen müssen von den bisher vorhandenen Strukturen und Vorstellungen. Wir haben eine spannende Zeit vor uns, wenn wir sie richtig nutzen. Ich hoffe, es gelingt uns miteinander, auch gerade in dieser Metropolregion Berlin-Brandenburg, die Chance zu nutzen. Also: Vielen Dank und einen schönen Abend! Bis zum Wiedersehen.



© Britta Mutzke

12. Anhang

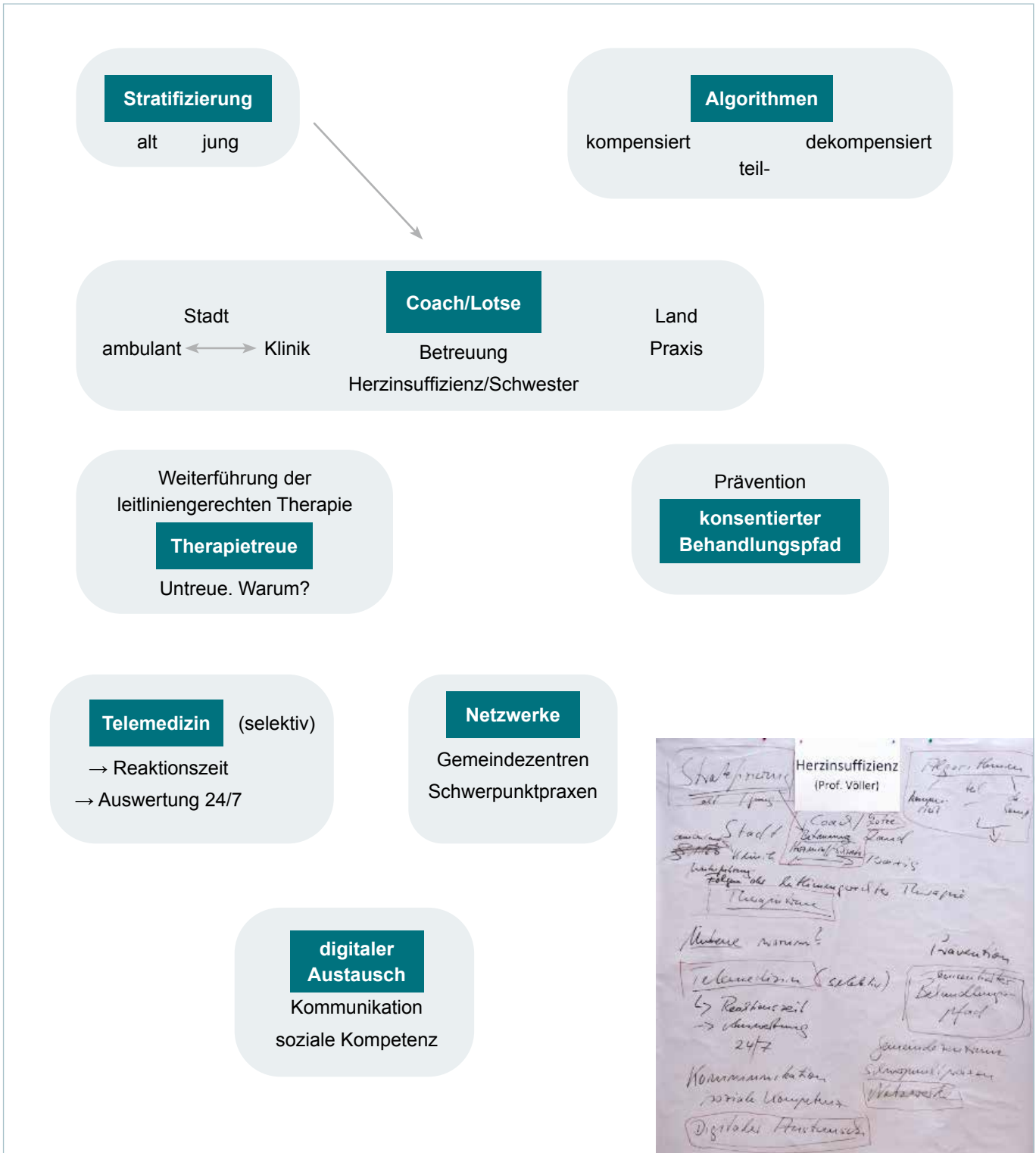
12.1 Teilnehmerliste Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Titel	Name	Vorname	Institution
	Albrecht	Detlef	Verband Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg
	Baumgardt	Bettina	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
	Bongardt	Daphne	BKK Landesverband Mitte
Mag. theol.	Brandt	Elimar	PflegeZukunfts-Initiative e.V.
Dr. med.	Bruch	Leonhard	Unfallkrankenhaus Berlin
Prof. Dr.	Butter	Christian	Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg
	Donat	Kristina	Hospital LogiServe GmbH
Dr.	Eggens	Ulrich	Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Dr. med.	Ehlert	Annette	KMG Gesundheitszentrum GmbH MVZ Pritzwalk
Prof. Dr.	Falk	Volkmar	Deutsches Herzzentrum Berlin
	Fischer	Frau	MASGF
Dr. med.	Flasch	Bernhard	Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH
	François-Kettner	Hedwig	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
	Franz	Helge	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
	Freiberg	Lutz	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Dr.	Gaub	Regina	Kardiologische Gemeinschaftspraxis
Dr.	Gunkel	Oliver	Asklepios Klinikum Uckermark GmbH
Dr.	Hausdorf	Christian	Sankt Gertrauden Krankenhaus
	Heese	Jürgen	Initiative Gesundheitswirtschaft Brandenburg e. V.
	Hertzer	Susanne	TK – Landesvertretung Berlin-Brandenburg
	Hoffmann	Diane	MASGF
	Hoffmann	Ulrike	Sana Kliniken AG

	Hofmann	Mareike	MASGF
Prof. Dr. Dr.	Holzgreve	Alfred	Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH
Prof. Dr.	Ince	Hüseyin	Vivantes Klinikum Am Urban
	Jacob	Michael	LKB – Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg
	Jäger	Maike	ver.di
	John	Ulrike	SenGPG
	Jung	Antonia	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Ministerin	Karawanskij	Susanna	Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Prof. Dr.	Kelle	Sebastian	Deutsches Herzzentrum Berlin
	Kim	Sim	Vdek
	Kuhn	Detlef	ZAGG Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH
	Kuhse	Bastian	Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH
Dr.	Lehmann	Bianca	AGENON
Dr. med.	Levenson	Benny	Kardiologische Gemeinschaftspraxis
	Leyh	Gabriela	Barmer GEK Landesvertretung Berlin-Brandenburg
	Löll	James	Data Experts
Dr.	Maier	Birga	Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e. V.
	Meier	Frank	IKK Brandenburg und Berlin
Dr. med.	Merz	Gunnar	KMG Klinikum Luckenwalde
Dr.	Minden	Hans-Heinrich	Oberhavel Kliniken GmbH
Prof. Dr. med.	Pauschinger	Matthias	Klinikum Nürnberg Süd, Medizinische Klinik 8 – Kardiologie
	Pilz	Birgit	Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg
	Rascher	Katrin	Novartis

Priv.-Doz. Dr. Dr. med.	Rauchhaus	Mathias	VIESANTÉ
Dr.	Reibes	Rona	Kardiologische Gemeinschaftspraxis
	Reinhold	Torsten	Oberhavel Kliniken GmbH
	Riesner	Petra	AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Dr.	Röhnisch	Jens-Uwe	Vivantes Klinikum Hellersdorf
Dr.	Rychlik	Nicolas	Amgen
Dr.	Schick	Jens	Sana Kliniken AG
	Schmidt	Dagmar	AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Dr.	Schoeller	Ralph	
	Schreiner	Marc	BKG – Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.
	Sienknecht	Kerstin	LKB – Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg
	Sitsch	Andrea	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
Dr.	Stockburger	Martin	Havelland Kliniken GmbH
	Stutzig	Andreas	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
	Teichert	Daniela	AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Prof. Dr.	Theres	Heinz	
Prof. Dr. med.	Völler	Heinz	Klinik am See Rüdersdorf
	Wieling	Andreas	IKK Brandenburg und Berlin
Dr.	Wrede	Brigitte	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
Dr.	Wyrwich	Werner	AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
	Zaske	Michael	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

12.2 Ergebnisse der Workshoparbeit



Ziel: Was ist das Problem?

- Qualitätserfassung – Register verpflichtend?
- Therapieziel/Patienten vom Arzt abhängig (sehr individuell)

Vorhofflimmern im Rettungsdienst (Krankenhaus? Nein)

- Wer steuert den Prozess??
- Wer in welche Struktur?

Vorhofflimmern beim HA ?? → Rettungsdienst

Rolle des HA als Lotse??!!

Zweitmeinung??

Digitale Datensammlung!
EKG! Med! → Für alle
z.B. AOK

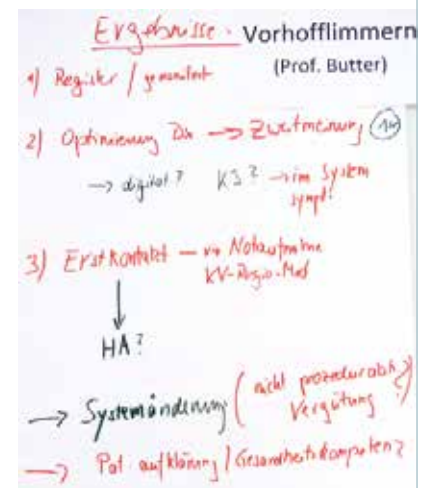
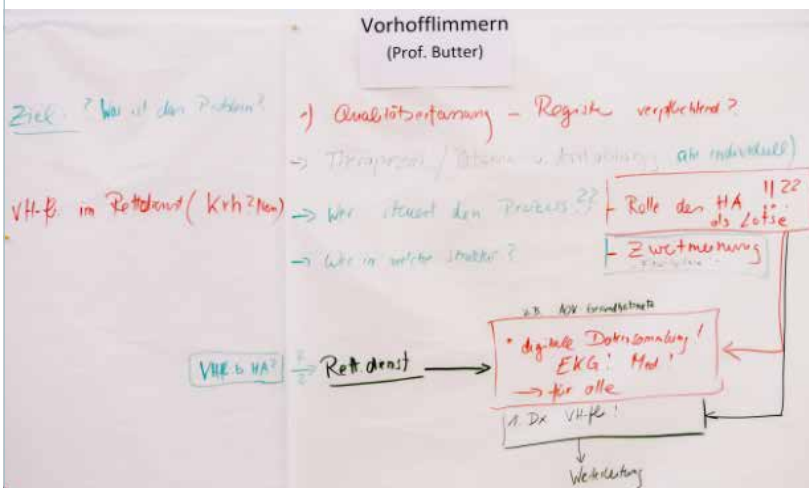
1 DX Vorhofflimmern !

↓
Weiterleitung

Ergebnisse

- 1) Register/gemonitort
- 2) Optimierung Dx → Zweitmeinung (1 E...?)
 → Digital? KI? → im System sympt.
- 3) Erstkontakt → via Notaufnahme
 ↓
 KV-Regio-Med
HA?

- **Systemänderung (nicht prozedurabhängige Vergütung?)**
- **Patientenaufklärung / Gesundheitskompetenz**



Patient*in

- Keine Termine
- Infodefizit im Notfall
- Kampagnen nicht nachhaltig
- Keine Nachsorge

Ärzt*innen

- Notarztbesetzung in der Peripherie
- Fehlende Fachkompetenz in der Breite

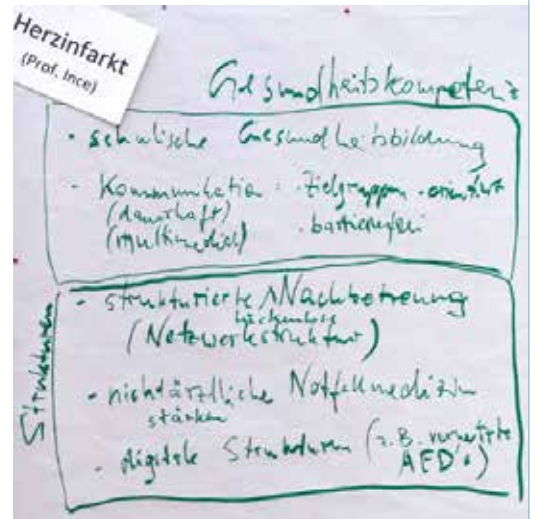
KH-Träger: finanzielle Fehlanreize
KV
Politik

Gesundheitskompetenz

- Schulische Gesundheitsbildung
- Kommunikation (dauerhaft) (multimedial):
 - zielgruppen-orientiert
 - barrierefrei

Strukturen

- Strukturierte lückenlose Nachbetreuung (Netzwerkstruktur)
- Nichtärztliche Notfallmedizin stärken
- Digitale Strukturen (z.B. vernetzte AED's (automatisierte externe Defibrillatoren))



12.3 Materialien zu den Vorträgen

Zusammenfassung der Ergebnisse der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2019

Die gesamte Versorgungskette aus Patientensicht: Ist sie stabil?

Hedwig François-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

Schwachstellen der Versorgung in der Herzmedizin im urbanen Raum am Beispiel Berlins

Prof. Dr. Christian Butter, Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg

Schwachstellen der Versorgung in der Herzmedizin im ländlichen Raum am Beispiel Brandenburgs

Dr. Leonhard Bruch, Unfallkrankenhaus Berlin, Klinik für Innere Medizin/Kardiologie

„Ist die Versorgungskette aus Patientensicht stabil?“

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
Transsektorale Versorgung in der Herzmedizin
30.10.2019
Potsdam

Hedi François-Kettner
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

1

Agenda

- Ausführungen zur Arbeit & zu Zielen des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)
- Sicht auf Problemfelder - Handlungsbedarf +
- Empfehlungen - was ist zu tun?

„Patientensicherheit ist ein gesellschaftlich akzeptierter Wert“

- gemeinnützig anerkannte Organisation, gegründet 2005
- ca. 720 persönliche und institutionelle Mitglieder (natürliche und juristische Personen) aus allen Bereichen des Gesundheitswesens
- Regelmäßige aktive ehrenamtliche Mitarbeit von ca. 200 Mitgliedern
- finanziert über Mitgliedsbeiträge, Spenden und (öffentliche) Projektförderung
- Gesundheitsminister ist Schirmherr

„Patientensicherheit ist ein integraler Bestandteil der Versorgung: Nicht Schuldige suchen, sondern Lösungen“

Förderung und Weiterentwicklung der PS durch

- Wissenschaft und Forschung
- Bildung und Ausbildung
- Praxis- und Anwendungsorientierung
- Patientenorientierung und Patientenbeteiligung
- Einbindung aller Interessierten
- Kommunikation auf Augenhöhe
- Internationale Zusammenarbeit



„Patientensicherheit geht alle an“

- Handlungsempfehlungen für „Professionelle“
- Informationen für Patientinnen und Patienten
- Stellungnahmen zu aktuellen Themen
- Ansprechpartner für Politik
- Geschätzt von Presse und Medien

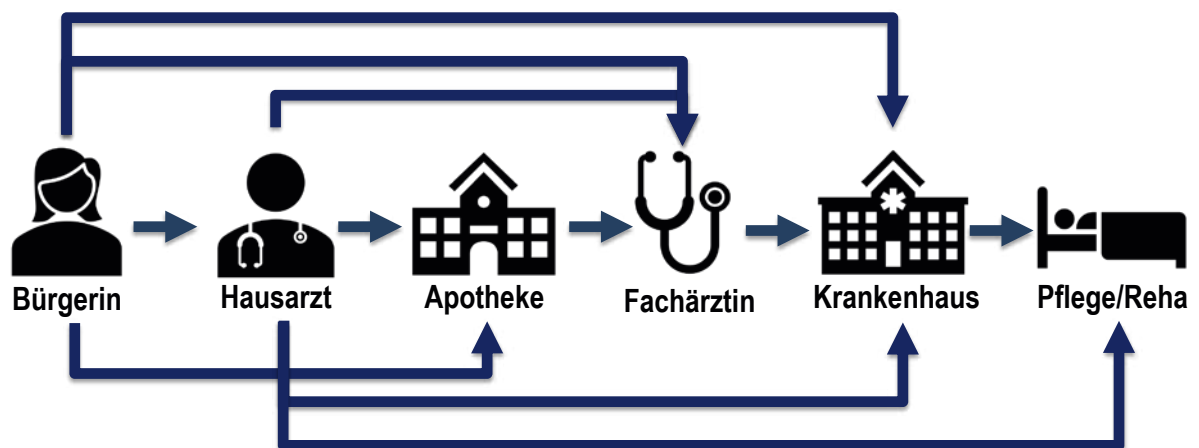


Erkenntnisse im Thema zur Patientensicherheit in Deutschland

- Wissen durch Forschung, Studienergebnisse
- Auswertungen der Behandlungsfehlerstatistiken
- Jährliche Berichterstattungen des MDK, der Ärztlichen Schlichtungsstellen
- Erkenntnisse aus dem Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland
- Berichte von professionellen Akteuren; Anträge zur Bearbeitung durch APS
- Persönliche Erfahrungen

Erkenntnisse im Thema zur Patientensicherheit in Deutschland

„Ist die Versorgungskette aus Patientensicht stabil?“



In jeder Versorgungssituation (insbesondere beim Übergang zwischen den einzelnen Versorgungssettings) hat Gesundheitskompetenz aller Beteiligten zentrale Bedeutung für die Patientensicherheit.



Bedeutung von Gesundheitskompetenz (Beispiele)








Bürgerin

Hausarzt

Apotheke

Fachärztin

Krankenhaus

Pflege/Reha



Einfluss auf Patientensicherheit:

- Vollständigkeit der Anamnese
- Beschreibung von Symptomen
- Verständnis ärztlicher Erklärungen und Warnhinweise
- Äußerung von Präferenzen
- Nachfragen
- Speak-up bei unerwünschten Ereignissen
- Compliance/Adhärenz



Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

9



Bedeutung von Gesundheitskompetenz (Beispiele)








Bürgerin

Hausarzt

Apotheke

Fachärztin

Krankenhaus

Pflege/Reha




Einfluss auf Patientensicherheit:

- Bedeutung von Wechselwirkungen
- Übersicht über Medikation
- Verständnis Beipackzettel
- Erkennen von Nebenwirkungen
- Lagerung
- Korrekte Einnahme








Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

10



Bedeutung von Gesundheitskompetenz (Beispiele)


Bürgerin


Hausarzt

Apotheke

Fachärztin

Krankenhaus

Pflege/Reha




Einfluss auf Patientensicherheit (zusätzlich zum Hausarzt):

- Übermittlung früherer Diagnosen und Therapien
- Verständnis von Therapiealternativen
- Äußerung von Präferenzen


Exemplarisch:

- Kommunikation bei Zwischenfällen

exemplarisch



Reden ist der beste Weg



Ein Koffer für Patienten und Pfleger und ihre Angehörigen nach einem Zwischenfall oder Behandlungsfehler

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

11



Bedeutung von Gesundheitskompetenz (Beispiele)








Bürgerin

Hausarzt

Apotheke

Fachärztin

Krankenhaus

Pflege/Reha



Einfluss auf Patientensicherheit:

- Übermittlung von (Vor-)befunden, Medikation und besonderen Bedürfnissen (vor & nach Aufenthalt)
- Beiträge zu AMTS und Prävention von Infektionen, Stürzen, Thrombosen etc.
- Speak-up bei unerw. Ereignissen
- Verhalten nach Entlassung



Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

12

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Bedeutung von Gesundheitskompetenz (Beispiele)

Bürgerin → Hausarzt → Apotheke → Fachärztin → Krankenhaus → Pflege/Reha

Einfluss auf Patientensicherheit:

- Übermittlung von Informationen
- Vermeidung von Versorgungslücken
- Umgang mit Hilfsmitteln
- sichere Medikation
- Spezialfall: Ambulante Intensivpflege
- Notfallmanagement & Notfalldatensatz
- Patientenverfügung

In Vorbereitung:

Ambulante Intensivpflege

In Vorbereitung:

Psychotrope Medikation in der Pflege

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 13

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Bedeutung von Gesundheitskompetenz (Fazit)

Bürgerin → Hausarzt → Apotheke → Fachärztin → Krankenhaus → Pflege/Reha


Gesundheitskompetenz ist zentral für die Patientensicherheit!

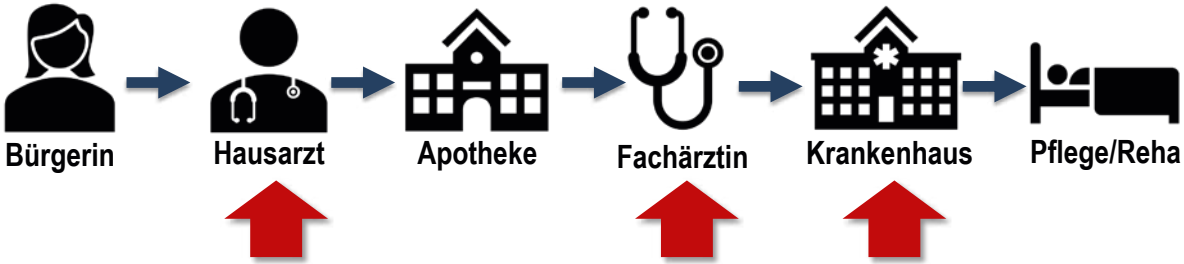
Die Verantwortung für sichere Versorgung liegt immer bei den Gesundheitsberufen!

Das Gesundheitssystem muss sicherer und verständlicher werden!

Die Gesundheitskompetenz der Patienten muss gestärkt werden!

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 14

 **Beispiel 1: Nutzenaufklärung**




Vorschlag:

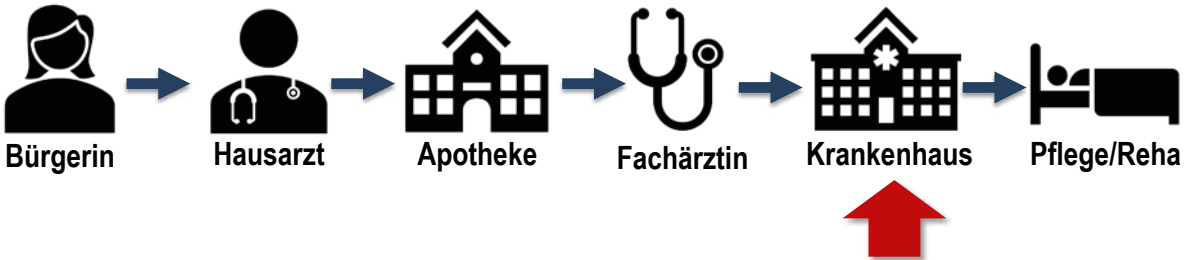
- Aufklärung von Patienten zum Nutzen von Therapien und Therapiealternativen, z.B. *number needed to treat*, möglicher Nutzen
- Aufklärung über Mitwirkungsbedarf des Patienten
- Vor jeder weitreichenden Behandlung (inkl. medikamentöser Therapie)

Erwartete Auswirkung:

- Reduktion von nicht bedarfsgerechter (Über-)Therapie & Polymedikation
- Weniger Therapieabbrüche

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 15

 **Beispiel 2: Patientenverständlicher Entlassbrief**




Vorschlag:

- Zusätzlich zum Entlassungsgespräch aus dem Krankenhaus
- Übersicht über erfolgte Behandlung und Medikation (inkl. Nutzen!)
- Verhaltenshinweise zu Hause (Hygiene, Aktivitäten, Arztbesuche, etc.)
- Warnzeichen für kritische Verläufe

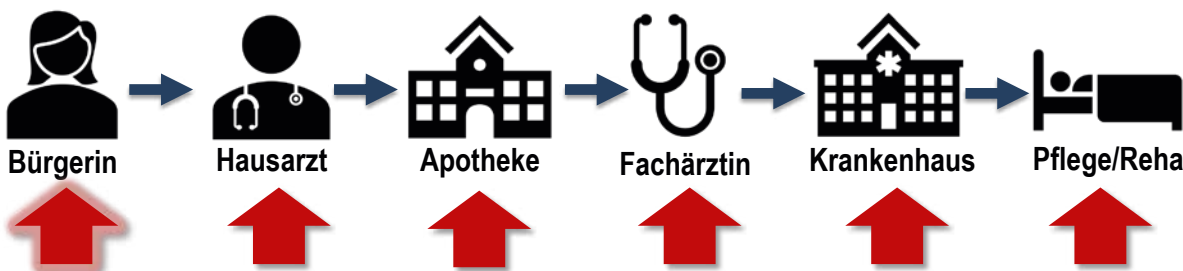
Erwartete Auswirkung:

- Vermeidung von Fehlverhalten (z.B. Infektionsprävention, Medikation)
- Erkennung kritischer Verläufe (z.B. Sepsis)

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 16



Beispiel 3: Elektronische Patientenakte



Vorschlag:


- Patientenakte gibt Auskunft über Anamnese, Vorerkrankungen, Medikation, Allergien etc.
- Enthält aktuelle Befunde aller Behandelnden
- Bietet automatischen Check der Medikation und z.B. Impferinnerung

Erwartete Auswirkung:

- Vermeidung von Informationsverlusten zwischen Behandlungssettings
- Stärkt Handlungsfähigkeit der Patienten im Gesundheitssystem

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

17




APS - Weißbuch Patientensicherheit

- **Zentrale Botschaft**

Mehr Patientensicherheit ist machbar, wenn man die richtigen Methoden zur Verbesserung in Anwendung bringt

- Sicherheit in der Gesundheitsversorgung:
 - neu denken
 - gezielt verbessern



Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

18

APS - Weißbuch Patientensicherheit

- **Neue Definition Patientensicherheit**
- Patientensicherheit ist das **aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß**, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem
 - 1. einen Zustand aufweisen, in dem Unerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden,
 - 2. über die Eigenschaft verfügen, Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen, und
 - 3. ihre Innovationskompetenz in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen in der Lage sind.



Aktualisierte Agenda Patientensicherheit für das deutsche Gesundheitswesen in 28 Forderungen

Was ist zu tun?

- **Krankenhausplanung nach übergeordneten Kriterien vornehmen:**
 - Bedarfe republik-weit regelhaft überprüfen (Bundesweite Planung + Regionale Pilotprojekte + Verantwortung der Umsetzung)
 - Personalbedarfsplanung parallellaufend berechnen und regelhafte Anpassungen vornehmen
- **Sektorübergreifende Versorgung optimieren** – der Patient MUSS im Mittelpunkt der Versorgungskette gesehen und behandelt werden. ER ist Auftraggeber!!
- **Digitalisierung** + Transparenz flächendeckend ermöglichen
- **Faktensammlung** mit reduzierter Dokumentation



Jede/Jeder ist in seinem Arbeitsfeld verantwortlich

Was ist zu tun?

- Patientensicherheitsoffensive starten
- Verantwortliche für Patientensicherheit in allen Organisationen des Gesundheitswesens einsetzen
- Patientensicherheit zum Gegenstand in den Curricula der Ausbildungen aller Gesundheitsfachberufe machen
- Verpflichtende Fehlermeldesysteme implementieren
- Verbindliche Implantate-Register umsetzen
- Hygienemaßnahmen in persönlicher und professioneller Verantwortung ausbauen



Jede/Jeder ist in seinem Arbeitsfeld verantwortlich

Was ist zu tun?

- Patienten und Angehörige als aktive Partner einbeziehen
- Patientenbefragungen generell auch in der Forschung und in allen Settings fest verankern
- Partnerschaftliches Vorgehen (Politik, Versicherungen, Versorger, Patienten)



Jede/Jeder ist in seinem Arbeitsfeld verantwortlich

Aktionsbündnis Patientensicherheit
 Alte Jakobstraße 81
 10179 Berlin
 Fon + 49 (0)30 – 36 42 81 60
 Fax + 49 (0) 30 – 36 42 81 611
 E-Mail: info@aps-ev.de

Interessenoffenlegungserklärung:

1. Position

*Freiberuflich tätig als Beraterin, Beratung für Entscheider im Gesundheitswesen (ProGeWi); Lehrtätigkeit
 2011- September 2019 ehrenamtliche Vorsitzende, jetzt persönliches Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit*

2. Beratungstätigkeit

Gesundheitseinrichtungen, Krankenhäuser, Einzelpersonen

3. Gutachtertätigkeit

4. Honorare + Reisekostenerstattungen

Vortrags-, Dozenten-, Beirats- und Seminarhonorare, mit Reisekostenerstattung; Honorar für Kongressplanung und wiss. Kongressleitung

5. Im Rahmen dieses Vortrags liegen keinerlei Interessenskonflikte vor



Schwachstellen der Versorgung in der Herzmedizin im ländlichen Raum am Beispiel *Brandenburgs*

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung Potsdam 2019

Christian Butter

Herzzentrum Brandenburg in Bernau & Medizinische Hochschule Brandenburg



Worin bestehen Sektoren in der Herz-Medizin ?

- Ausbildung / Kompetenz / Spezialisierung
(HA / Allg. / Int. / Kardiol. / Klinik / Zentrum / Reha) BRB = BER
- Finanzierung
(KV vs Krh. DRG) BRB = BER
- Distanzen BRB ≠ BER
- Technik / Telekommunikation / Netzausbau BRB ≠ BER

Vorhofflimmern

Vorhofflimmern (VHF, engl. Atrial Fibrillation – AF) ist die **häufigste anhaltende Herzrhythmusstörung** in Deutschland.

Von dieser supraventrikulären Rhythmusstörung sind etwa **1,6 Millionen Menschen, also rund 2% der Bevölkerung** betroffen.

Innerhalb der nächsten 50 Jahre wird mit einer **Verdoppelung der Prävalenz** gerechnet.




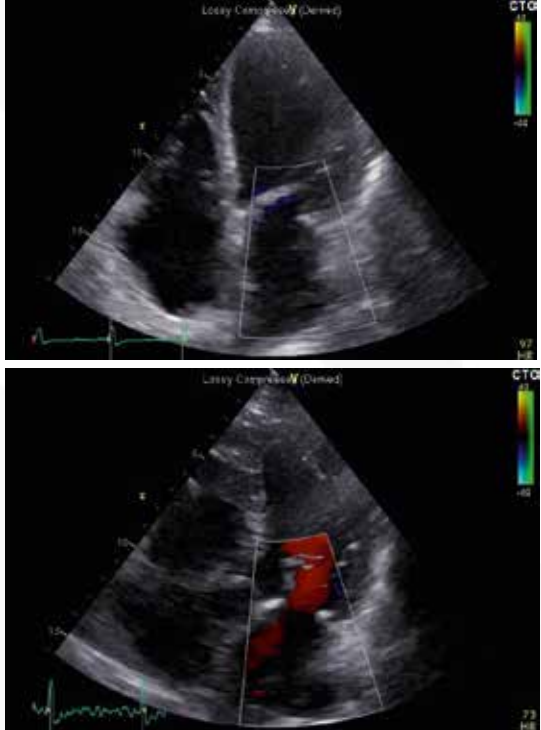
**IMMANUEL
ALBERTINEN
DIAKONIE**

A.S. weibl. 63 Jahre



MHB
MEDIZINISCHE
HOCHSCHULE
BRANDENBURG






IMMANUEL KLINIKUM BERNAU HERZZENTRUM BRANDENBURG


Seite 5

DEM LEBEN ZULIEBE.



**IMMANUEL
ALBERTINEN
DIAKONIE**

Typischer Patient/in: Verunsichert, ängstlich, Herzstolpern, Herzrasen, nächtl. Unruhe, weniger belastbar, Luftnot



MHB
MEDIZINISCHE
HOCHSCHULE
BRANDENBURG

HA (Intern./Kardiol.)

EKG / LZ-EKG

Vorhofflimmern ??

← ? →

Kardiologe/in

Echokardiographie, ...

Gespräch

Vorhofflimmern

- Kons. Med., OAK,...
- Interventionell
- chirurgisch

(Fach) Klinik / Zentrum

- Ablation
- Kons. Med., OAK,...
- Interventionell
- chirurgisch

← **ENTLASSUNG** →

!! Kompetenz – Team - Kapazität

Finale Medikation →

• Komplikation spät : Fistel, PV-Stenose, ...

• VH-Flimmer Rezidiv

• Verbesserung/Verschlechterung Herzinsuffizienz

• Medikationsanpassung

• Life style Beratung

• Symptomfrei

Reha

IMMANUEL KLINIKUM BERNAU HERZZENTRUM BRANDENBURG

Seite 6

DEM LEBEN ZULIEBE.

VHF-Ablationen in Deutschland



2018 in Deutschland

95.325 Katheter-Ablationen (+ 10% vs 2017)

51.669 VHF-Ablationen (+ 5% vs 2017)

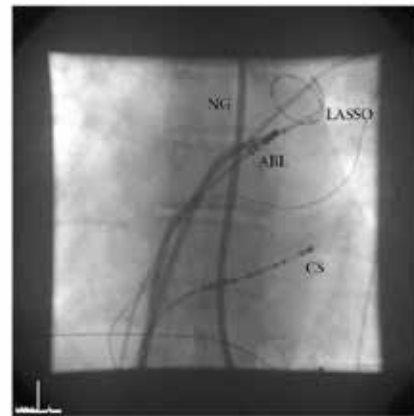
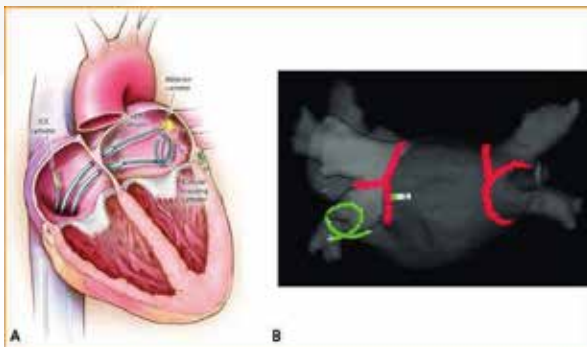
305 Zentren mit VHF-Ablationen

183 Zentren > 75 VHF-Ablationen/a (60%)

- 5% der VHF-Zentren: 26% aller VHF-Ablationen in D
- 10% der VHF-Zentren: 40% der VHF-Ablationen in D



Druck der frühzeitigen (zu frühen) Entlassung (z.B. bei komplexen transseptalen Ablationen)




Einige Komplikationen kommen viel später:

Ein lebensbedrohliches sektorenübergreifendes Problem !



Zertifizierung: VHF-Zentren




	 Personal	 Technik	 Organisation	 Struktur
Prozedur	<ul style="list-style-type: none"> 2 zertifizierte EPs 2 Ärzte/Prozedur <ul style="list-style-type: none"> min. 1 zertifizierter EP* 2 Aps/Prozedur <ul style="list-style-type: none"> 1 dedizierte Sedierung** 	<ul style="list-style-type: none"> 1 eigenständiges EP-Labor 1 EP System + 1 Mapping-System Echo im EP Labor Notfall-Ausrüstung Komplikations-SOP 	<ul style="list-style-type: none"> Präprozedural: <ul style="list-style-type: none"> Echo, TEE MRT oder CT Ausgearbeitete Notfall-Anweisungen (SOPs) Postprozedural: <ul style="list-style-type: none"> ≥ 12 Std Telemetrie 	<ul style="list-style-type: none"> ≥ 75 VHF-Ablationen/Jahr Dokumentation Ablationserfolg 2x in 12 Mo inkl. 24h-EKG Spätkomplikationen/Qualitätssicherung
On-Call	<ul style="list-style-type: none"> 24/7 Intensivstation 24/7 Kardiologie 24/7 Akut-Intervention 		<ul style="list-style-type: none"> 24/7 Kooperation mit Herzchirurgie oder in-house HC 24/7 Koronar-Labor 24/7 ICU On-call Radiologe, Neurologe 	




IMMANUEL KLINIKUM BERNAU HERZZENTRUM BRANDENBURG

Seite 9

DEM LEBEN ZULIEBE.



Certification Process: AFib centers




Pilot phase June & July 2019

- 22 members as juror of certification
- 10 centers will undergo a 4.5hrs-certification visit (2 members of certification committee) with > 200km distance (site to member site)

Certification visit agenda:

- Questionnaire (structure of center, of AF ablations, lab specifications, EP technologies, personell, SOPs)
- Evaluation of SOPs for complications, cooperation with cardiac surgery, neurology, imaging
- Face-to-face interview with team members at center
- Discussion with head of center (information about potential findings)
- On-site visit in cath lab/center/imaging department/cardiac surgery




IMMANUEL KLINIKUM BERNAU HERZZENTRUM BRANDENBURG

Seite 10

DEM LEBEN ZULIEBE.

Kompetenz: im Kopf haben oder schnell mal nachlesen !


 European Heart Journal (2016) **37**, 2893–2962
 doi:10.1093/eurheartj/ehw210
 ESC GUIDELINES

2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC

Endorsed by the European Stroke

90 SEITEN !!!

Wie VH-Fli sektorenübergreifend behandeln ?

Integrated AF management			
Patient involvement	Multidisciplinary teams	Technology tools	Access to all treatment options for AF
<ul style="list-style-type: none"> • Central role in care process • Patient education • Encouragement and empowerment for self-management • Advice and education on lifestyle and risk factor management • Shared decision making <p><i>• Informed, involved, empowered patient</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Physicians (general physicians, cardiology and stroke AF specialists, surgeons) and allied health professionals work in a collaborative practice model • Efficient mix of communication skills, education, and experience <p><i>• Working together in a multidisciplinary chronic AF care team</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information on AF • Clinical decision support • Checklist and communication tools • Used by healthcare professionals and patients • Monitoring of therapy adherence and effectiveness <p><i>• Navigation system to support decision making in treatment team</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Structured support for lifestyle changes • Anticoagulation • Rate control • Antiarrhythmic drugs • Catheter and surgical interventions (ablation, LAA occluder, AF surgery, etc.) <p><i>• Complex management decisions underpinned by an AF Heart Team</i></p>

AF = atrial fibrillation; LAA = left atrial appendage.

Blutverdünnung – leitliniengerecht – oder mit fatalen Folgen

Recommendations for combination therapy with oral anticoagulants and antiplatelets

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
After elective coronary stenting for stable coronary artery disease in AF patients at risk of stroke, combination triple therapy with aspirin, clopidogrel and an oral anticoagulant should be considered for 1 month to prevent recurrent coronary and cerebral ischaemic events.	IIa	B	522, 524
After an ACS with stent implantation in AF patients at risk of stroke, combination triple therapy with aspirin, clopidogrel and an oral anticoagulant should be considered for 1–6 months to prevent recurrent coronary and cerebral ischaemic events.	IIa	C	520
After an ACS without stent implantation in AF patients at risk of stroke, dual treatment with an oral anticoagulant and aspirin or clopidogrel should be considered for up to 12 months to prevent recurrent coronary and cerebral ischaemic events.	IIa	C	
The duration of combination antithrombotic therapy, especially triple therapy, should be kept to a limited period, balancing the estimated risk of recurrent coronary events and bleeding.	IIa	B	520
Dual therapy with any oral anticoagulant plus clopidogrel 75 mg/day may be considered as an alternative to initial triple therapy in selected patients.	IIb	C	524, 525

ESC
European Society of Cardiology
European Heart Journal (2019) **00**, 1–71
doi:10.1093/eurheartj/ehz425

ESC GUIDELINES



2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)

71 SEITEN !!!

Die andere Sichtweise auf „Blutverdünnung“ und „Plättchenhemmung“

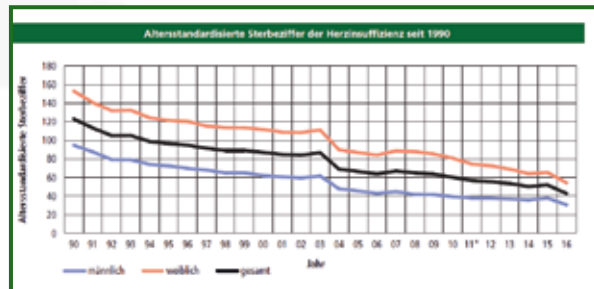
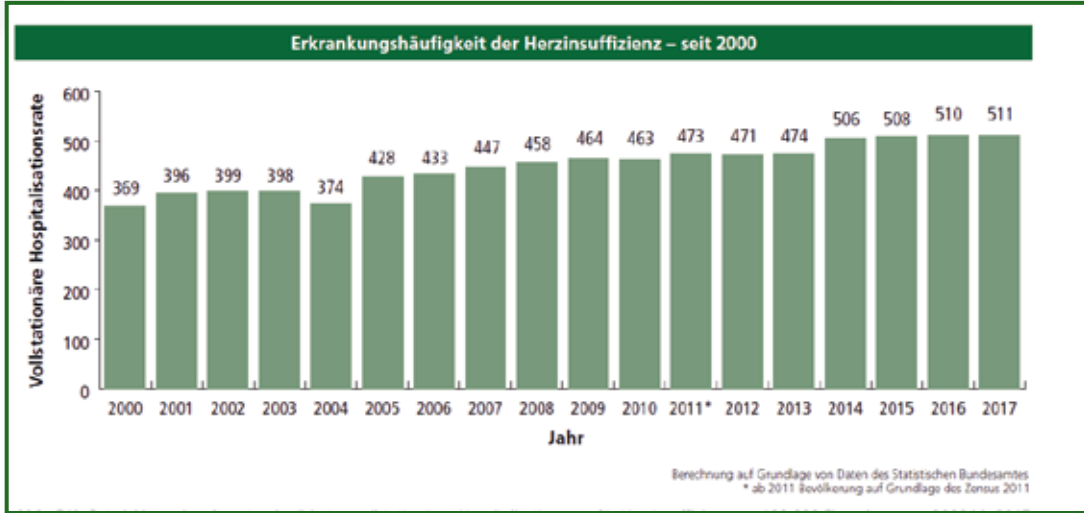
with AF, history of MI, and at high risk of recurrent ischaemic events ^c who do not have a high bleeding risk. ^{3, 295, 297, 299}	IIb	B
Antithrombotic therapy in post-PCI patients with AF or another indication for an OAC		
It is recommended that peri-procedural aspirin and clopidogrel are administered to patients undergoing coronary stent implantation.	I	C
In patients who are eligible for a NOAC, it is recommended that a NOAC (apixaban 5 mg b.i.d., dabigatran 150 mg b.i.d., edoxaban 60 mg o.d., or rivaroxaban 20 mg o.d.) ^f is used in preference to a VKA in combination with antiplatelet therapy. ^{300, 301, 309, 310, 311}	I	A
When rivaroxaban is used and concerns about high bleeding risk ^g prevail over concerns about stent thrombosis ^h or ischaemic stroke, ^g rivaroxaban 15 mg o.d. should be considered in preference to rivaroxaban 20 mg o.d. for the duration of concomitant single or dual antiplatelet therapy. ^{300, 301, 309, 310}	IIa	B
When dabigatran is used and concerns about high bleeding risk ^g prevail over concerns about stent thrombosis ^h or ischaemic stroke, ^g dabigatran 110 mg b.i.d. should be considered in preference to dabigatran 150 mg b.i.d. for the duration of concomitant single or dual antiplatelet therapy. ^{300, 301, 309}	IIa	B
After uncomplicated PCI, early cessation (≤1 week) of aspirin and continuation of dual therapy with an OAC and clopidogrel should be considered if the risk of stent thrombosis ^h is low, or if concerns about bleeding risk prevail over concerns about the risk of stent thrombosis, ^h irrespective of the type of stent used. ^{301, 308 – 310}	IIa	B
Triple therapy with aspirin, clopidogrel, and an OAC for ≥1 month should be considered when the risk of stent thrombosis ^h outweighs the bleeding risk, with the total duration (≤6 months) decided according to assessment of these risks and clearly specified at hospital discharge.	IIa	C
In patients with an indication for a VKA in combination with aspirin and/or clopidogrel, the dose intensity of the VKA should be carefully regulated with a target international normalized ratio in the range of 2.0–2.5 and with time in therapeutic range >70%. ^{300, 301, 308 – 310}	IIa	B
Dual therapy with an OAC and either ticagrelor or prasugrel may be considered as an alternative to triple therapy with an OAC, aspirin, and clopidogrel in patients with a moderate or high risk of stent thrombosis, ^h irrespective of the type of stent used.	IIb	C
The use of ticagrelor or prasugrel is not recommended as part of triple antithrombotic therapy with aspirin and an OAC.	III	C

Offensichtliche Schwachstellen (nicht nur in BRB !)

- Rascher und komplexer Wechsel von Therapiestrategien
- Zum Teil unterschiedliche Empfehlungen je nach Dateninterpretation
- Höchste Kompetenz innerhalb der Kliniken erforderlich
- Abteilungs- und klinikinterne lückenlose Informationskette zwingend
- **Eindeutige und definierte Therapieempfehlung !!**
- **Zeitgleiche Verfügbarkeit mit Entlassung**
- **Sofortige Weiterleitung an Weiterbehandler – am besten online digital mit Bildmaterial**

CAVE: zunehmende Sprachbarrieren

Deutscher Herzbericht 2018



Lebensqualität und Herzinsuffizienz

Ausgeprägt chronisch herzinsuffiziente Patienten leiden unter

- Atemnot
- verminderte Belastbarkeit und Gehstrecke
- Einschränkungen in der Trinkmenge – D
- Salzrestriktion
- ggf. Ödeme/ Wundheilungsstörung
- Polypharmazie

**Anzahl der kardialen Dekompensation
Prädiktor für erhöhte Morbidität und
Mortalität unabhängig von Alter und
Nierenfunktion**

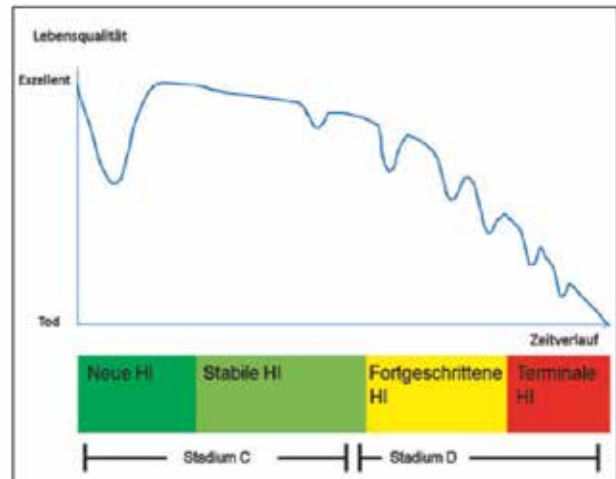


Abbildung 1: Trajectory curve bei chronischer Herzinsuffizienz (Anmerkung: Die Dauer der stabilen Herzinsuffizienz kann deutlich länger sein als in obiger Grafik. Mod. nach [Allen LA, et al. Circulation 2012; 125: 1928–52].)

Hoffnung Telemedizin - in den ländlichen Regionen ! ???

- Verhinderung von erneuter Dekompensation bei Herzinsuffizienz
- Medikamentenanpassung
- Vermeidung Hospitalisierung
- Überwachung von Rhythmustherapien /Blutdruck
- Vermeidung von Komplikationen (z.B. bei VH-flimmern)
- Vermeidung technischer Komplikationen
- Reduktion Arztkontakte
- Optimierung von Abläufen (EKG Übertragung Notarzt Herzinfarkt)
- Verbesserung Lebensqualität
- Lifestyle – optimierung /Prävention
- Verlängerung des Lebens

Nicht-invasives Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

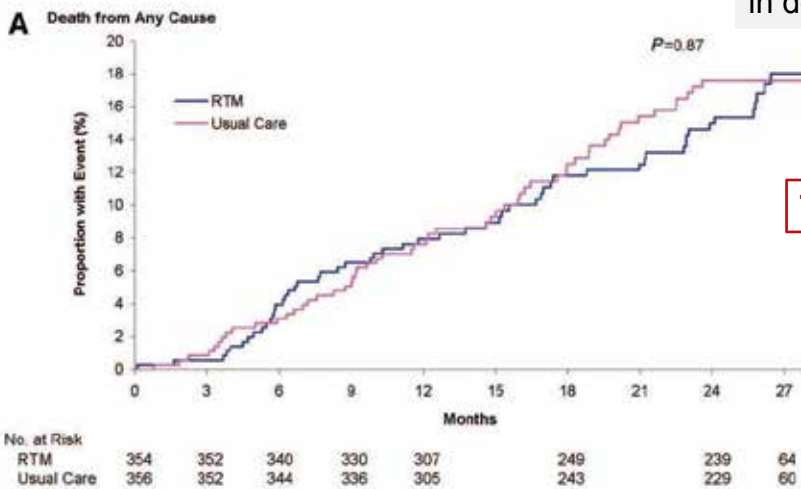
Datenlage

Impact of Remote Telemedical Management on Mortality and Hospitalizations in Ambulatory Patients With Chronic Heart Failure

The Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure Study

Friedrich Koehler, MD; Sebastian Winkler, MD; Michael Schieber, MD; Udo Sechtem, MD; Karl Stangl, MD; Michael Böhm, MD; Herbert Boll, MD; Gert Baumann, MD; Marcus Honold, MD; Kerstin Kochler, MD; Goetz Gelbrich, PhD; Bridget-Anne Kirwan, PhD; Stefan D. Anker, MD, PhD; on behalf of the Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure Investigators

N=710 Patienten mit stabiler chronischer Herzinsuffizienz; NYHA II / III und LVEF 35% sowie 1 Dekompensationen in den letzten 2 Jahren



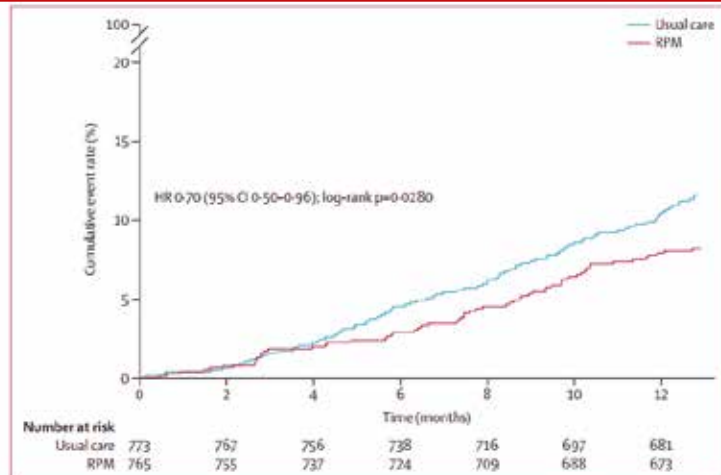
TIM-HF I

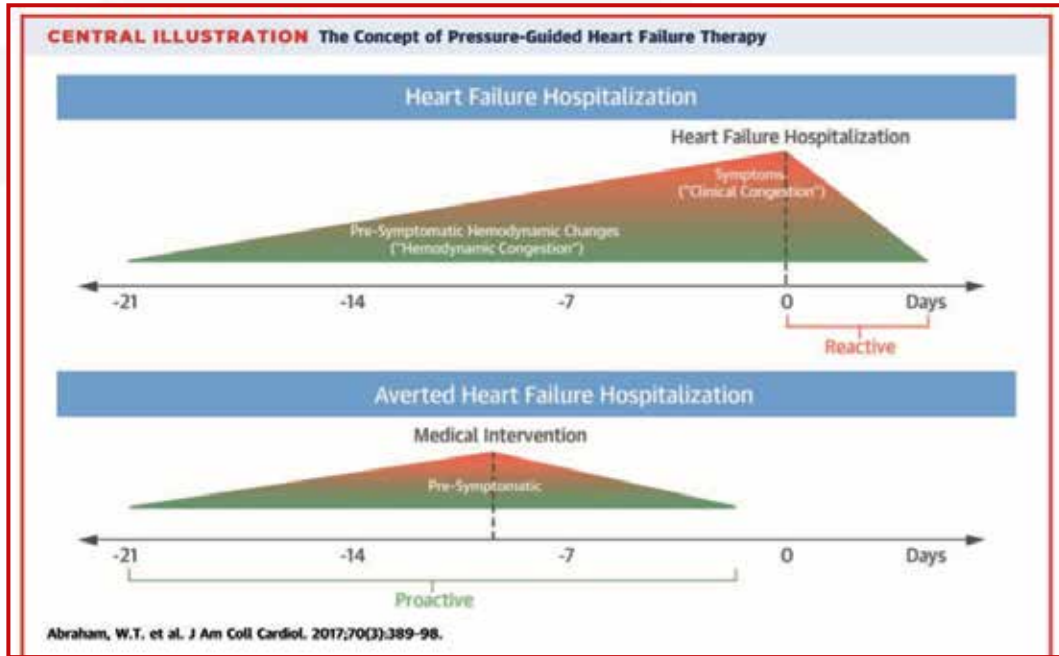
Nicht-invasives Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Datenlage

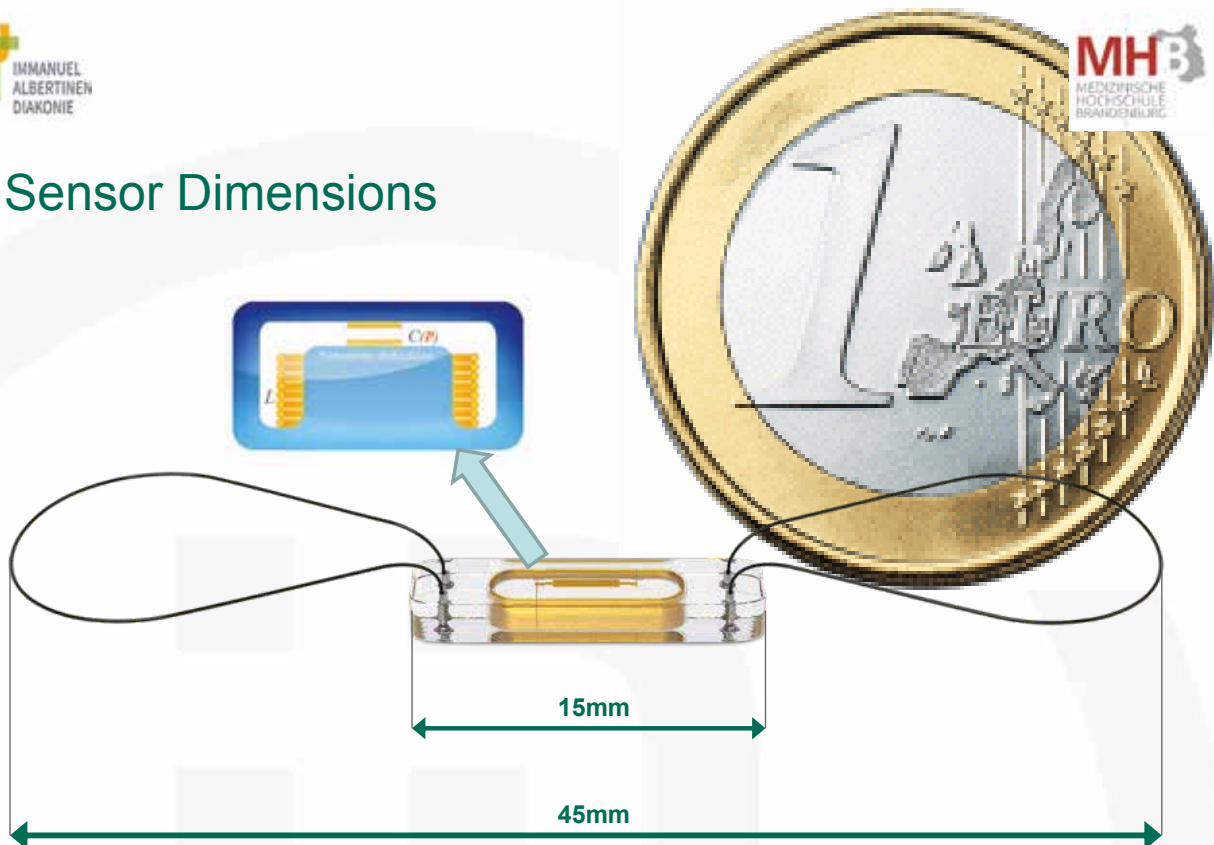
	Remote patient management (n=765)		Usual care (n=773)		Ratio, remote patient management vs usual care (95% CI)	p value
	Number of patients with event	Weighted average (95% CI)	Number of patients with event	Weighted average (95% CI)		
Percentage of days lost due to unplanned cardiovascular hospitalisation or death of any cause	265 (35%)	4.88% (4.55-5.23)	290 (38%)	6.64% (6.19-7.13)	0.80* (0.65-1.00)	0.0460
Days lost per year	..	17.8 days (16.6-19.1)	..	24.2 days (22.6-26.0)
All-cause mortality†	61 (8%)	7.86 (6.14-10.10)	89 (12%)	11.34 (9.21-13.95)	0.70† (0.50-0.96)	0.0280
Cardiovascular mortality†	39 (5%)	5.04 (3.68-6.90)	59 (8%)	7.51 (5.82-9.70)	0.67† (0.45-1.01)	0.0560

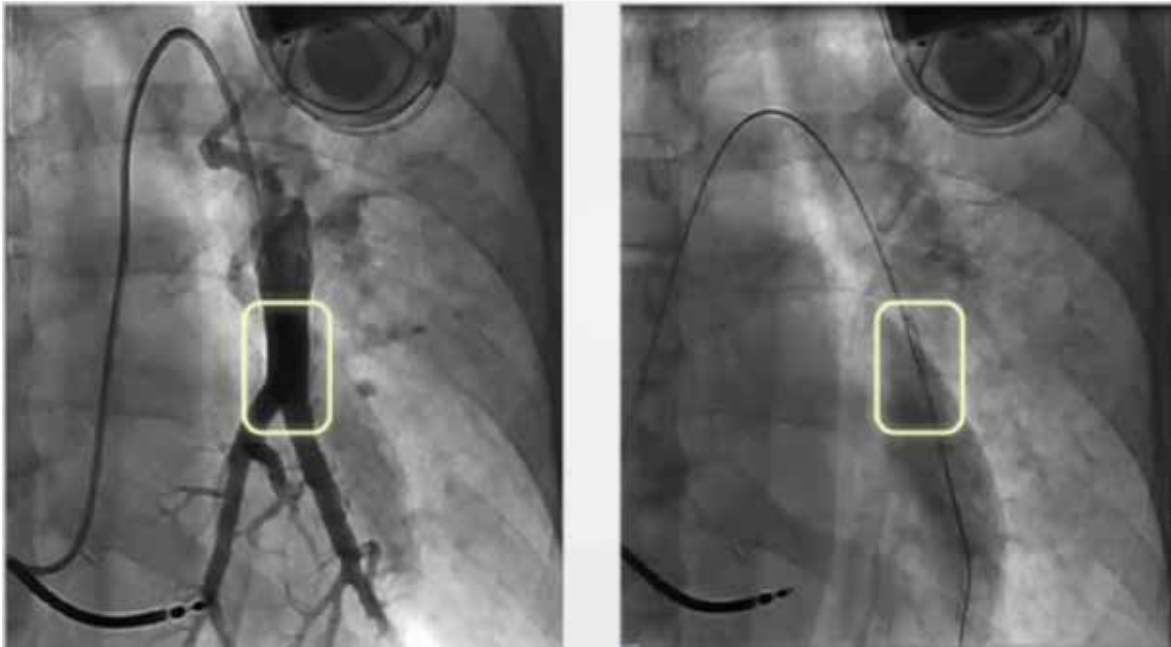
TIM-HF II





Sensor Dimensions





Dr. Th., R. *11.1.1941



„Moderne“ Gerätetherapie bei Herzinsuffizienz

- 3 Geräte unterschiedlicher Hersteller
- unterschiedliche Wirkmechanismen
- 3 verschiedene Programmierer für Nachsorge
- Komplexes Verständnis für Geräteinteraktionen

Unbezahlte Nachsorge in der Klinik !! Mit horrendem Zeitaufwand!

Fortgeschrittene Herzinsuffizienz: Telemonitoring senkt kardiovaskuläre Mortalität

Nutzen bei der Gesamtmortalität abhängig von Monitoring-Strategie und Patientengruppe

Haben Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz einen Nutzen von einem datengestützten, zeitlichen Management in Zusammenarbeit mit einem zusätzlichen telemedizinischen Zentrum, kurz: einem Telemonitoring mit definierten Mindestanforderungen? Diese Frage hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) untersucht. Die Bewertungsergebnisse wurden nun als sogenannter Rapid Report publiziert.

Das Hauptergebnis: Gegenüber einer Betreuung ohne Telemonitoring treten bei einem Telemonitoring mit definierten Mindestanforderungen weniger kardiovaskuläre Todesfälle auf. Für den Endpunkt Gesamtmortalität zeigt sich auf Basis aller vier untersuchten Studien kein statistisch signifikanter Vorteil. Betrachtet man aber nur die beiden Studien, bei denen die Betroffenen die Messungen mindestens einmal täglich selbst vornehmen, so ergibt sich für Personen ohne Depressions Symptome ein Hinweis auf einen Nutzen beim Gesamtüberleben.

Zwei Typen von Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Bei einer Herzinsuffizienz ist die Fähigkeit, des Herzens beeinträchtigt, sich mit Blut zu füllen oder es wieder hinaus zu pumpen. Wird die Insuffizienz chronisch, erhält der Organismus nicht mehr genug Sauerstoff, um den Stoffwechsel unter Ruhe- wie unter Belastungsbedingungen zu gewährleisten. Eine chronische Herzinsuffizienz tritt in der älteren Bevölkerung häufig auf und zählt auch zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland.

Um Krisen und Todesfälle zu vermeiden, wird eine regelmäßige Kontrolle des Gesundheitsstatus empfohlen. Kommt zur Übermittlung und Überwachung der physiologischen Daten Kommunikationstechnologien zum Einsatz, spricht man von Telemonitoring. Bei einem Telemonitoring mit definierten Mindestanforderungen werden die Daten (etwa Herzfrequenz und -rhythmus, Gewicht und Blutdruck) nicht nur vom Arzt oder der Ärztin, sondern zusätzlich vom

Suche
(z. B. Projekte, Publikationen...)
[Suchen]


Ansprechpartner für die Presse

Jana Flintrop
+49 221 35655-151
+press@iqwig.de

Susanne Bräuer
+49 221 35685-158
+press@iqwig.de

Der IQWiG-Infoblast

Tagesaktuelle Informationen zu Projekten, Veranstaltungen und Ausschreibungen abonnieren.
[Abonnieren] [Bereits registriert? Login]

Bei einer Herzinsuffizienz ist die Fähigkeit des Herzens beeinträchtigt, sich mit Blut zu füllen oder es wieder hinaus zu pumpen. Wird die Insuffizienz chronisch, erhält der Organismus nicht mehr genug Sauerstoff, um den Stoffwechsel unter Ruhe- wie unter Belastungsbedingungen zu gewährleisten. Eine chronische Herzinsuffizienz tritt in der älteren Bevölkerung häufig auf und zählt auch zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland.

Um Krisen und Todesfälle zu vermeiden, wird eine engmaschige Kontrolle des Gesundheitsstatus empfohlen. Kommen zur Übermittlung und Überwachung der physiologischen Daten Kommunikationstechnologien zum Einsatz, spricht man von Telemonitoring. Bei einem Telemonitoring mit definierten Mindestanforderungen werden die Daten (etwa Herzfrequenz und -rhythmus, Gewicht und Blutdruck) nicht nur vom Arzt oder der Ärztin, sondern zusätzlich vom Telemonitoring-Zentrum analysiert.

Neben einer automatischen Erhebung und Übermittlung der Daten durch ein implantiertes Gerät gibt es auch eine Monitoring-Strategie, bei der die Betroffenen selbst nach einer entsprechenden Schulung mindestens einmal am Tag Messungen vornehmen und zusätzlich ihren Gesundheitszustand einschätzen. Übertragen werden die Daten beispielsweise mittels eines Tablets. Für diese beiden Strategien hat das IQWiG jeweils zwei randomisierte kontrollierte Studien (RCT) gefunden und ausgewertet.

Depressionssymptomatik als Subgruppenmerkmal

Für alle vier Studien und alle in ihnen berichteten Endpunkte wurde das Verzerrungspotenzial als hoch eingeschätzt. Im wichtigen Endpunkt Gesamtmortalität zeigte sich in der Metaanalyse kein statistisch signifikanter Effekt.



In den beiden Studien zur Strategie mit aktiver Teilnahme der Betroffenen konnte das Subgruppenmerkmal „depressive Symptomatik“ untersucht werden. Betrachtet man nur diese Studien, so haben Patientinnen und Patienten ohne depressive Symptomatik einen statistisch signifikanten Überlebensvorteil. Für diese Gruppe sieht das Institut einen Hinweis auf einen Nutzen im Endpunkt Gesamtmortalität. Bei Betroffenen mit Depressionssymptomen zeigte sich ein solcher Vorteil dagegen nicht.

Kardiovaskuläre Todesfälle – etwa zwei Drittel aller Todesfälle in den Studien – traten unter einem Telemonitoring insgesamt seltener auf als in den Kontrollgruppen, unabhängig von der Monitoring-Strategie: ein Anhaltspunkt für einen Nutzen. Aus der Betrachtung anderer Endpunkte und Subgruppenmerkmale ergaben sich keine weiteren Anhaltspunkte für einen Nutzen oder Schaden.

Zum Ablauf der Berichterstellung

Der G-BA hat das IQWiG im März 2019 beauftragt, den Bericht in einem beschleunigten Verfahren als sogenannten Rapid Report zu erarbeiten. Zwischenprodukte werden daher nicht veröffentlicht und nicht zur Anhörung gestellt. Der vorliegende Rapid Report wurde am 30.09.2019 an den Auftraggeber geschickt.

IMMANUEL KLINIKUM BERNAU HERZZENTRUM BRANDENBURG Seite 29 DEM LEBEN ZULIEBE.

Hoffnungen und Zweifel

- Komplexe kardio-vaskuläre Erkrankungen mit hohem Rezidiv /Risiko-Potential sollten dauerhaft an Fachzentren angebunden bleiben (Teams!!)
- Die Finanzierung sollte bei gleicher Qualität identisch sein
- egal ob in Klinik oder Praxis erbracht
- Aufbrechen der Sektorengrenze stat. / amb. !
- Wirklich zeitnahe Digitalisierung und Netzausbau
- Telemedizin in der bisherigen Ausführung, Strukturlosigkeit und Finanzierung ist kein Heilsbringer
- Tele-Visiten sind zur Zeit beim typischen (noch alten) Patienten Klientel noch nicht flächendeckend umsetzbar
- Reha-Medizin leidet sich besonders unter knapper Finanzierung, Personalmangel, Sprachbarrieren
- Ausbau von Nachwuchsprogrammen (wie MHB) zur Überwindung der insb. ländlichen Personalnot und drohender Überalterung

IMMANUEL KLINIKUM BERNAU HERZZENTRUM BRANDENBURG Seite 30 DEM LEBEN ZULIEBE.



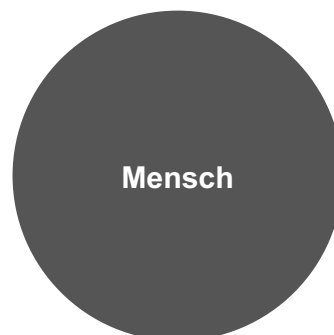
Schwachstellen in der kardiologischen Versorgung im urbanen Raum


Leonhard Bruch

**Unfallkrankenhaus Berlin
Klinik für Innere Medizin / Kardiologie**



Kardiologische Versorgung – ein Wunschbild




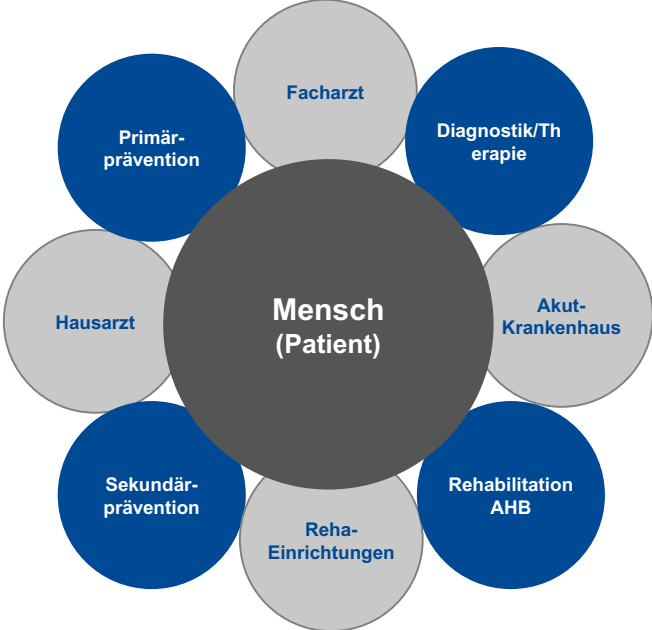
 **Kardiologische Versorgung – ein Wunschbild**



The diagram features a central grey circle labeled "Mensch (Patient)". Surrounding it are four blue circles, each representing a different stage of care: "Primärprävention" (top-left), "Diagnostik/Therapie" (top-right), "Rehabilitation AHB" (bottom-right), and "Sekundärprävention" (bottom-left).

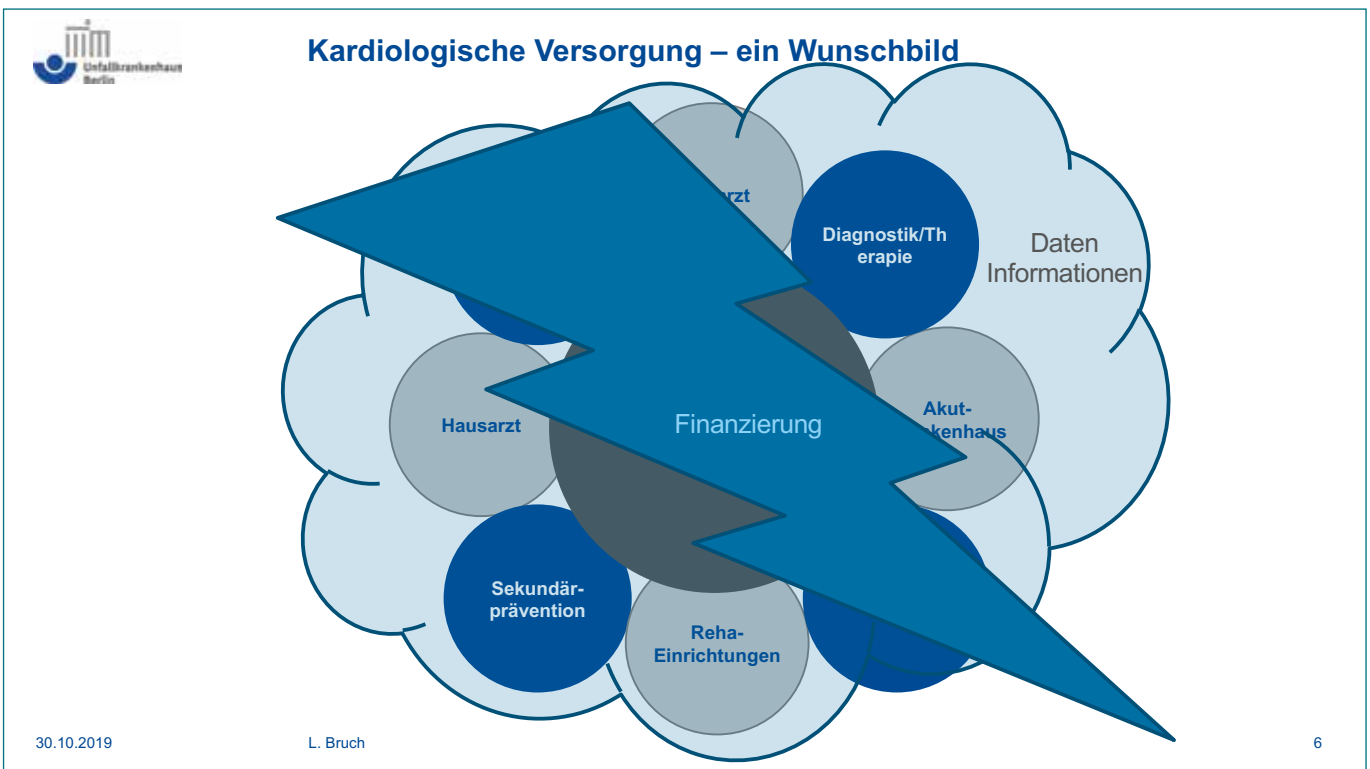
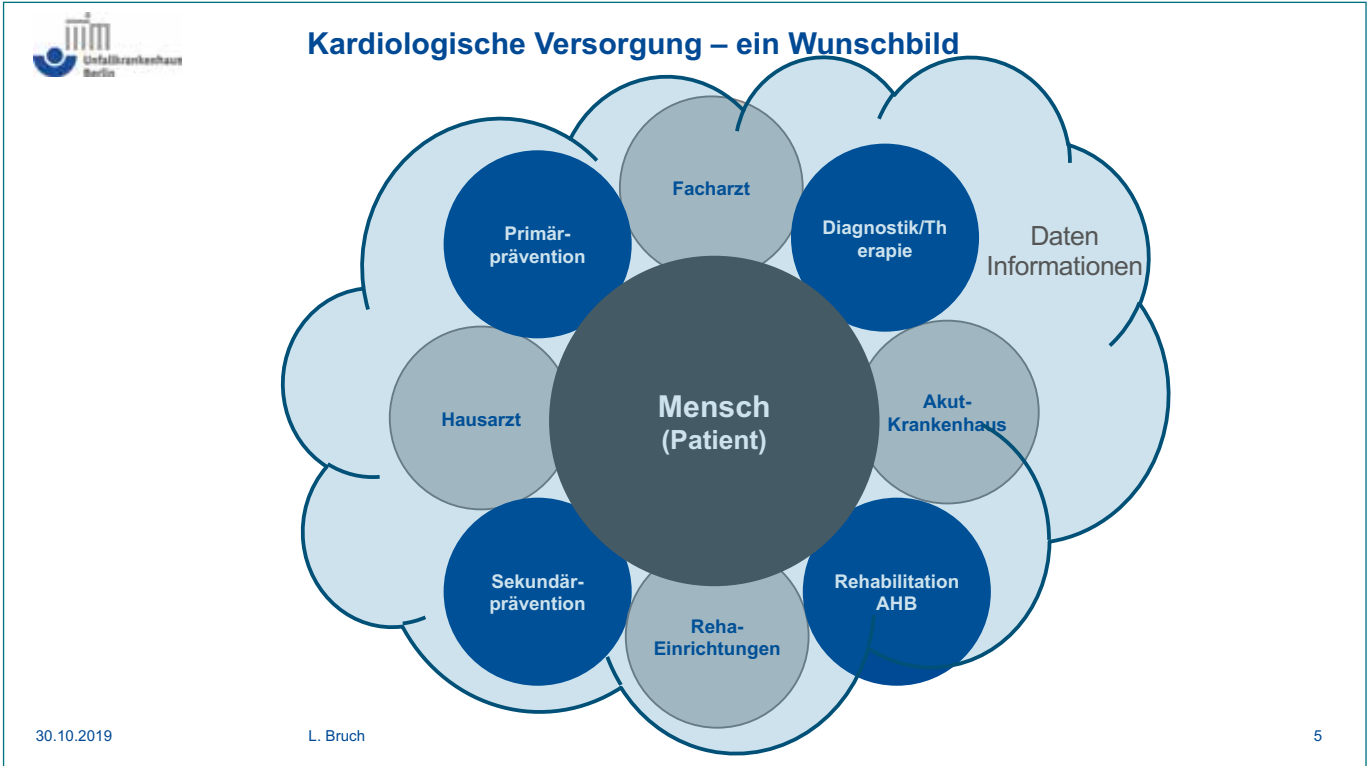
30.10.2019 L. Bruch 3

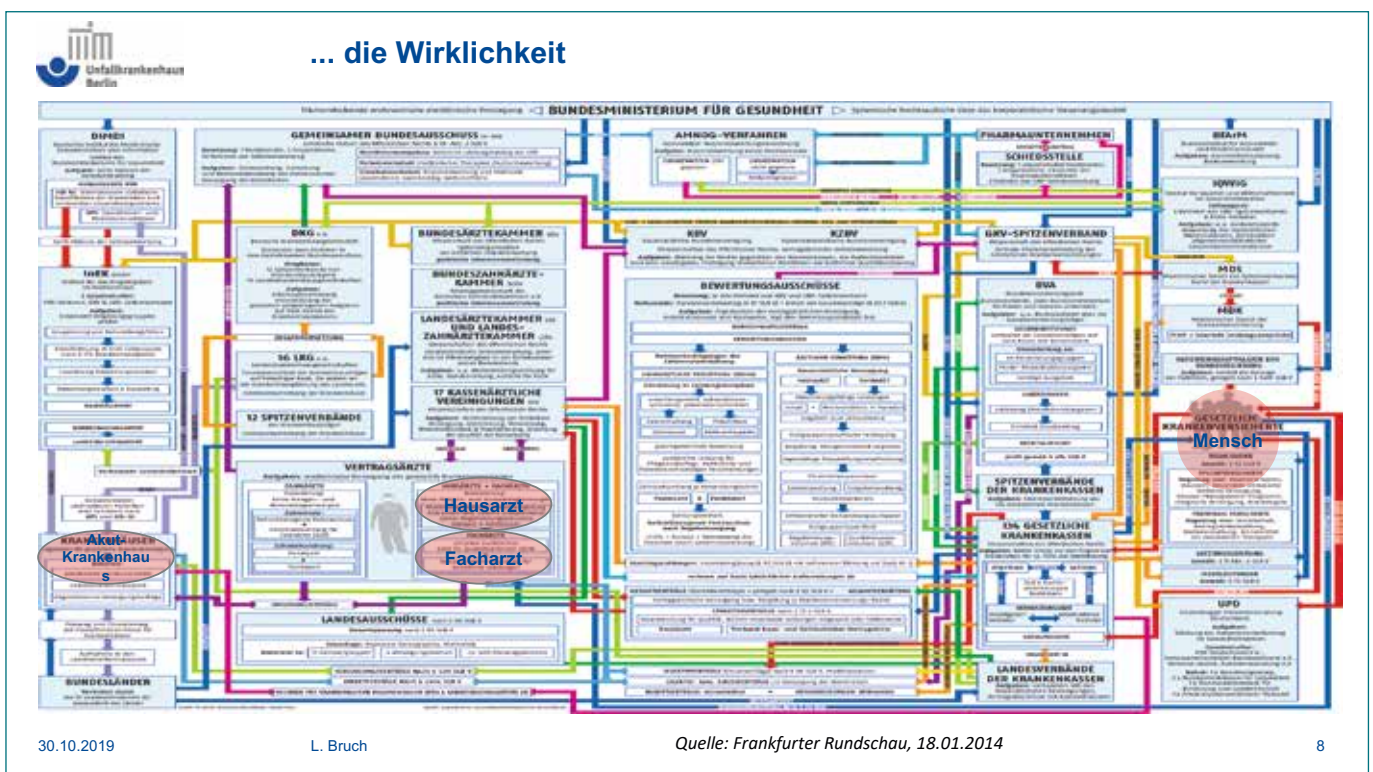
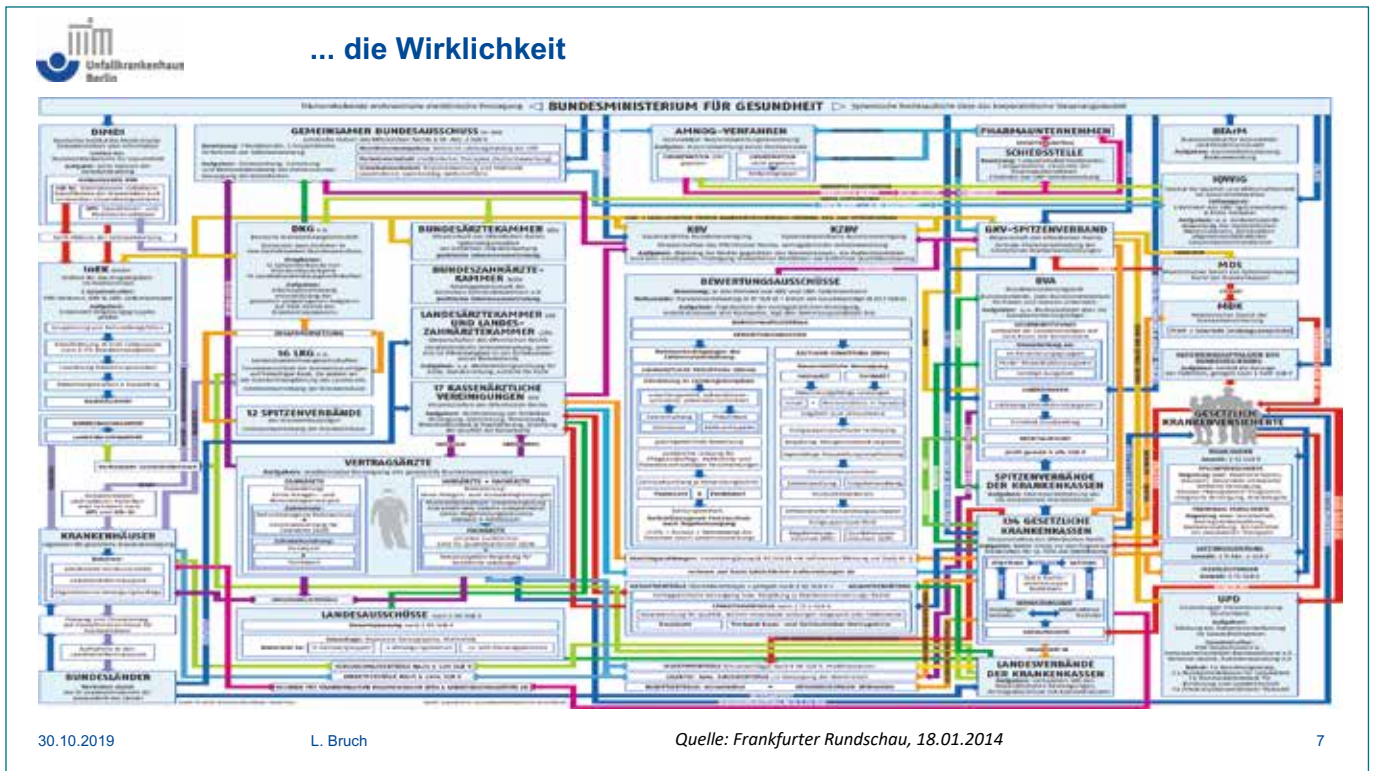
 **Kardiologische Versorgung – ein Wunschbild**



The diagram features a central grey circle labeled "Mensch (Patient)". Surrounding it are eight circles, four blue and four grey, representing various healthcare providers and settings: "Facharzt" (top), "Diagnostik/Therapie" (top-right), "Akut-Krankenhaus" (right), "Reha-Einrichtungen" (bottom), "Rehabilitation AHB" (bottom-right), "Sekundärprävention" (bottom-left), "Hausarzt" (left), and "Primärprävention" (top-left).

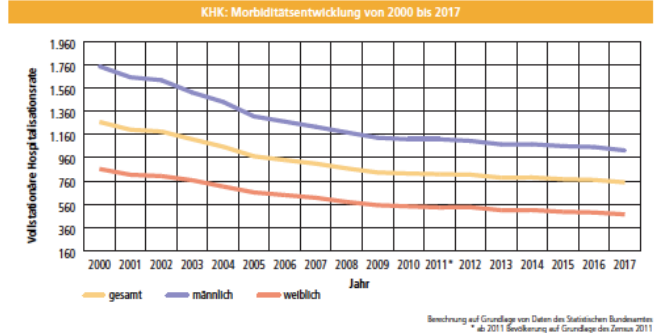
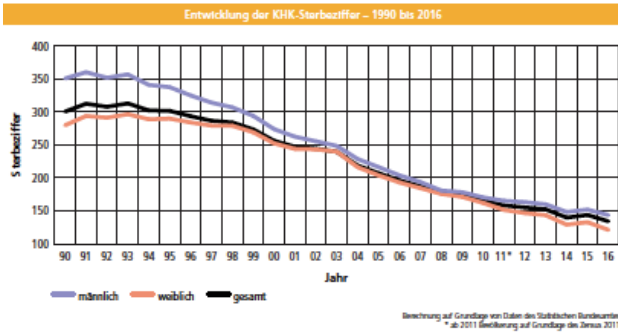
30.10.2019 L. Bruch 4







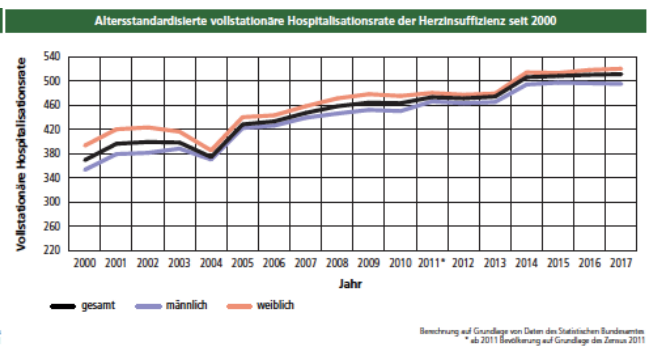
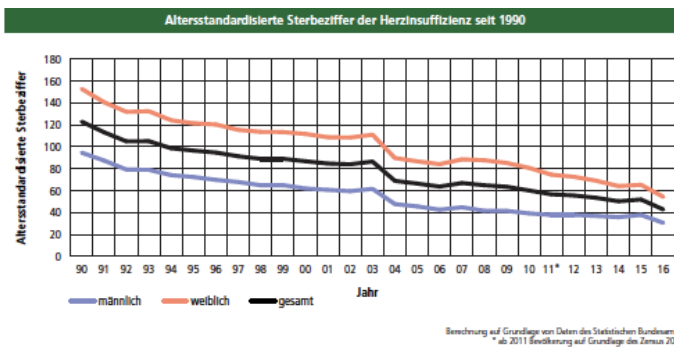
KHK – Mortalität/Morbidität



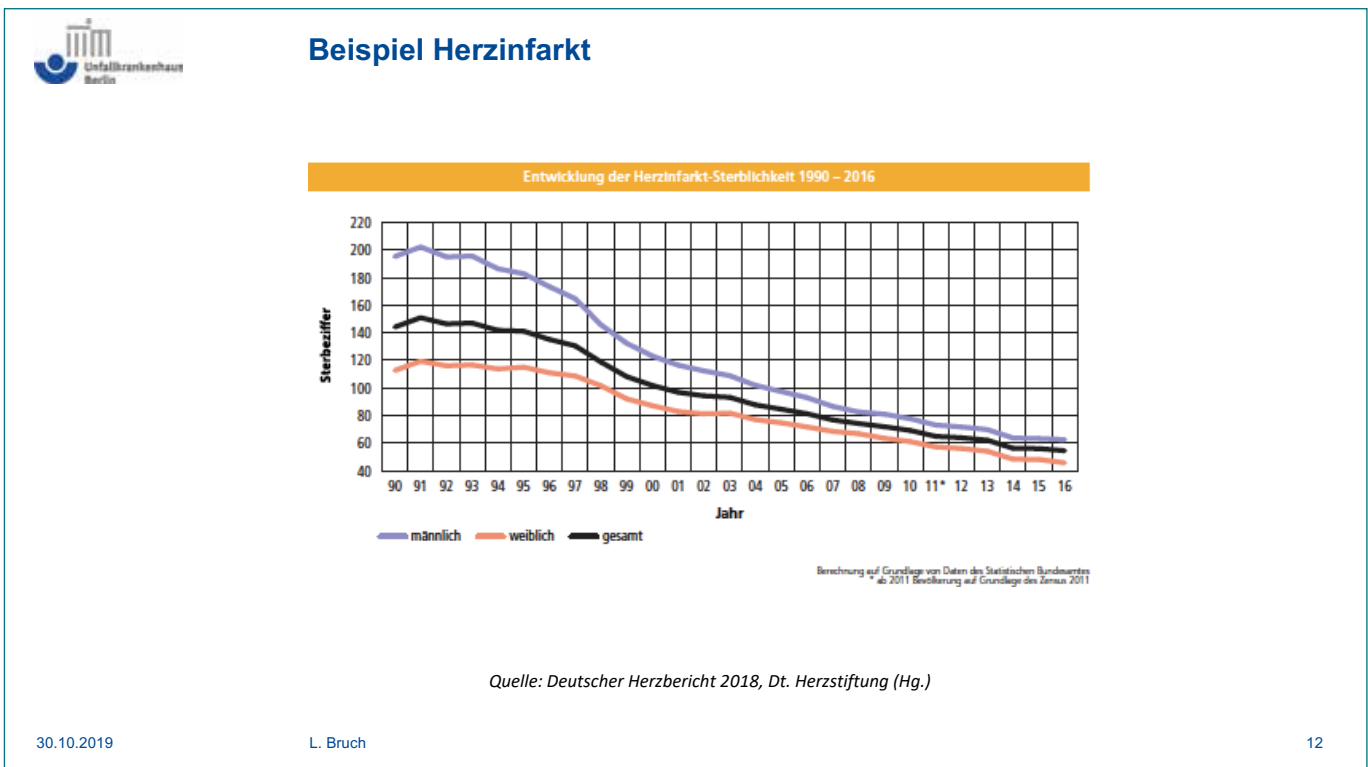
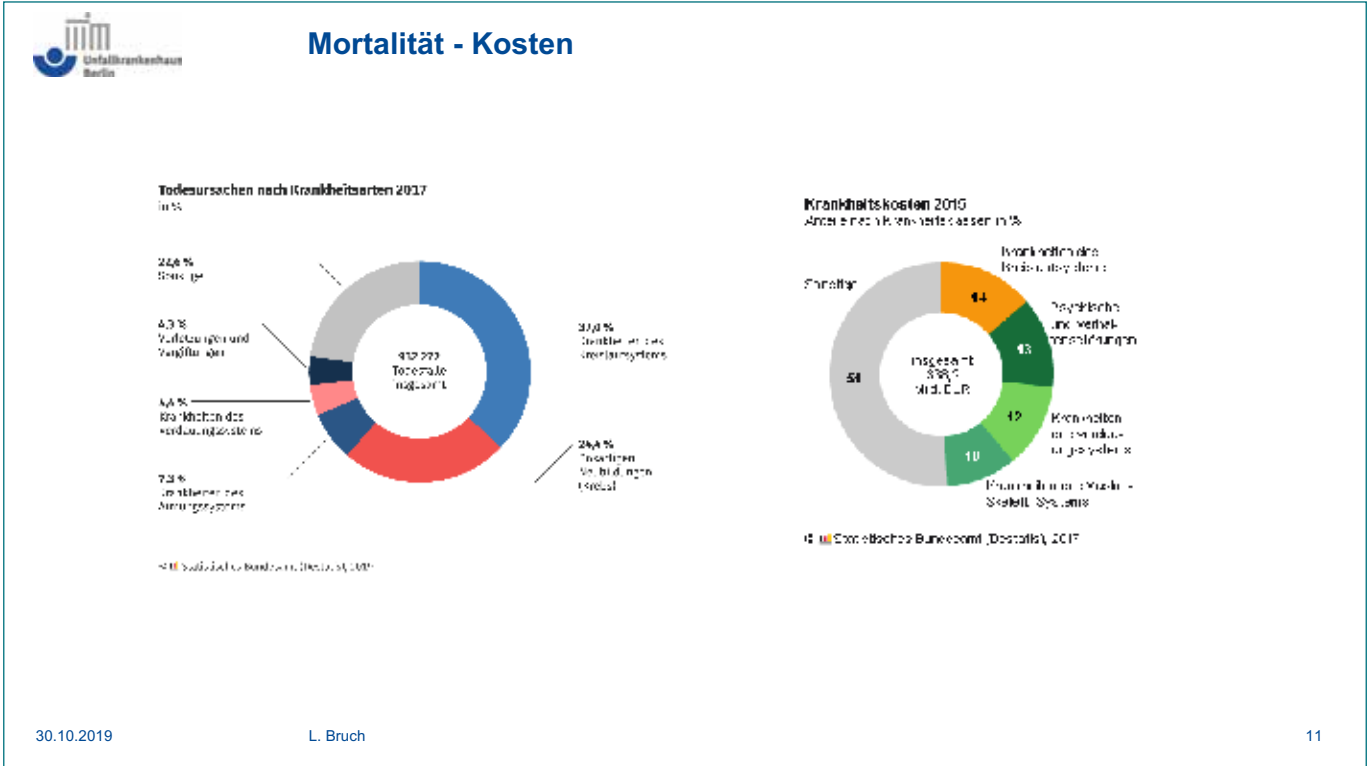
Quelle: Deutscher Herzbericht 2018, Dt. Herzstiftung (Hg.)

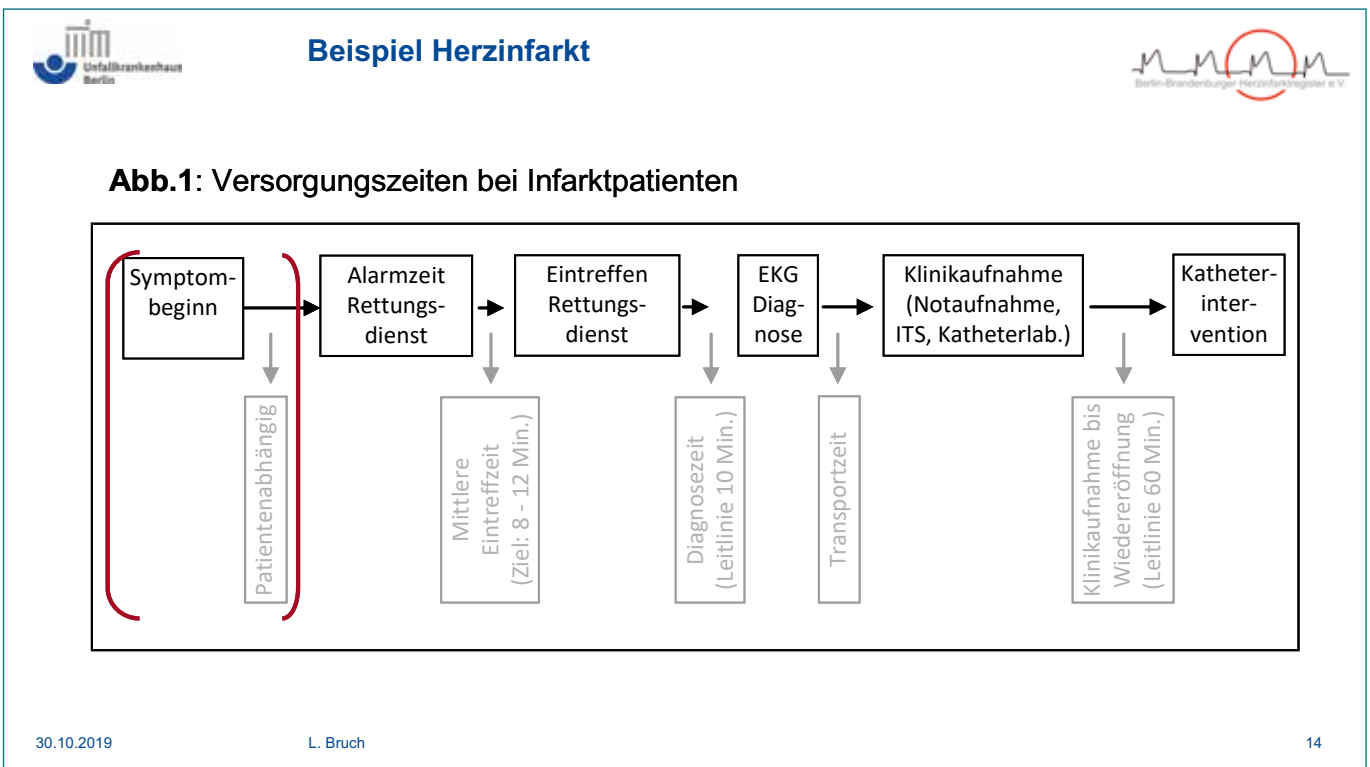
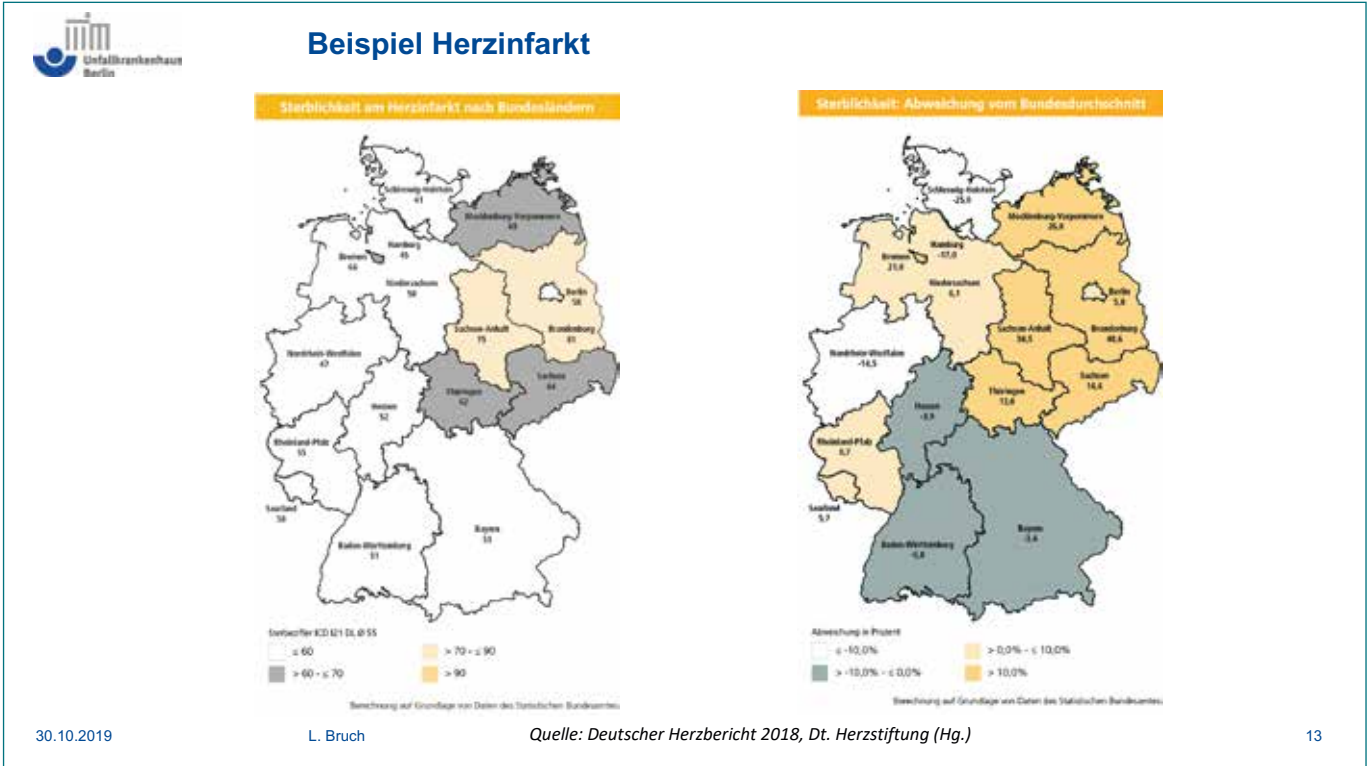



Herzinsuffizienz – Morbidität/Mortalität



Quelle: Deutscher Herzbericht 2018, Dt. Herzstiftung (Hg.)




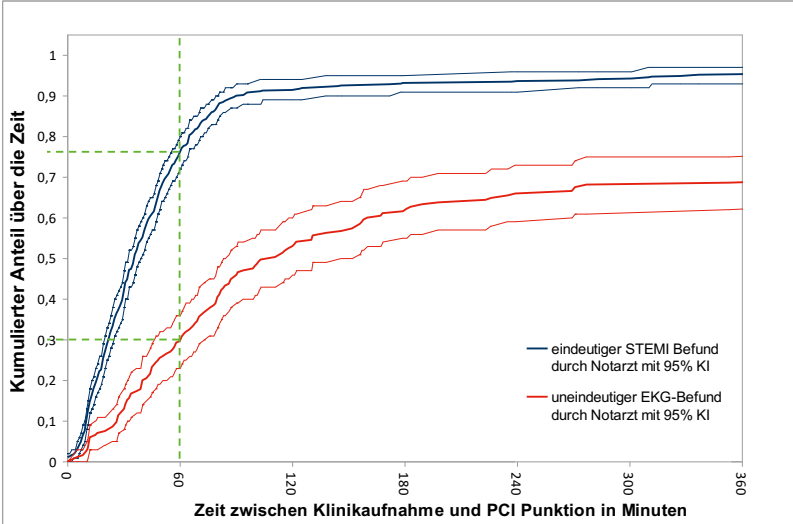




Beispiel Herzinfarkt

Einfluss Notarzt Diagnose auf Behandlungszeit 2012





30.10.2019

L. Bruch

15



Beispiel Herzinfarkt





QS-NOTFALL

Unser Projekt zur Verbesserung der Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt

Ein Projekt des Berlin-Brandenburg Herzinfarktregisters (B₂HIR),
 22 Berliner und 2 Brandenburger Kliniken,
 und den Rettungsdiensten aus Berlin, Havelland und Oberhavel.
 Gefördert mit € 1,5 Mio. vom Innovationsfonds.

gefördert vom
mit FKZ: 01GY1112



30.10.2019

L. Bruch

16



QS-Notfall Projekt: Ziel



Verkürzung der Notfall-Versorgungszeiten bis zur Intervention

Wenn STEMI Diagnose schnell gestellt wird, wird der Patient schneller leitliniengerecht versorgt.

Was brauchen wir, um die Diagnose STEMI schnell zu stellen?

- Notärzte, die STEMI erkennen können.
- Notärzte, die sich bei Fragen zum EKG Hilfe holen können.
- Standardisierte schnelle Abläufe in den Kliniken.

Was machen wir?

- Online Fortbildung: „STEMI Einfach erkennen“
- Elektronische EKG Übertragung aus dem NEF/RTW in die Klinik

gefördert vom
mit FKZ: 01GY1112



30.10.2019

L. Bruch

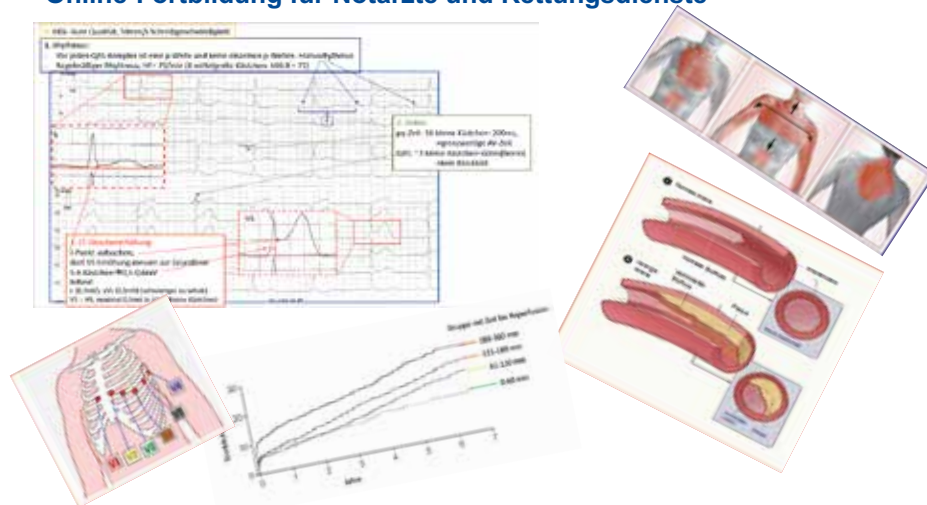
17



QS-Notfall Projekt: Intervention



Online-Fortbildung für Notärzte und Rettungsdienste



gefördert vom
mit FKZ: 01GY1112



- Online-Fortbildung „STEMI Einfach erkennen“ entwickelt von Kardiologen
- Betrieben von Ärztekammer Berlin
- Wissensmodule (60-90 Min.) mit EKG Quiz

30.10.2019

L. Bruch

18



QS-Notfall Projekt: Intervention



EKG-Übertragung

- EKGs werden vom Rettungsdienst flächendeckend elektronisch in die Krankenhäuser übertragen.
- Dazu wurde mit dem Projekt die technische Infrastruktur zur EKG-Übertragung (Modems, Software) zur Verfügung gestellt.
- EKG Übertragung dient (hoffentlich) der Beschleunigung der Versorgung
- Klinik weiß, es kommt STEMI-Patient und alarmiert Katheterteam
- ggf. Rücksprache Notarzt/Klinikarzt

gefördert vom
mit FKZ: 01GY1112



30.10.2019

L. Bruch

19



QS-Notfall Projekt: Intervention

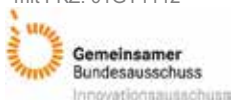


EKG-Übertragung – ein eigener Fall



- Beschwerdebeginn 00:40
- EKG-Übertragung 01:14
- Alarmierung HK-Dienst 01:20
- Eintreffen ukb 01:37
(Pat. und Team gleichzeitig)
- Infarktgefäß offen 02:12
- DTB 35 min

gefördert vom
mit FKZ: 01GY1112



30.10.2019

L. Bruch

20



QS-Notfall Projekt: Analyse



„Vorher-Nachher-Vergleich“

- Situation vor Intervention abbilden.
- Konzept zur Verknüpfung der Datensätze von Rettungsdiensten und Kliniken erproben (ggf. auch längerfristig Qualität an Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Kliniken gewährleisten).
- Notärztliche EKG-Befunde verblindet validieren.
- Interventionen durchführen.
- Situation während/nach Intervention erneut abbilden.
- Zum Ende des Projekts untersuchen, wie erfolgreich Interventionen waren und welche ggf. auf andere Regionen und andere Notfallerkrankungen übertragbar wären.

gefördert vom
mit FKZ: 01GY1112



30.10.2019

L. Bruch

21



Beispiel Herzinfarkt

Wie geht es nach der Akutversorgung (2-5 Tage) weiter ?

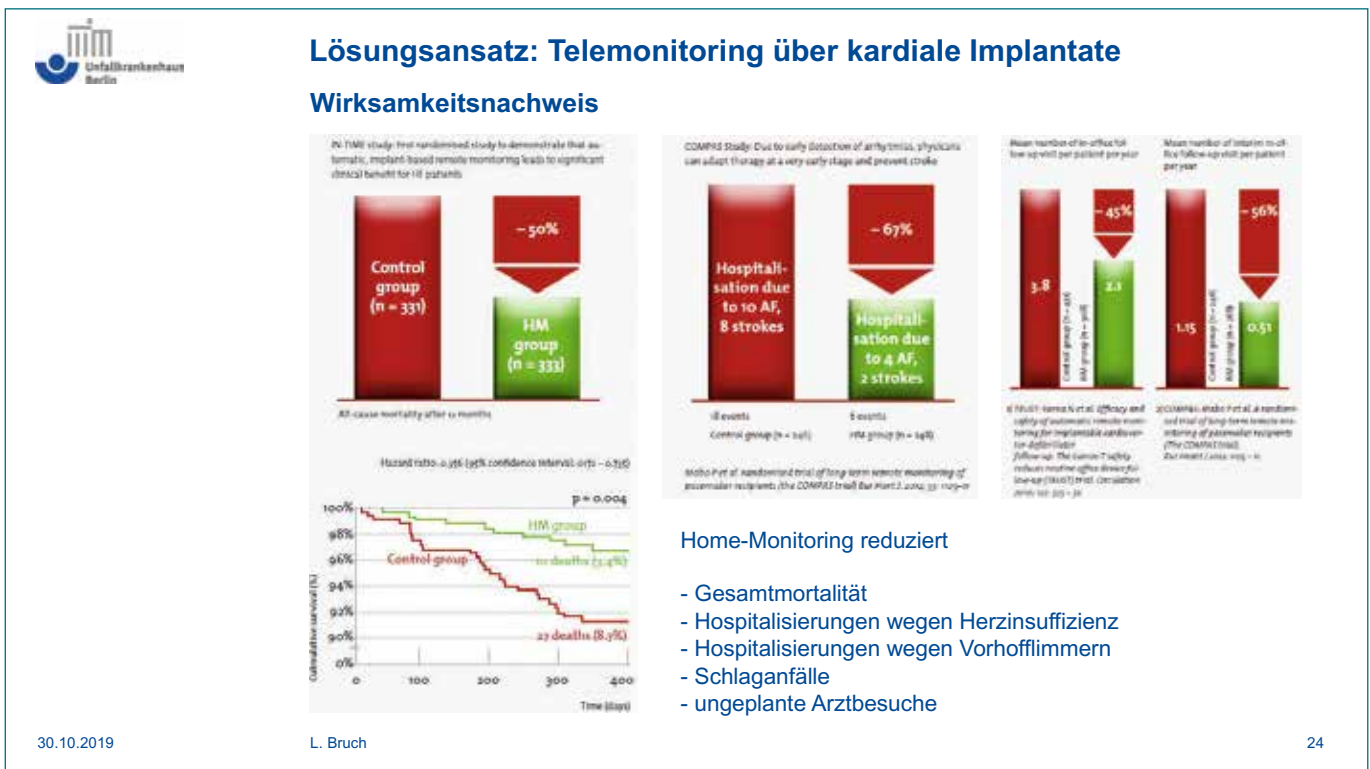
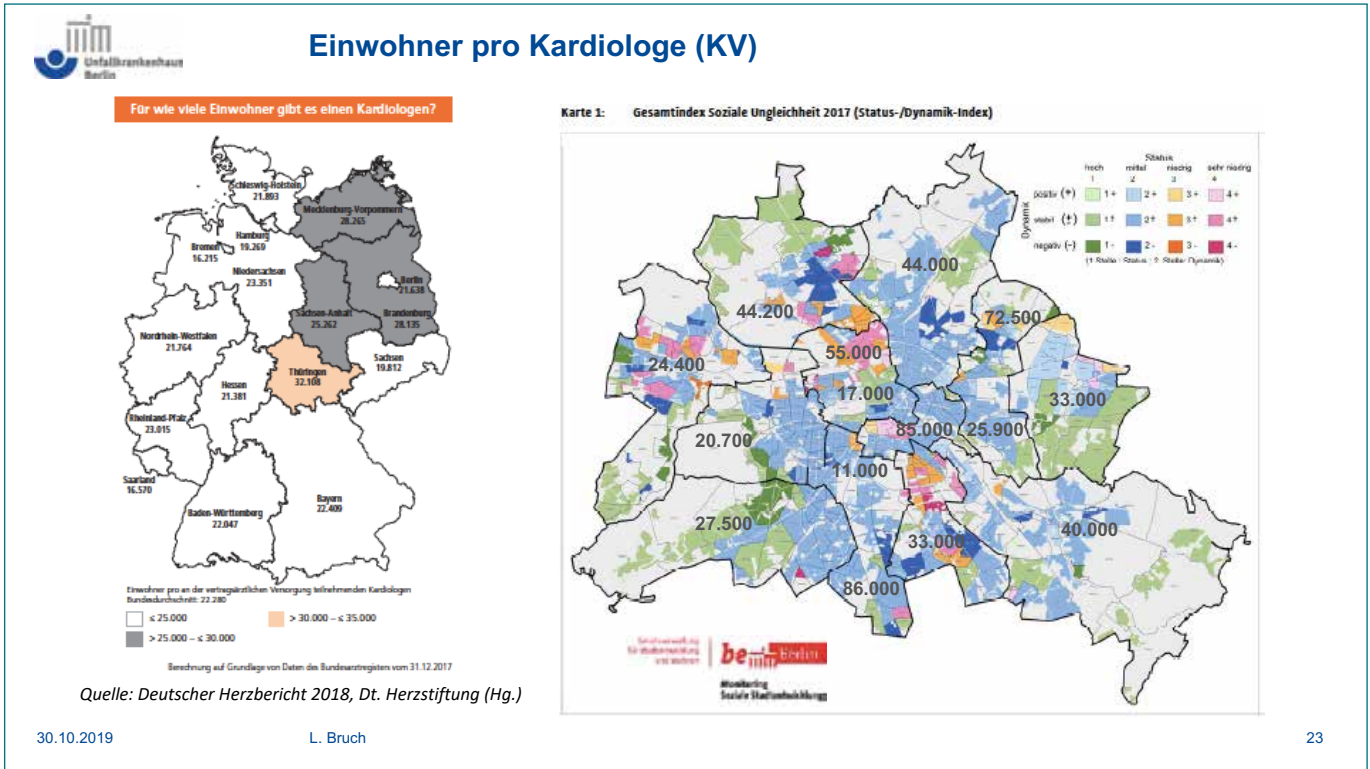
- Anschlussheilbehandlung (ambulant/stationär)
- Sekundärprävention (Lebensstil, Ernährung, Herzsport, Medikation)
- Verlaufskontrollen (Hausarzt, Facharzt, ggf. Spezialambulanz §116b SGB V)
- ggf. weitere Interventionen in Klinik (z.B. AICD)

Problem: fehlende (digitale) Vernetzung der Akteure (inkl. Patient)

30.10.2019

L. Bruch

22





Lösungsansatz: Telemonitoring über kardiale Implantate

Studien:

- TRUST** Varma V et al. Circulation. 2010
- COMPAS** Mabo P et al. Eur Heart J. 2012
- IN TIME** Hindricks G et al. The Lancet. 2014
- ECOST** Guedon-Moreau L et al., Eur Heart J, 2013
- REDUCE-HF** Adamson PB et al., Cong. Heart Fail, 2011
- CONNECT-Optivol** Lüthje L et al., Europace, 2015
- TELECART** Sardu C et al, Int J Clin Pract, 2016
- REM-HF** Morgan JM et al, Eur Heart J, 2017
- OptiLink-HF** Boehm M et al., Eur Heart J, 2016
- MORE-CARE** Boriani G et al., Eur J Heart Fail, 2017

Klare Leitlinien-Empfehlung der Fachgesellschaften zum Einsatz von Telemonitoring

HRS: IA
ESC: IIa A
EHRA und ISHNE: „state of the art“

Metaanalyse: **17 Studien mit patientenrelevanten Endpunkten**
IQWiG 2018
20% Reduktion Gesamtmortalität
22% Reduktion kardiovaskuläre Mortalität
 Reduktion von Hospitalisierungen, Schlaganfällen
 Kosteneffektivität gut belegt

KEIN Zusatznutzen, daher keine Kostenerstattung in Deutschland

ukb: ca. 150 Patienten aktiv im HomeMonitoring



Lösungsansatz: multiparametrische Telemedizin (Herzinsuffizienz)

TIM HF2 Studie

Einschlusskriterien:

- chron. Herzinsuff. NYHA II/III
- LVEF <45% oder LVEF >45% + 1 Diuretikum
- Kard. Dekomp. <12 Mo

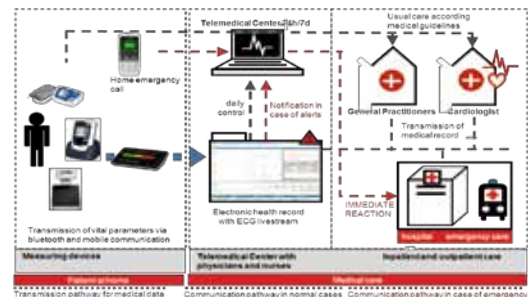
Primärer Endpunkt

- days lost due to cardiovasc. hosp.
- or all cause death (composite)

1571 Pat., 1:1

12 Monate Follow up

ukb größtes Studienzentrum Deutschlands mit ca. 10% der Studienpatienten





Lösungsansatz: Telemedizin (Herzinsuffizienz)

TIM HF2 Studie

Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial

Friedrich-Koehler, Konze Koehler, Oliver Dackwart, Sandra Priescher, Karl Wegscheide, Bridget-Anne Krause, Sebastian Winkler, Erik Vietrovazzi, Leonhard Bruch, Michael Orff, Christian Zupick, Gesine Doern, Herbert Naegle, Stefan Stark, Christian Butzer, Udo Schöten, Christiane Angermann, Guntram Galle, Roland Fronczinski, Frank Edelmann, Sebastian Spethmann, Sebastian M Schellong, P Christian Schulze, Johann Reuvsachs, Brunhilde Wälge, Christoph Schewke, Milos Tajcik, Hennyk Dreger, Stefan D Anker*, Kol Stang*

Published Online:
August 25, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31890-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31890-4)

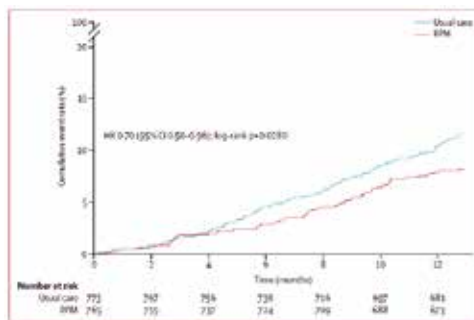
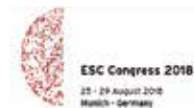


Figure 2: Kaplan-Meier cumulative event curve for all-cause death. IBM=remote patient management.

	TM	KG	p=
Gesamtsterblichkeit	7,9%	11,3%	0,028
verlorene Tage durch ungeplante kardiovask. Krankenhausaufenthalte oder Tod	17,8	24,2	0,046
HF-Hosp., verlorene Tage pro Jahr	3,8	5,6	



Lösungsansatz: Online-Medizin (App)

„InnoCor – The Heart Companion App“, Heartbeat Labs

Patienten nach akuten Herzerkrankungen (Infarkt, akute Herzinsuffizienz, Lungenembolie, Rhythmusstörungen)

Modulares System:

- Patienteninformation, Self Empowerment
- Patientenmonitoring und –steuerung
- Kommunikationskanäle (Chat, Call, Videocall) – doc2pat, doc2doc, pat2pat
- Datenbank
- Timeline (Termine etc.)



Zusammenfassung

- Die Situation ist komplex - viele Player, viele Schnittstellen.
- Das Patienteninteresse wird durch vielfältige ökonomische Interessen überlagert.
- Die Schwachstellen in der Notfallversorgung (z.B. des aMI) sind überwindbar.
- Die digitale Transformation steckt in den Kinderschuhen und wird durch kurzfristige Entscheidungen zur Kostenerstattung gehemmt.
- Die Zukunft liegt in der digitalen Vernetzung aller Beteiligten mit dem Patienten im Mittelpunkt.

30.10.2019

L. Bruch

29



Vielen Dank !



leonhard.bruch@ukb.de

30.10.2019

L. Bruch

30

Impressum

Dokumentation Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2019

Herausgeber

Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital
c/o Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH
Babelsberger Straße 21
14473 Potsdam

Dokumentation und redaktionelle Bearbeitung

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

© **Alle Rechte vorbehalten, Januar 2020**

Layout + Grafik

GDA Gesellschaft für Marketing und Service
der Deutschen Arbeitgeber mbH

Druck

ARNOLD group

Bildnachweis

Titelbild: ipopba/Adobe Stock, vectorfusionart/AdobeStock
alle Veranstaltungsfotos: Wirtschaftsförderung Brandenburg/David Marschalsky



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
Regionale Entwicklung

Dieses Vorhaben wird gefördert aus Mitteln des Europäischen Fonds
für Regionale Entwicklung (EFRE) und des Landes Brandenburg.



Unser Ziel: Ihr Erfolg!

Die deutsche Hauptstadtregion Berlin-Brandenburg ist international einer der führenden Standorte in der Gesundheitswirtschaft, Gesundheitsversorgung und den Life Sciences. Weltmarktführer, renommierte Wissenschaftler, erstklassige Kliniken, innovative Start-ups und spezialisierte Fachkräfte aus der ganzen Welt arbeiten hier täglich gemeinsam an Spitzenleistungen für den regionalen und globalen Gesundheitsmarkt.

Das Clustermanagement aus Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie und Wirtschaftsförderung Land Brandenburg unterstützt Akteure bei der Vernetzung und der Entwicklung von Projekten sowie bei Innovations- und Ansiedlungsvorhaben.

Sprechen Sie uns jederzeit gerne an!
www.healthcapital.de

Wirtschaftsförderung
Brandenburg | **WFBB**

**Wirtschaftsförderung
Land Brandenburg (WFBB)**
Babelsberger Straße 21
14473 Potsdam
www.wfbb.de

Ansprechpartnerin:
Claudia Lyhs
0331 730 61-254
claudia.lyhs@wfbb.de



**Berlin Partner für Wirtschaft
und Technologie**
Fasanenstraße 85
10623 Berlin
www.berlin-partner.de

Ansprechpartnerin:
Antonia Jung
030 46302-521
antonia.jung@berlin-partner.de



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Fonds für
Regionale Entwicklung

Gefördert aus Mitteln der Länder Berlin und Brandenburg, kofinanziert von der Europäischen Union – Europäischer Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE).