



Dokumentation
Zukunftswerkstatt
Innovative Versorgung 2020
Zukünftige länderübergreifende
Versorgung mit und nach Corona
20. November 2020



Dokumentation und Zusammenfassung der Ergebnisse

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2020

Zukünftige länderübergreifende Versorgung mit und nach Corona

Datum: 20. November 2020

Zeit: 13:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Ort: Virtuelles Online-Event

Veranstalter: Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg (Handlungsfeld „Innovative Versorgung“) in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin, und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

Inhalt

1. Agenda	5
2. Begrüßung	6
Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e. V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 2 „Innovative Versorgung“	
3. Redebeiträge der Politik	7
Grußwort Martin Matz	7
Staatssekretär in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin	
Grußwort Ursula Nonnemacher	9
Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg	
4. Impulsvortrag	13
Prof. Dr. Christof von Kalle, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung der Versorgung im Gesundheitswesen, BIH, Charité – Universitätsmedizin Berlin	
5. Erfahrungsberichte aus dem Gesundheitswesen	24
Die Sicht der ambulanten Versorgung	24
Holger Rostek, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg	
Die Sicht der stationären Versorgung im ländlichen Raum	34
Dr. med. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH, Eberswalde	
Die Sicht der stationären Versorgung im städtischen Raum	46
Prof. Dr. med. Steffen Weber-Carstens, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Erweiterte Klinikleitung, Ltd. OA Intensivmedizin, CVK, Sprecher ARDS ECMO Centrum Charité	
Die Sicht des ÖGD	63
Dr. med. Ute Teichert, MPH, Vorsitzende des BVÖGD (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.)	
6. Abschluss und Verabschiedung	72
Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e. V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 2 „Innovative Versorgung“	
7. Online-Workshops, a posteriori	76
1. Workshop (24.11.2020): Versorgungsstrategien im städtischen und ländlichen Raum: aktuelle und perspektivische Zusammenarbeit der Länder vor, mit, nach Corona	76
2. Workshop (01.12.2020): Die Rolle des ÖGD und seine Schnittstellen zur ambulanten und stationären Versorgung	78
Impressum	80

1. Agenda

„Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ am 20. November 2020 zum Thema „Zukünftige länderübergreifende Versorgung mit und nach Corona“

13:00 – 13:30

Eröffnung

Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e. V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 2 „Innovative Versorgung“

Redebeiträge der Politik

1. **Martin Matz**, Staatssekretär in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin
2. **Ministerin Ursula Nonnemacher**, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

13:30 – 14:15

Impulsvorträge und moderierte Diskussion

1. **Prof. Dr. med. Christian Drosten**, Direktor des Instituts für Virologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Scientific Director, Charité Global Health (nicht in der Dokumentation enthalten)
2. **Prof. Dr. med. Christof von Kalle**, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung der Versorgung im Gesundheitswesen, BIH, Charité – Universitätsmedizin Berlin

14:15 – 16:00

Erfahrungsberichte aus dem Gesundheitswesen und moderierte Diskussion

1. Die Sicht der ambulanten Versorgung – **Holger Rostek**, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
2. Die Sicht der stationären Versorgung im ländlichen Raum – **Dr. med. Steffi Miroslau**, Geschäftsführerin GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH, Eberswalde
3. Die Sicht der stationären Versorgung im städtischen Raum – **Prof. Dr. med. Steffen Weber-Carstens**, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Erweiterte Klinikleitung, Ltd. OA Intensivmedizin, CVK, Sprecher ARDS ECMO Centrum Charité
4. Die Sicht des ÖGD – **Dr. med. Ute Teichert**, MPH, Vorsitzende des BVÖGD (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.)

2. Begrüßung



Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e. V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 2 „Innovative Versorgung“

Ein herzliches Willkommen und ein fröhliches Hallo! Wo immer Sie jetzt dabei sind, wir eröffnen die siebte Zukunftswerkstatt – ein besonderes Ereignis in diesem Jahr, weil wir sie in einem ganz anderen Format durchführen müssen. Aber wir haben gesagt, wenn wir die Zukunftswerkstatt sind, dann können wir auch zukunftsfähige und zukunftssträchtige Formate aufbauen und entwickeln. Die Zukunftswerkstatt hat einen festen Platz in der Gesundheitsversorgung in Berlin, Brandenburg und an mancher Stelle auch darüber hinaus.

Ich freue mich, dass wir heute Zuhörer*innen und Beteiligte über die ganze Bundesrepublik verstreut haben. Ich weiß, dass auch in Wien Persönlichkeiten aufmerksam verfolgen, was wir heute machen. Die Zukunftswerkstatt hat jedes Jahr ein besonderes Thema. Wir hatten bereits die Geriatrie, die

Pädiatrie, die Psychiatrie, zweimal die Notfallmedizin, voriges Jahr die Kardiologie. In diesem Jahr – wie sollte es auch anders sein – müssen wir uns mit dem Thema der Corona-Epidemie beschäftigen.

Ich finde es große Klasse, dass wir für jede Zukunftswerkstatt die politische Begleitung und Achtsamkeit haben. In einem Grußwort bringen die Politiker*innen zum Ausdruck, inwiefern die Zukunftswerkstatt auch für sie wichtig ist in ihren Überlegungen. Hier kommen Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen zusammen, um miteinander Ideen zu entwickeln, innovative Projekte aufzubauen und miteinander um eine Antwort auf die Frage zu ringen: Wie können wir die Versorgungsstruktur in den Metropolregionen und den ländlichen Regionen für die Zukunft gut aufstellen? Das, was wir bereits in den bisherigen Zukunftswerkstätten erarbeitet haben, hat auch eine Bedeutung für die krankenhauplanerischen Überlegungen bekommen – sowohl in Brandenburg als auch in Berlin. Ich freue mich darüber, dass das, was wir hier machen, nicht nur uns beschäftigt. Es hat seine Wirkungsgeschichte in den Gremien der beiden Bundesländer und natürlich auch in der Umsetzung der abgestimmten Krankenhauspläne.

Schön, dass Sie dabei sind – ich hoffe, dass es uns auch in diesem anderen Format gelingt, das Thema Schritt für Schritt zu entfalten. Wir haben tolle, engagierte, professionelle Leute dabei. Ich bin gespannt auf die Beiträge, und das können Sie auch sein. Es ist schön, dass die Zukunftswerkstatt wahrgenommen wird und wir dabei begleitet werden von der Politik, von Wissenschaftler*innen, von Aktivist*innen unmittelbar aus dem Gesundheitsleben und -geschehen, von Krankenhäusern, der Krankenversicherung und vielen weiteren Akteur*innen. Seien Sie gespannt auf unsere Zukunftswerkstatt heute – die siebte, die wir miteinander begehen dürfen.

3. Redebeiträge der Politik



Martin Matz, Staatssekretär in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin

Grußwort

Frau Ministerin Nonnemacher, Herr Prof. Drost, Herr Prof. von Kalle und lieber Elimar Brandt als Moderator dieser Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2020 – ich freue mich sehr über die Gelegenheit, hier einige Worte sagen zu können und dabei die herzlichen Grüße von unserer Senatorin Dilek Kalayci zu überbringen, die dieses Grußwort heute leider nicht selber sprechen kann.

Die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung ist inzwischen eine feste Größe im Kalender geworden. Nun ist sie wie alles andere in diesem Jahr auch in einem anderen Format, sodass man kaum noch erkennen kann, ob sie gerade in Berlin oder in Brandenburg ausgerichtet wird. Dieses Jahr ist Berlin dran. Es ist auch nicht überraschend, dass dieses Mal das Thema im Vordergrund steht, das uns alle besonders beschäftigt: die Corona-Pandemie. Seit Ende Januar, spätestens Februar sind wir alle überwiegend mit diesem Thema befasst und deswegen ist es nur richtig, es auch in den Mittelpunkt dieser Veranstaltung zu stellen. Dass Sie das mit zwei führenden Wissenschaftlern für die Keynote unterlegen, ist nur richtig und konsequent.

Wir hatten dieses Jahr eine Menge Weichen zu stellen und Entscheidungen zu treffen, die die Versorgung sehr kurzfristig auch anders strukturiert und anders dargestellt haben, als das normalerweise der Fall ist. Normalerweise würden wir wahrscheinlich heute hier stehen und sitzen und uns ganz stark mit der gemeinsamen Krankenhausplanung in

Berlin und Brandenburg befassen. Deren Zeitplan ist jetzt ins Rutschen gekommen. Aber es ist natürlich nicht aufgehoben, dass wir sie weiter gemeinsam – zumindest in den Grundzügen – gestalten wollen.

Dabei nehmen wir auch Realitäten auf, die es längst gibt. Wir alle wissen, dass nicht nur Krankenhäuser in Berlin mit Patient*innen aus Brandenburg sehr viel zu tun haben, sondern dass es auch mal umgekehrt ist. Wir haben zum Beispiel darüber gestritten, ob die Versorgung in der Kinder-Notfallmedizin im Südwesten der Stadt richtig aufgestellt ist. Im Zusammenhang mit dem Campus Benjamin Franklin der Charité war mir sehr bewusst, dass sich etwa Menschen, die im Berliner Ortsteil Wannsee wohnen, in Notfallsituationen sowieso nach Brandenburg zum Klinikum Ernst von Bergmann orientieren und nicht nach Berlin hinein. Deswegen ist die Zusammenarbeit der beiden Bundesländer gefragt und auch in der Krankenhausplanung wichtig. Nun ist aber anderes dran, was dringlicher ist und was heute auch die Agenda hier bestimmt.

Wir hatten viel zu tun, das wird Sie nicht überraschen. Wir haben die Versorgung der Krankenhäuser mit persönlicher Schutzausrüstung unterstützen müssen. Wir haben Beatmungsgeräte-Anschaffungen aus Berlin fördern können, als Ergänzung zur Förderung der Intensivbetten durch den Bund. Vor allen Dingen aber ist es in Zusammenarbeit zwischen der Gesundheitsverwaltung und den Krankenhäusern dazu gekommen, dass zwei wirklich wichtige Konzepte entstanden sind: das SAVE-Covid-Konzept und das Post-SAVE-Covid-Konzept, in dem auch eine Abstimmung zwischen Berlin und Brandenburg wiederum erforderlich und wichtig war.

Hier spielt die zentrale Koordinierung eine wichtige Rolle, um solch ein mehrstufiges Versorgungskonzept umsetzen zu können – und in dem Zusammenhang auch eine telemedizinische Beratung durch die Charité. Auch das konnten wir am Anfang fördern und unterstützen. Dafür, dass das bisher alles so gut und engagiert läuft, ein herzlicher Dank an Herrn Prof. Weber-Carstens, der hier heute auch noch ein paar Worte sagen wird.

Genauso wie wir mit diesen beiden Konzepten Berlin und Brandenburg zusammengedacht haben, haben wir für die überregionale Versorgung auch bundesweit unter Beteiligung von drei Bundesministerien das sogenannte Kleeblatt-Konzept mit den Gesundheitsministerien der Länder entwickelt. Hier werden die Bundesländer in sechs

Regionen eingeteilt, in denen unter der Koordinierung von Sachsen-Anhalt auch Berlin und Brandenburg ganz selbstverständlich einen Bereich bilden. So lässt sich im Falle der Überlastung der Krankenhäuser in der Pandemie ein bundeslandübergreifender Patiententransport koordinieren. Wir können nicht ausschließen, dass das bald auch in der Realität eine Rolle spielt. Insofern war es gut, dieses Konzept rechtzeitig vorzubereiten.

Was bei Ihnen im Programm und was auch für uns das ganze Jahr schon eine ganz wesentliche Rolle spielt, ist die Aufstellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). In der Vergangenheit musste man als Gesundheitspolitiker*in immer dafür kämpfen, dass über den ÖGD genug gesprochen und dafür genug geworben wird. Dieses Jahr hat sich das sehr stark geändert. Auch der Bund beteiligt sich nun mit seinem Pakt für den ÖGD, den er gemeinsam mit den Ländern verhandelt und abgeschlossen hat. Dieser ist ein wichtiger Schritt, damit der ÖGD in den Kommunen künftig eine bessere personelle Perspektive bekommt und seinen Aufgaben besser gerecht werden kann. Es ist wie ein Scheinwerfer, der sich jetzt auf den ÖGD richtet. Diese Aufmerksamkeit müssen wir nutzen, um über den Tag hinaus tatsächlich die Strukturen zu verbessern – nicht nur in der Pandemiebekämpfung, sondern auch in allen anderen Bereichen, für die die Gesundheitsämter zuständig sind.

Das ist eine Chance, die wir nutzen wollen. Ich wünsche jetzt aber erst einmal der diesjährigen Veranstaltung einen spannenden, guten Verlauf. Der scheint gesichert, wenn ich auf das Programm gucke. Ich bin sehr gespannt auf die Ergebnisse. Ihnen allen wünsche ich auch weiterhin alles Gute in diesem außergewöhnlichen Jahr 2020. Herzlichen Dank!



Ursula Nonnemacher, Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

Grußwort

— **Elimar Brandt:** Liebe Frau Ministerin, als Sie vor einem Jahr Ministerin wurden, war noch nicht abzusehen, was für ein irres Jahr auf Sie zukommt. Es ist sicherlich ein Glücksfall, dass Sie als Ärztin und Notfallmedizinerin in dieser Situation ganz anders reagieren und Ihre Erfahrung, Ihr Fachwissen einbringen können. Dass Sie uns heute als die wichtigste Krisenmanagerin im Land Brandenburg zur Verfügung stehen, tut uns besonders gut. Sie reden mit Leuten, die an ihrer Seite sind und die es auch umtreibt, diese Pandemie sachgerecht immer wieder aufzunehmen – und vor allen Dingen, dass wir den Menschen, den Betroffenen nie aus den Augen verlieren. Frau Ministerin, Sie haben das Wort und ich übergebe an das Studio in Potsdam.

— **Ursula Nonnemacher:** Meine sehr geehrten Damen und Herren, sehr geehrter Herr Staatssekretär Matz, die diesjährige Zukunftswerkstatt zur innovativen Versorgung für Berlin und Brandenburg steht im Zeichen der Corona-Pandemie. Dass wir dieses Jahr dafür ein digitales Format wählen müssen, verdeutlicht den Ernst der Lage. Gerade in der aktuellen Corona-Krise hat sich gezeigt, wie wichtig das Zusammenspiel aller drei Säulen des Gesundheitssystems ist. Die Leistungsfähigkeit des ambulanten Systems wurde auf eine harte Probe gestellt, auch was die Durchführung der Corona-Tests betraf. Das stationäre System musste in-

nerhalb kürzester Zeit sein Angebot auf die aktuellen Anforderungen umstellen und erhebliche Kapazitäten frei halten. Dies ist durch regionale Kooperationen gut gelungen und wird durch die Rettungsschirme von Bund und Land unterstützt. Es ist inzwischen in aller Munde, wie wichtig eine Unterstützung der stark geforderten und hervorragend arbeitenden öffentlichen Gesundheitsdienste ist. Doch erst im Zusammenspiel der drei Sektoren können auch Krisensituationen gemeistert werden.

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Aktiven und Beschäftigten in allen drei Sektoren herzlich für ihre sehr engagierte Arbeit in den vergangenen Monaten bedanken – und vor allen Dingen schon im Voraus für die viele Arbeit, die in den herausfordernden nächsten Monaten noch auf uns alle zukommt. Dies gilt auch und insbesondere für die engagierte Arbeit der Krisenstäbe. Die Anstrengungen der Akteure wurden durch die Rettungsschirme von Bund und Land wirksam unterstützt. Das Land Brandenburg etwa hat im Bereich der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) und der Beatmungsgeräte erhebliche Summen investiert und eingesetzt. Ich freue mich auch darüber, dass in den Tarifverhandlungen für die Krankenhausbeschäftigten erste und nachhaltig wichtige Verbesserungen erzielt werden konnten. Der Spruch „Betten pflegen nicht“ sollte uns wirklich eine Mahnung sein: Der Blick auf die Mitarbeitenden ist wichtiger denn je in dieser Pandemie.

Als besondere Herausforderungen haben sich für die Beherrschung der Pandemie im öffentlichen Gesundheitsdienst die Kontaktnachverfolgung und das Test- und Quarantänesystem erwiesen. Hier kommt der ÖGD trotz hohem Engagement an seine Grenzen. Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst muss hier unbedingt zur Unterstützung genutzt werden.

Aber neben den drei klassischen Säulen des Gesundheitswesens sind in der Pandemiebekämpfung auch noch andere Akteure wichtig. Eine ganz wichtige Rolle kommt den Kommunen zu. Auch sie haben eigene Krisenstäbe aufgestellt. Auch sie haben durch erhebliche Umschichtung von Personal in den Kreisverwaltungen und den Landratsämtern einen erheblichen Beitrag geleistet. Gleiches gilt für die sozialen Einrichtungen im Pflegebereich, Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder die Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete – auch dort mussten erhebliche Anstrengungen geleistet werden. Und sie müssen natürlich jetzt in der zweiten Welle weiterhin geleistet werden.

Zunehmend gewinnt hier auch der Bildungsbereich an Bedeutung. Ich bin gespannt auf die Vereinbarung der Ministerpräsidentenkonferenz nächste Woche. Ich denke, dort wird das Bildungssystem im Mittelpunkt stehen und nicht zu vergessen die Unterstützung durch Polizei, Bundeswehr und die Hilfsorganisationen. Gelingen ist die Aufgabe der Pandemiebekämpfung immer dort, wo die Zusammenarbeit über die Grenzen von Institutionen und Zuständigkeiten wie Sektoren praktisch gelungen ist.

In den fünf Versorgungsregionen unseres Landes wurden unter der Regie der jeweiligen Schwerpunktkrankenhäuser regionale Netzwerke gegründet, die die Versorgung und das Verlegungsmanagement abstimmen. Darin wurden auch die Rehakliniken integriert. Für diese wichtige Koordinierungs- und Kooperationsleistung möchte ich mich an dieser Stelle noch einmal herzlich bedanken. Die Zentrale Koordinierungsstelle für Luftrettung (ZKS) der Integrierten Regionalleitstelle Lausitz hat ihre unterstützende Arbeit für die Koordinierung der Verlegung von Covid-19-Patient*innen wiederaufgenommen. Die Steuerung des Transportes notwendiger Verlegungen von Intensiv- und beatmungspflichtigen Patient*innen erfolgt für das Land Brandenburg zentral über diese ZKS in Zusammenarbeit mit den regionalen Leitstellen und den Kliniken. Über die Aufnahme oder Abverlegung eines Covid-19-Patienten entscheidet die jeweils zuständige Intensivstation oder das zuständige Krankenhaus.

Die Intensivkoordinierungsstelle des SAVE Berlin-Brandenburg@COVID-19-Netzwerks ist im Brandenburger Prozess zur landesweiten Koordinierung von Covid-19-Patient*innen integriert und steht immer wieder beratend zur Seite (ARDS ECMO Centrum der Charité). Zum Schutz vor dem Auftreten nosokomialer Covid-19-Erkrankungen in medizinischen Einrichtungen stellt – neben den prozessorganisatorischen und hygienischen Maßnahmen – die Identifizierung von asymptomatischen Patient*innen und Mitarbeiter*innen eine wichtige Säule der Infektionsprävention dar.

Auf Grundlage der Nationalen Teststrategie des Bundesministeriums für Gesundheit sind die Einrichtungen gefordert, ein einrichtungsadaptiertes Testkonzept für ihre Patient*innen, aber auch für die Mitarbeitenden im zuständigen Gesundheitsamt vorzulegen. Nach Genehmigung verbunden mit der Beauftragung der Durchführung der Testungen können die Kosten der anfallenden Testungen über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden. Ich würde

mir wünschen, dass diese Verabredungen noch besser im Alltag ankommen. Es macht mir im Moment sehr große Sorge, wenn ich auf unsere Situation blicke, dass das Infektionsgeschehen wieder voll in die Pflegeeinrichtungen einschlägt. Da sind wir alle gemeinsam aufgerufen, dem dringend entgegenzuwirken.

Auch hier wird deutlich, wie alle drei Säulen des Gesundheitssystems zusammenarbeiten müssen. Mir ist bewusst, dass die Versorgung der Bürger*innen nur mit genügend Personal gewährleistet werden kann. Dies gilt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wie für den ambulanten und stationären Bereich. Hierzu haben mich zahlreiche Hinweise bezüglich der Pflegepersonaluntergrenzen erreicht. Sie weisen eindringlich darauf hin, dass unter den Bedingungen der Pandemie für die Einhaltung der Personaluntergrenzen in den verschiedenen Bereichen nicht genügend Personal zur gesundheitlichen Versorgung zur Verfügung steht. Ich nehme diese Bedenken sehr ernst und habe mich mit anderen Ländern gemeinsam auf Bundesebene für eine temporäre Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen eingesetzt.

Eine extreme Herausforderung für die nächsten Wochen und Monate stellt die Umsetzung der Nationalen Impfstrategie dar. Wir müssen nicht nur massiv Überzeugungsarbeit in der Bevölkerung, sondern auch bei den Kolleg*innen leisten. Wir müssen Impfzentren aufbauen. Wir müssen die Probleme der Lagerung und der Logistik bewältigen. Wir müssen die Impfung von Krankenhaus- und Pflegeeinrichtungsmitarbeitenden gewährleisten. Wir müssen die vulnerablen Gruppen in den Pflegeheimen durch mobile Impfteams erreichen. Wir müssen die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung und mit weiteren Partnern intensivieren. Es ist eine Herkulesaufgabe, die dort auf uns zukommt.

Mit dem 3. Bevölkerungsschutzgesetz – hart diskutiert und am 18. November verabschiedet – wurde für die Verordnungen der Länder ein rechtssicherer Rahmen geschaffen, Parameter für die Impfstrategie festgelegt und auch die Unterstützung der Krankenhäuser in der Pandemie neu geregelt. Ich begrüße grundsätzlich, dass eine neue Regelung zu Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser gelten wird, nachdem die alte Regelung zum 30. September ausgelaufen ist. Die Krankenhäuser müssen Kapazitäten durch die Hygieneregeln frei halten (Corona-Abklärung, begrenzte Zimmerbelegung). Sie müssen die Pandemie vor dem Hintergrund von Personalmangel und hohem Krankenstand –

zum Teil auch durch Quarantäne bedingt – bewältigen. Und sie sollen planbare, elektive Leistungsbereiche zugunsten von Kapazitäten für Covid-Patient*innen reduzieren. Aus all diesen Gründen sind Freihaltepauschalen für die Krankenhäuser in der Pandemie von außerordentlicher Bedeutung. Allerdings wird die Versorgungsrealität in den Ländern im Gesetz des Bundes noch nicht ausreichend abgebildet.

Die vorgesehenen Ausgleichszahlungen haben einen völlig anderen Charakter als die bisherigen Ausgleichszahlungen. Nur noch ein Teil der fünf Krankenhäuser erhält dazu Mittel. Wir haben eine Bindung an Mindestinzidenzen. Besonders problematisch für Brandenburg erachte ich die Koppelung an Notfallstufen, auf die das Land überhaupt keinen Einfluss hat. Auch die alleinige Fokussierung auf Intensivkapazitäten ist nicht sachgerecht. Wir haben heute Morgen wieder unsere Zahlen im interministeriellen Krisenstab angeschaut. Wir haben drei Viertel stationär zu versorgen – die Patient*innen, die nicht intensivpflichtig sind.

Dies führt die bisher erfolgreiche Arbeit regionaler Netzwerke ad absurdum, bei der sich alle Kliniken einer Region an der Versorgung beteiligen und gegenseitig bei der Versorgung unterstützen. Die Netzwerke der Kliniken in den fünf Versorgungsregionen unter der Leitung der Schwerpunktkliniken haben bisher gute Koordinierungsarbeit geleistet. In der ersten Welle der Pandemie wurde die Arbeit durch Ausgleichszahlungen des Bundes abgedeckt.

Die Orientierung an verschiedenen Notfallstufen, Inzidenzen und Intensivkapazitäten kann zu Fehlanreizen bei der Aufnahme von Patient*innen führen. Das alte System hatte auch Fehlanreize, aber hier könnten neue Fehlanreize entstehen. Und außerdem: Eine Strukturbereinigung durch die kalte Küche können wir gerade in Pandemiezeiten wahrlich nicht gebrauchen. Es besteht die Gefahr, dass Grund- und Regelversorger sowie Fachkliniken in Bedrängnis kommen, da sie zumindest sehr lange bei den Ausgleichszahlungen nicht unterstützt werden.

Die Brandenburger Kliniken haben dem Ruf des Bundesgesundheitsministers Folge geleistet und im Frühjahr erhebliche zusätzliche Kapazitäten im Intensivbereich mit Beatmung aufgebaut. Von großer Bedeutung wird sein, wie freie, betreibbare Intensivkapazitäten definiert werden. Sollten die jetzigen Zahlen zugrunde gelegt werden, würde zum Beispiel Brandenburg derzeit weitgehend leer ausgehen. Die vorgesehene Leistungsgrenze von 75 bis 85 Prozent der Beatmungskapazitäten ist bei uns bisher

flächendeckend bei Weitem nicht erreicht. Mindestens müsste diese Einteilung für alle Kliniken der verschiedenen Stufen einheitlich bei 75 Prozent liegen, um auch unsere ländlichen Grundversorger mitzunehmen. Ich war selbst am Mittwoch im Bundesrat dabei. Unter Leitung des GMK-Vorsitzlandes haben sieben Länder eine Protokollerklärung dazu abgegeben. Zwei weitere Länder haben eine ähnlich lautende Erklärung abgegeben und Ministerpräsident Bouffier aus Hessen hat nochmal eindringlich Verbesserungen bei der Krankenhausentlastung angemahnt.

Es bestehen große Bedenken an der Umsetzbarkeit der Empfehlungen und der Möglichkeit der Länder, die berechtigten Krankenhäuser zu bestimmen. Die Länder haben in zähen Verhandlungen mit dem Bund zwar in den letzten Tagen einige Nachbesserungen erreicht. Trotzdem muss hier noch nachgebessert werden.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, das zentrale Ziel der Brandenburger Gesundheitspolitik ist es, Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in allen Teilen des Landes sicherzustellen. Das ist bei einem so großen Flächenland wie Brandenburg – wir sind das fünftgrößte Flächenland, mit aber nur 2,5 Millionen Einwohnern – eine große Herausforderung. Bei uns spielen deshalb die Erreichbarkeit und die Leistungsfähigkeit der medizinischen Angebote eine große Rolle. In der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg gibt es jetzt das ehrgeizige Projekt der gemeinsamen Krankenhausplanung. Dieses Projekt wird seit 2014 mit der Planung und Durchführung gemeinsamer Zukunftswerkstätten zu wichtigen Versorgungsthemen durch das Cluster Gesundheitswirtschaft mit seinen Expert*innen im Rahmen des gemeinsamen Masterplans für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg unterstützt.

Im Frühsommer 2021 soll dieser Prozess durch die parallelen Kabinettsentscheidungen in Berlin und in Brandenburg zu den Krankenhausplänen gekrönt werden. Darauf freue ich mich sehr. Herzlichen Dank für das Engagement der Akteure und Einrichtungen, die sich seit sieben Jahren in den Zukunftswerkstätten einbringen und mitgestalten und damit auch die Krankenhausplanung beider Länder intensiv befruchtet haben.

Ich stelle fest, dass die Zukunftswerkstatt einen besonderen Platz in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Berlin und Brandenburg eingenommen hat. Ich hoffe, dass noch viele weitere wichtige und interessante Themen in

den nächsten Jahren diskutiert werden, um so die Gesundheitsversorgung in den beiden Ländern voranzubringen. Die Themen der sektorenübergreifenden Versorgung, die in den vergangenen Jahren das Profil der Zukunftswerkstätten geprägt hatten, sind durch Corona nicht etwa in den Hintergrund getreten. Durch Corona ist der Reformdruck im Gesundheitssystem für die flächendeckende gleichwertige Versorgung geradezu wie durch ein Brennglas sichtbar geworden.

Ich freue mich insbesondere für unser heutiges Thema auf spannende Beiträge und Diskussionen. Ich wünsche der Zukunftswerkstatt 2020 gute Ergebnisse, von denen wir dann wieder alle profitieren können. Ich danke Ihnen sehr!

— **Elimar Brandt:** Vielen Dank, liebe Frau Ministerin. Das ist ermutigend, was Sie gesagt haben. Zum einen das Feld breiter aufzustellen und damit auch den Akteuren vor Ort deutlich zu machen, dass die Politik wahrnimmt, wo Nachholbedarf dringend erforderlich ist. Und zum anderen auch die Wertschätzung der Leistungen, die in den vergangenen Monaten erbracht wurden. Es ist interessant, dass wir durch diese Pandemie auch zu ganz anderen, neuen Erkenntnissen gekommen sind und merken, dass manches möglich ist, was wir früher für unmöglich gehalten haben. Die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Bereichen ist lockerer geworden als in früheren Zeiten. Man hat nicht nur auf den eigenen Bereich gesehen, sondern hat immer gesagt: „Wir müssen zusammenstehen, um gemeinsam diese Pandemie zu bekämpfen.“ Ist das etwas, von dem Sie ausgehen, dass das auch in Zukunft die Krankenhauslandschaft, die Versorgungslandschaft in Brandenburg bestimmen wird? Dass wir viel stärker dieses Miteinander in die Versorgungsregion hineinbringen?

— **Ursula Nonnemacher:** Ja, auf jeden Fall. Ich habe ja im Vortrag ausdrücklich darauf hingewiesen, dass wir da gewisse Sorgen haben. Bisher haben wir das sehr gut bewältigt. Wir haben regionale Netzwerke aufgebaut, die sich sehr gut untereinander unterstützt haben. Ein Netzwerk hatte zum Beispiel den passageren Ausfall eines unserer Schwerpunktversorger, des Klinikums Ernst von Bergmann, durch eine schwere nosokomiale Infektion zu tragen. Das ist bewältigt worden. Auch in anderen Landesteilen hat man sich

da sehr gut unterstützt. Deshalb ist unsere Sorge, dass die jetzt im 3. Bevölkerungsschutzgesetz getroffenen Vereinbarungen insbesondere der Versorgungsrealität in Brandenburg nicht gerecht werden. Ich habe mich vergangenes Wochenende innerhalb von drei Sonder-GMK*-Schalten intensiv dafür eingesetzt und wir versuchen, da weiterhin dran zu arbeiten. Selbstverständlich werden wir die Zusammenarbeit in dieser gefundenen Form fortsetzen. Pandemiebewältigung ist Teamarbeit. Die wichtige Rolle der anderen Partner von den Kommunen bis zu den Hilfsorganisationen habe ich auch angedeutet – wir müssen alle zusammenstehen.

— **Elimar Brandt:** Leider ist die Zeit jetzt schon um, so dass wir nicht weiterdiskutieren können. Aber es gibt ja im Laufe des Nachmittags noch Gelegenheit, die eine oder andere Frage einzubringen. Noch einmal ganz herzlichen Dank, liebe Frau Ministerin!

* Gesundheitsministerkonferenz

4. Impulsvortrag



Prof. Dr. Christof von Kalle, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung der Versorgung im Gesundheitswesen, BIH, Charité – Universitätsmedizin Berlin

— **Elimar Brandt:** Wir bleiben an der Charité und ich freue mich sehr, dass wir jetzt einen Beitrag von Herrn Christof von Kalle hören. Lieber Herr Professor, Sie sind viel unterwegs gewesen in der Welt, aber immer wieder zurückgekommen. Sie haben an vielen Stellen Ihre wissenschaftliche Tätigkeit weiterentwickeln können und bringen Ihr Wissen bei uns in der Bundesrepublik Deutschland ein. Das ist sehr schön. Sie sind seit Juni 2019 Professor für Klinisch-Translationale Wissenschaften am Berlin Institute of Health. Vielen Dank, dass Sie bei uns sind und dass wir jetzt Ihren Beitrag hören können. Bitte schön, lieber Herr Professor.

— **Prof. Dr. Christof von Kalle:** Ganz herzlichen Dank für die Ehre der Einladung, Herr Brandt. Ich bin gebeten worden, mir ein paar Gedanken zu der Frage zu machen: Was ist gut und was nicht ganz so gut gelaufen in der Pandemie? Da ich auch im Sachverständigenrat Gesundheit tätig bin, möchte ich vorab kurz darauf hinweisen, dass die Meinungen, die ich hier von mir gebe, meine eigenen sind und nicht notwendigerweise die Meinung anderer oder des Sachverständigenrates repräsentieren, dass ich keine Interessenkonflikte habe. Ich fühle mich ein bisschen wie das Künstlerehepaar, das nach den Beatles in der Ed Sullivan Show aufgetreten ist: Im Anschluss an Christian Drostens über Covid zu reden ist eine Herausforderung – aber ich hoffe, ich kann es trotzdem spannend machen.

FOLIE 3, SEITE 17 Was lief gut in Deutschland? Ich denke, nach einem Schreckmoment im Frühjahr – wo die Leute zum Teil nochmal in den Skiurlaub gefahren sind und man den Ernst der Lage noch nicht so ganz erkannt hatte –

hat das System sehr gut reagiert und wir haben uns auf die Herausforderungen eingestellt. Im Großen und Ganzen, von etwas Getöse in den Randbereichen der Gesellschaft einmal abgesehen, haben populistische Lösungen eher wenig Zuspruch. Auch die Popularität von Christian Drostens spricht Bände für das **Vertrauen in die Wissenschaft** und in vernünftige Vorgehensweisen. Man sieht auch an den Ergebnissen der Gesundheitsversorgung, unten im Bild statistisch angezeigt als Outcome-Parameter „Tod mit Covid“, dass Deutschland hier bisher einen guten Job gemacht hat. Der **Belastungstest des Gesundheitssystems hat im Zusammenspiel der verschiedenen schon genannten Faktoren funktioniert.**

FOLIE 4, SEITE 18 Auf dem nächsten Bild sieht man, dass man sich in Berlin und Brandenburg auf die Herausforderung, auch in den Kliniknetzen insgesamt eine optimale Versorgung zu leisten, gut vorbereitet hat – mit sehr gutem Erfolg. Die Ergebnisse, insbesondere auch der intensivmedizinisch betreuten Patient*innen, zeigen, dass sehr **viel kompetentes Fachwissen vor Ort** ist.

FOLIE 5, SEITE 18 An der Charité haben wir uns intensiv mit der Frage auseinandergesetzt: Wie kann man die Erkrankung besser kennenlernen? Wir haben Verfahren entwickelt, die so noch nicht üblich waren. Wir haben nicht nur versucht, einzelne Studienprotokolle aufzulegen und einzelne Fragestellungen zu studieren, sondern durchaus auch jedem Patienten, der ins Haus kommt und der dieser Möglichkeit zustimmt, die Teilnahme zumindest an einem Studienprotokoll für die Erfassung und Erforschung der Behandlung zu ermöglichen. Diese **Gesamt- oder Schirmprotokolle**, insbesondere der Abteilung für Infektiologie und Pulmonologie und der Intensivmedizin, haben die Möglichkeit geschaffen, viel aus den vorhandenen Fällen zu lernen und neue Konzepte zu entwickeln. Wir betreiben **mehr als 50 Unterprojekte** für die verschiedenen Phasen der Erkenntnisentwicklung, auch zusammen mit der Abteilung von Herrn Drostens. Wir tragen letzten Endes auch wesentlich zur Entwicklung im nationalen Netzwerk bei, wo – durch das Bundesministerium gefördert – Patient*innen großflächig in Deutschland erfasst und nachverfolgt werden und auch die Entwicklung der verschiedenen therapeutischen und präventiven Ansätze kontrolliert wird.

FOLIE 6, SEITE 19 Wir sehen zudem, dass die Umstellung in der Versorgung durch die Kliniken, die Bereitstellung an medizinischen Versorgungsleistungen bisher auch im internationalen Vergleich mit sehr guten Ergebnissen

erfolgreich gewesen ist. Doch eine grassierende Infektion in der Bevölkerung könnte dieses gute Ergebnis gefährden. Darum wurden die aktuellen Maßnahmen ergriffen.

FOLIE 7, SEITE 19 Was ist nicht so gut gelaufen? Am Anfang gab es durchaus **Brüche in Lieferketten**, in Vorgehensweisen. Der Grad an Vorbereitung, die **Verfügbarkeit von Materialien** war anfangs nicht immer optimal. Wir werden möglicherweise in der Analyse sehen, dass es größere Unterschiede in der regionalen Erfolgsquote von Prävention und Therapie der Erkrankung gibt. Wir haben in der öffentlichen Diskussion alle gelernt, dass wir **digital nicht nativ, sondern leider im Gesundheitswesen mehr oder weniger komplett naiv** sind. Wir haben in der Vorbereitung und Entwicklung unseres Gesundheitssystems auf solche Situationen vergessen, dass **Datenschutz in erster Linie Bürgerschutz** bedeutet. Das heißt, wir wollen die Daten nicht vor den Bürger*innen schützen, sondern wir wollen mit den Daten die Bürger*innen vor anderem Unbill schützen. Da müssen wir aufpassen, dass wir hier keine Verkehrung der Zustände haben.

Fast alle von uns stellen ihre Verkehrsflussdaten – ihre körperliche Anwesenheit auf den Straßen – zur Verfügung, um diese wunderbaren grünen, gelben und roten Linien bei Google Maps einzutragen. Aber kaum einer ist bereit, den eigenen Aufenthaltsort in anonymisierter Form preiszugeben, um Todesfälle bei Covid zu verhindern. Das sind zum Teil erheblich diskussionswürdige und vielleicht auch ethisch zweifelhafte Entwicklungen, derer wir uns in Zukunft annehmen sollten. Haben wir die Vorbereitung auf die zweite Welle hinsichtlich Präventivkonzepten im Sommer verschlafen? Hätten wir mehr tun können, was die Vorbereitung von öffentlichen Räumen, Lüftungstechniken und andere Strategien angeht? Auch da ist bei der Umsetzung von Maßnahmen noch Luft nach oben.

FOLIE 8, SEITE 20 Was wäre, wenn? Man muss sich überlegen – obwohl es zu früh ist, Bilanz zu ziehen –, dass Covid-19 unter der Frage der luftübertragbaren schweren Pathogene im Verhältnis zu denkbaren hochkontagiösen Infektionen eigentlich nur so etwas ist wie ein „**Gruß aus der Küche**“ dessen, was **tatsächlich möglich wäre**. Wenige der Betroffenen sind wirklich schwer krank. Das hat auch bisher unsere gesellschaftliche Logistik im Wesentlichen verschont. Insbesondere die Jüngeren blieben von negativen Konsequenzen der Erkrankung statistisch gesehen weitgehend verschont. Auch das Internet funktioniert weiter. **Wir haben keine Ausfälle in**

den vitalen Bereichen der Produktivität und der Versorgung der Bevölkerung. Das könnte, wenn man an die Spanische Grippe denkt, wo das Symptommaximum eher bei der jüngeren Bevölkerung konzentriert war, auch völlig anders laufen. Es ist jederzeit denkbar, dass so etwas wieder passiert. Wir haben in der Vergangenheit auch den Fehler gemacht, wenn man solche Situationen überwunden hat, sich auf den eigenen Lorbeeren auszuruhen. Man kann darüber spekulieren, was gewesen wäre, wenn die Impfstoffentwicklung für SARS 1 schon bis zum Ende durchgeführt worden wäre und wie wir dann mit dieser Pandemie hätten umgehen können.

FOLIE 9, SEITE 20 Wir sollten für die Zukunft, so wie das jetzt auch mit Elon Musk in Brandenburg ein Thema ist, **mehr an Grundprinzipien denken**. Es ist nicht nur die Frage: Wie können wir in bisherigen Situationen die bisherigen Lösungen mit den bisherigen Interessengruppen weiter schaukeln? Sondern auch: Wie definiert sich innerhalb dieser Maßnahmen unser tatsächlicher Aktionsradius? Was können wir tun und wie können wir die bekannten Elemente zu neuen Lösungen führen? Ähnlich wie die Idee, dass, wenn man Raumfahrt billiger machen möchte, die Raketen eben rückwärts wieder vom Himmel heruntersinken müssen. Das waren Gedanken, die unmöglich schienen oder schwer lösbar und die letzten Endes durch jahrelange Entwicklung von kleinen Personengruppen erhebliche neue Impulse in unseren technischen Fähigkeiten gesetzt haben.

FOLIE 10, SEITE 21 Ein First-Principle-Denken beschäftigt sich mit der Frage: Was wollen wir wirklich erreichen, abseits von einer Stakeholder-Analyse zu den tatsächlichen Zielen? Das machen wir in anderen Gesellschaftsbereichen, zum Beispiel bei der Verkehrssicherheit, bei der Luftsicherheit, bei der Arbeitssicherheit, wo es auch um die Vermeidung vermeidbarer Todesfälle geht. Diese Themen gehen wir unter der Prämisse an: Wir finden es nicht tolerabel, dass überhaupt nur ein vermeidbarer Todesfall auftritt. Wir investieren extrem viel in Prävention und Interzeption von Problemen. Mehrere Tausend Euro stecken in Ihrem Auto in Sicherheitseinrichtungen, die darauf abzielen zu verhindern, dass Sie zu Schaden kommen, wenn Sie in einen Unfall geraten. Wir haben erkannt, dass wir es nicht in die Schuld des Einzelnen stellen können, dass Menschen sich imperfekt verhalten, und dass diese Investition in Prävention massive Gewinne sowohl in sozialer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht abwirft. Das haben wir bisher für das Gesundheitssystem noch nicht verstanden. Insofern

würde ich auch in einer Zukunftswerkstatt daran appellieren, dass man das Grundprinzipiendenken – **First Principle Thinking** – und eine **Vision Zero**, also das Abzielen auf ein **Nulltoleranzmodell für vermeidbare Todesfälle**, in das Zentrum der Überlegungen stellt.

FOLIE 11, SEITE 21 Was wäre in der Pandemieprävention eine Vision Zero? Wir haben zum Beispiel das Problem, dass die **Prävention in der Struktur unseres Gesundheitswesens keinen Eigentümer** hat. Die Rollenzuschreibungen sind sozusagen zusätzliche Nennungen zu schon bestehenden Aufgabenkatalogen, sind oft Papiertiger oder **Lippenbekenntnisse** ohne zum Beispiel planerische oder budgetäre Ausstattung – oder wenn, dann ist sie viel zu schmal. Ein Beispiel ist die Versorgung mit persönlichen Schutzmaterialien – da hat ja auch die KV Aufgaben. Es ist unterschiedlich gelöst im ambulanten und stationären Bereich und hat, wie wir uns erinnern können, zu Anfang überhaupt nicht gut funktioniert. Wir haben auch keine intelligente, rotierende Lagerhaltung unserer tatsächlich konsumierten Gesundheitsverbrauchsmittel, sondern haben eine Vorratshaltung, die zum Teil eher antiquierten Konzepten folgt. Im Bereich der Medikamenten- und Gesundheitsmittelversorgung haben wir zum Teil ein reines Kostenspar-konzept, ohne auf potenzielle Versorgungsengpässe oder andere Dinge abzuheben. Und **insbesondere erheben wir die Daten aus dem Gesundheitssystem nicht in der notwendigen Weise**. Wir können sie nicht in der notwendigen Weise verstehen und analysieren und wir sind auch bisher nicht in der Lage, sie in dem gebotenen Umfang für die Verbesserung des Schicksals unserer Patient*innen systematisch zu nutzen.

FOLIE 12, SEITE 22 Dieses Datenproblem ist ein generelles Problem im Gesundheitssystem. Wo sind die Cluster? Welche Patient*innen sind wirklich krank? Welche Patient*innen mit welchen Vormedikamenten sollten sich besondere Sorgen machen oder eben keine? Welche Vorerkrankungen sind wichtig? Fragen wie diese haben wir in der Pandemie nicht in dem Umfang analysieren können, wie das eigentlich geboten gewesen wäre. Dieses Thema müssen wir in großer Breite nochmal angehen.

FOLIE 13, SEITE 22 Bei der Vorbereitung auf die Pandemie und bei Präventionsmaßnahmen hat sich die Forschung und Entwicklung aus Deutschland hervorragend geschlagen. Zwei der innovativsten Impfstofffirmen sind hier aktiv. Die wissenschaftlichen Netzwerke und die Arbeiten von Herrn Drosten sprechen sowieso für sich, auch

im Bereich der technischen Lieferungen. Wir hatten diese Woche einen Artikel in der „Financial Times“ über die Versorgung von Impfmaterialeien – mit Verpackung und Konfektionierung kommt sehr vieles aus Deutschland.

Wir haben aber auch gelernt, dass aus der Vergangenheit die Endkundennachfrage im Gesundheitssystem keine **Pandemie-Preparedness** erzeugt. Impfstoffe oder auch Antibiotika, die man in einer solchen Situation braucht, werden ja nicht nachgefragt, das heißt, das Gesundheitssystem muss sich darum Gedanken machen, wie man systematisch und prophylaktisch Aufträge generieren kann – wie man die Marktmechanismen in Virologie, Immunologie und Antiinfektiva-Forschung zur Entwicklung und Vorbereitung von Preparedness nutzen kann. Das brauchen wir auch im Bereich der nicht pandemischen Infektiologie, in „normalen“/saisonalen viralen oder bakteriellen Problemprozessen.

Und wir brauchen eine **klare Zuständigkeit, Planung und Budgetierung** dieser Prozesse, um zu einer systematischen Vorbereitung zu kommen. Wir dürfen uns nicht die vielen Gelegenheiten zum Gutausschauen, die uns diese Pandemie gegeben hat, dahin gehend schönreden, dass wir gut vorbereitet waren. Dass Firmen zum Beispiel diese Technologie zur Verfügung haben, hat ja eher etwas damit zu tun, dass es einzelne Individuen gab, die sehr stark davon überzeugt waren, dass man solche Verfahren für die Krebsmedizin einsetzen kann. Wir haben bisher auch eine Menge Windfall Profits gehabt, die nicht wirklich dafür sprechen, dass wir schon gut vorbereitet waren.

FOLIE 14, SEITE 23 Meine letzten Überlegungen gelten der von mir so getauften ICE-Blase. Im Hinblick auf die Städte, die die Bahn nicht mit einem ICE in wenigen Stunden erreichen kann, müssen wir uns fragen: Wie sieht es mit der Qualität der Versorgung aus? **Brauchen wir viele weniger gute Krankenhäuser oder brauchen wir weniger gute Krankenhäuser?** Wir haben gemerkt, dass **in der Pflege stärkere Kostenaufwände, auch stärkere Ausbildungsaufwände dringend erforderlich** sind. Ein First-Principle-Gedanke, den man in diesem Zusammenhang anstellen könnte, wäre: Wo würde ich als Sachverständiger im Gesundheitssystem oder Mensch, der um die verschiedenen Qualitätsschichten der Strukturierung weiß, meine eigenen engsten Angehörigen hinschicken wollen? Es gibt viele Krankenhäuser in Deutschland und jeder Bundestagsabgeordnete verteidigt sozusagen drei von denen. Insofern haben wir da auch strukturelle Diskussionen, die

oft nicht einfach sind. Wir müssen diese Themen intensiv angehen, denn die Ressourcen, die wir zur Verfügung haben, sind endlich.

Damit komme ich zum Schluss. Ich hoffe, dass die Zukunftswerkstatt sehr lebhaft Diskussionen erbringt. Wir haben noch sehr kompetente Vorträge zu erwarten und ich freue mich auf die Interaktion. Vielleicht werden uns ein paar von den innovativen Gedanken, die man auch aus anderen Bereichen des Gesundheitssystems, der Wirtschaft und Gesellschaft übernehmen kann, helfen, uns auf pandemische Verhältnisse und besondere Herausforderungen des Gesundheitssystems gezielt vorzubereiten. Vielen Dank!

— **Elimar Brandt:** Vielen Dank, lieber Herr Professor von Kalle! Ich finde es interessant, worauf Sie mit dem „Gruß aus der Küche“ hingewiesen haben. Das macht uns sicherlich alle hellwach. Gleiches gilt für die Bemerkung, dass die Daten dem Schutz von Bürger*innen dienen sollen und diese nicht vor Daten geschützt werden sollen. Das sind inter-

essante Nuancen, die wir noch weiter zu bedenken haben. Eine Frage gebe ich an Sie weiter: Ist Vision Zero vergleichbar mit den deutlich besseren MRSA-Konzepten der Niederlande im Vergleich zu Deutschland?

— **Prof. Dr. Christof von Kalle:** Die Innovativität der niederländischen Kollegen in der Prävention kann man sehr schön an einer Reihe solcher Projekte sehen, etwa auch bei der Krebsprävention in dem Einladungsverfahren gegen Darmkrebs. Man schaut sich die Prozesse an und fragt: Was will ich inhaltlich am einfachsten erreichen? Wie kann ich den Patienten mit einbeziehen? Was kann der möglicherweise selber beitragen? Da gibt es gute Möglichkeiten. Wie gesagt, wir machen es ja mit großem Erfolg im Bereich der Luftfahrt oder der Arbeitssicherheit. Dort wird jeder Stein umgedreht. Alle sind sich gesellschaftlich einig: Es ist nicht akzeptabel, dass Menschen zu Schaden kommen.

— **Elimar Brandt:** Vielen Dank für dieses sehr bedeutungsvolle Schlusswort!



[→ ards.charite.de](https://ards.charite.de)

SAVE BERLIN @ COVID

Wie sich Berlins Kliniken auf viele Schwerkranke vorbereiten

Als Bereitschaft zu einem Notfallereignis - demnach koordiniert die Charité die Verteilung der Coronaviren-Patienten. Vier Einsatzmöglichkeiten sind vorgesehen.



Aufgaben der Weaning-Zentren im Pandemiefall COVID-19

Herzschrittmacher / Herzschrittmacherfunktion zur Unterstützung des Herzes / Spontane Atemregulation durch die Einsatz der Weaning-Zentren (WZ) SAVE Berlin



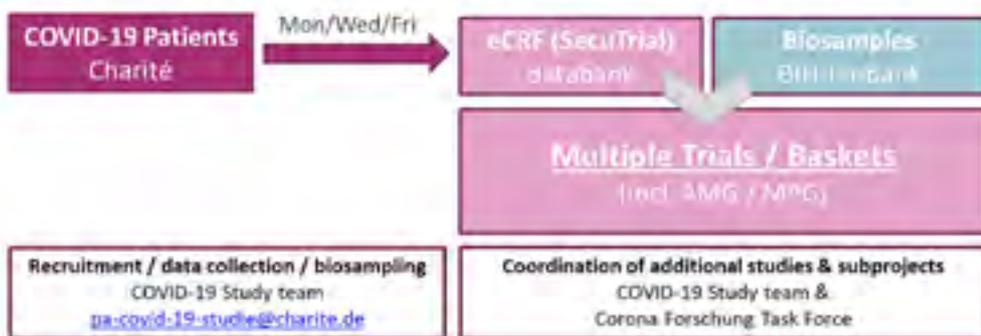
SAVE-KONZEPT	POSTSAVE-KONZEPT	POST-SAVE-KONZEPT
Wiederlegung in Level 1-3 Kliniken, SAVK-Einsatzort	Affiliate Level 1-3 Kliniken, Weaning-Infanterie	Kolonialniveau oder Weaning-Infanterie
Multi-phase	Langzeitweaning	



FOLIE 4

Pa-COVID-19

- Recruitment of all consenting COVID-19 patients at the Charité (EA2/066/20)
- Longitudinal analysis of clinical parameters (eCRF SecuTrial)
- Longitudinal bio-sampling for deep molecular phenotyping (BIH-CRU & BIH-Biobank)
 - Identification of risk factors, prognostic biomarkers and molecular targets for interventions
 - Central clinical platform for additional observation and interventional trials (AMG / MPG)



```

            graph TD
            A[COVID-19 Patients Charité] -- Mon/Wed/Fri --> B[eCRF (SecuTrial) database]
            A -- Mon/Wed/Fri --> C[Biosamples BIH Biobank]
            B --> D[Multiple Trials / Baskets incl. AMG / MPG]
            C --> D
            E[Recruitment / data collection / biosampling COVID-19 Study team pa-covid-19-studie@charite.de]
            F[Coordination of additional studies & subprojects COVID-19 Study team & Corona Forschung Task Force]
            D --- E
            D --- F
            
```



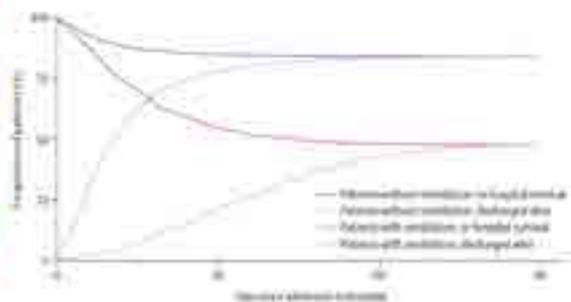
FOLIE 5

COVID-19 - Klinik / Survival



Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study

<https://doi.org/10.1093/ckp/cqaa001>



FOLIE 6

Covid-19 Pandemie: Was lief weniger gut in Deutschland?

Wir waren nicht wirklich vorbereitet.

Es gibt möglicherweise große Unterschiede in der regionalen Erfolgsquote von Prävention und Therapie.

Wir sind digital naiv. Datenschutz ist Bürgerschutz.

Haben wir den Sommer verschlafen?



FOLIE 7

Covid-19 Pandemie: Was wäre wenn?

COVID-19 war nur „ein Gruß aus der Küche“ im Verhältnis zu denkbaren hochkontagiösen Infektionen

Wenige sind wirklich krank. Die Logistik blieb verschont.

Jüngere bleiben verschont. Das Internet funktioniert.

Werden wir uns wieder auf den Lorbeeren ausruhen?



FOLIE 8

First Principles Thinking - Grundprinzipien

- Was ist unsere bisherige Meinung?
- Was definiert unseren Aktionsradius
- Wie kombinieren wir diese Elemente zu neuen Lösungen



FOLIE 9

Vision Zero

- Focus on fatalities and serious injuries
- Flaws in the transportation system identified as cause of collisions
- Focus on perfecting road system for imperfect human behavior
- Safety initiatives reduce societal costs



- Traditional thinking**
- Focus on overall collision rates
 - Human error identified as cause of collisions
 - Focus on perfecting human behavior on an imperfect road system
 - Safety initiatives are costly



FOLIE 10

Pandemie Prävention: Was wäre eine Vision Zero?

Pandemie Prävention hat keinen Eigentümer.
Bisherige Rollenzuschreibungen sind oft Papiertiger oder Lippenbekenntnisse.

Versorgung mit PPE? (KV – ambulant – stationär)

Intelligente rotierende Lagerhaltung vs Staubige Keller

Ist billig zu teuer? Versorgungsengpässe und Logistik

Daten erheben – Daten verstehen – Daten nutzen



FOLIE 11

Data Protection vs Patient Protection

Patient and Providers are confronted by a **Data Jungle**.
 There is no overview which data are kept where, by whom or in what format.
 Data has to be chased **actively and analogously**.



FOLIE 12

Marktmechanismen der Pandemievorbereitung:

F & E aus D haben sich hervorragend
geschlagen

Lehren aus der Vergangenheit:
Endkundennachfrage
steuert keine Preparedness

Systematische und prophylaktische
Beauftragung von Virologie, Immunologie
und Antiinfektiva Forschung und
Entwicklung

Systematische Adressierung auch der
nichtpandemischen Infektiologie
(Viren, Bakterien)

Klare Zuständigkeit, Planung, Budgetierung
und Vorbereitung von systemischer
Preparedness.



FOLIE 13

Ausserhalb der ICE Blase:

Brauchen wir weniger gute Krankenhäuser?

Oder weniger gute Krankenhäuser?

Oder wo genau würden Sie Ihre engsten Angehörigen hinschicken?



Zahl der Krankenhäuser 2020

ca. 1900

Zahl der Bundestagsabgeordneten

ca. 709

FOLIE 14

Vielen Dank!

BIH Berlin Institute of Health
Charité & MDC

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

NCT

FOLIE 15

5. Erfahrungsberichte aus dem Gesundheitswesen



Holger Rostek, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

Die Sicht der ambulanten Versorgung

— **Elimar Brandt:** Meine Damen und Herren, wir kommen nun in die unmittelbare Versorgungsregion Brandenburg-Berlin. Wir haben drei Beiträge aus der Praxis unserer beiden Bundesländer. Zunächst geht es um die ambulante Versorgung, danach um die stationäre Versorgung in den ländlichen Regionen und schließlich um den Metropolraum. Und das immer unter dem Aspekt: Wie haben wir die Pandemie erlebt? Wie konnten wir darauf reagieren und was lernen wir daraus? Was müssen wir unbedingt als Marktposten mitnehmen für die Zukunft, insbesondere in der Gestaltung unserer Zusammenarbeit zwischen den beiden Ländern und in den einzelnen Regionen?

Der Erste, der jetzt spricht, ist der stellvertretende Vorsitzende der KV Brandenburg, Holger Rostek. Wir haben uns in der Phase kennengelernt, in der wir um die Schutzmaßnahmen, -kittel und was auch immer gerungen haben. Lieber Holger, es ist schön, dass wir einen Einblick in eure Arbeit bekommen, in dem weit gefächerten ambulanten Bereich in Brandenburg. Bitte!

— **Holger Rostek:** Danke schön für die Gelegenheit, den Brandenburger Weg vorzustellen. Ich möchte gerne erläutern, welches die Herausforderungen in Brandenburg waren, auch im Vergleich zu Berlin, und wie die Zusammenarbeit war. Da gibt es schon wesentliche Unterschiede.

FOLIE 2, SEITE 28

Berlin hat 3,7 Millionen Einwohner*innen – 1,2 Millionen mehr als Brandenburg, und das auf einer viel kleineren Fläche. **Brandenburg ist fast 30-mal so groß.** Es gibt einerseits sehr ländliche, extrem dünn besiedelte Regionen, andererseits den Berliner Speckgürtel. Wir haben es also mit einer **sehr unterschiedlichen Klientel** zu tun. Dazu kommt, dass die Brandenburger Bevölkerung im Durchschnitt etwas älter und der Anteil älterer Personen somit höher ist als in Berlin. Dies gilt übrigens auch für die Ärzt*innen.

FOLIE 4, SEITE 29

In Brandenburg müssen andere Entfernungen als in Berlin überwunden werden. Wenn wir von Potsdam aus nach Perleberg fahren, um Schutzausrüstung in die Praxen zu liefern oder eine Informationsveranstaltung für unsere Ärzte abzuhalten, sind wir mindestens zwei Stunden unterwegs. Das Gleiche gilt für Elsterwerda. **Um einmal durch unsere KV-Gebiete zu kommen, brauchen wir bis zu fünf Stunden.** Wenn man in Berlin zu einer Arztpraxis oder Abstrichstelle zehn U-Bahn-Stationen fahren muss, gilt das schon als grenzwertig. In Brandenburg würde man sich über eine Abstrichstelle in einem Umkreis von weniger als 20 Kilometern freuen.

FOLIE 5, SEITE 29

Was haben wir in Brandenburg während der Pandemie gemacht? Wir hatten Testzentren oder sogenannte Abklärungsstellen aufgebaut. Wir waren von den ostdeutschen Ländern das Bundesland mit den **meisten Abklärungsstellen vor Ort**, um genau dieses flächendeckende System hinzubekommen. In Berlin gibt es weniger, dafür viel größere Testzentren – mit eigenen Problemen. Unsere über 50 Abstrichstellen waren kleiner. Das ist eine ganz andere logistische Herausforderung. Wir haben diese nicht alle selber betrieben, sondern in **Kooperation** mit Krankenhäusern, Gesundheitsämtern und dem Deutschen Roten Kreuz (DRK). Die meisten Abstrichstellen wurden von unseren Mitgliedern **dezentral organisiert**, das ist die Besonderheit in Brandenburg.

Uns war klar, dass wir es nicht schaffen, in Perleberg oder Eberswalde ein Abstrichzentrum aus Potsdam heraus zu planen und zu besetzen. Wir haben stattdessen **Rahmenbedingungen geschaffen** und auf die **Selbstorganisation** in den Regionen gesetzt, was sehr gut funktioniert hat. Es haben sich Hausärzt*innen mit dem Gesundheitsamt oder dem DRK zusammengetan und **lokale Lösungen** entwickelt. Wir haben sie mit persönlicher Schutzausrüstung und Laborkapazität unterstützt und Vergütungsregeln aufgestellt. Wir benötigten eine ganz **andere Logistikket-**

te, um diesen Flächenbedarf zu decken. Natürlich war der Personalbedarf pro Testzentrum geringer als in Berlin, wo es wenige, aber zentrale Punkte gibt.

FOLIE 6, SEITE 30 Wie haben wir diese Logistik hinbekommen? Wir haben den **Fahrdienst des DRK** genutzt. Das war ein Glücksfall, weil Schulkinder nicht mehr gefahren und auch kaum noch Patienten transportiert wurden. Daher stand das DRK zur Verfügung. In einer alten ATU-Halle in Potsdam haben wir das Material eingelagert. Von dort aus hat das DRK mit über 30 Fahrzeugen Schutz-ausrüstung in die Abstrichstellen und Arztpraxen in ganz Brandenburg gebracht.

Es war unser Ziel, dass dieses Material spätestens nach 48 bzw. 72 Stunden in den Arztpraxen vor Ort ausgeliefert ist. Wir wollten nicht, dass unsere Ärzt*innen zu zentralen Stellen fahren müssen. Auch zentrale Hausarztpraxen als Zwischenlager waren in der Pandemie keine Option. Daher haben wir beschlossen, das Material mit dem Fahrdienst des DRK im Wochenrhythmus auszufahren, teilweise auch zweimal pro Woche. Bei jeder Tour sind über 40.000 Kilometer zusammengekommen. Der Auslieferungsvorgang hat immer innerhalb von 48 Stunden geklappt. **Wir haben es geschafft, die 50 Abklärungsstellen – wenn sie Bedarf an Material angemeldet hatten – binnen 48 Stunden zu beliefern.** Das war eine Herausforderung. Wir als KV sind nicht gerade die Praktiker für Logistik oder Materialverteilung. Wir sind eher eine Behörde oder Verwaltungseinheit mit Mitgliedern, die vor Ort die Arbeit machen. Wir haben andere Probleme als die Kolleg*innen in Berlin, die das in einer Messehalle zentralisiert machen konnten, dort aber mit dem Problem leben mussten, dass Hunderte von Ärzt*innen gleichzeitig kamen und Material brauchten.

FOLIE 7, SEITE 30 Das zweite Problem war: Wie kommunizieren wir? Wenn ich möchte, dass in allen Landkreisen und Regionen Testzentren entstehen und wir vor Ort die Selbstorganisation unterstützen, können wir nur einen Rahmen und Informationen geben. Deswegen war es wichtig, dass wir **mit allen 18 Landkreisen und kreisfreien Städten in Kontakt** waren. Das war spannend. Wir haben **Regionalbeauftragte** – Ärzt*innen vor Ort – bestimmt, die waren unsere Multiplikator*innen. Wir haben zudem **Bereitschaftsdienstbeauftragte**, weil man in einer Pandemie auch den Bereitschaftsdienst nachts und am Wochenende anders organisieren und ausrüsten muss.

Wir hatten unsere eigenen 36 Abklärungsstellen, 19 Abklärungsstellen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und den Logistikpartner. Dazu haben wir einen permanent besetzten **Kommunikationsstab** mit acht Mitarbeiter*innen eingerichtet, sodass jeder unserer Partner eine feste Ansprechperson und Stellvertreter hatte. Jeden Morgen haben wir unsere Mitarbeiter*innen informiert: Was liegt an? Wie ist die Lage? Sie haben anschließend mit den Landkreisen und Partnern telefoniert. Dazu kamen größere Telefon- und Videoschalten. Es war wichtig, die **lokalen Probleme zu bündeln**. Wir waren hier das zentrale Koordinationszentrum.

FOLIE 8, SEITE 31 Ein zweites System, das erstaunlich gut funktioniert hat, ist die **Initiative Gesundheitswirtschaft Brandenburg e.V.** Dies ist ein spannender Zusammenschluss von Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen, die sich regelmäßig austauschen – ein lockerer Verbund, der die Interessen auch Richtung Politik vertritt. In diesem Kreise haben wir uns zusammengetan und mit Videokonferenzen angefangen. Das war eine extrem gute **Kommunikationsplattform**. Es waren viele Geschäftsführer von (Reha-)Kliniken und Pflegeeinrichtungen dabei sowie Vertreter*innen aus der KV, der Industrie und dem Ministerium. Es war also keine politische Runde, sondern eine sehr praktische.

Wer hat welche Erfahrung gemacht? Wie sieht es mit der persönlichen Schutz-ausrüstung aus? Wer hat noch welche bekommen? Kann jemand aushelfen? Es war für uns das **zentrale Gremium**, in dem wir über die Sektorengrenzen hinweg Informationen zur aktuellen Lage im ambulanten und stationären Bereich austauschen konnten. Das geht bei offiziellen, größeren Telefonschalten meistens unter. Es war eine sehr befruchtende Runde, in der wir das ganze **Thema sektorenübergreifend gemanagt** haben. Das hat Spaß gemacht, und diese Zusammenarbeit lebt gerade wieder auf. In dieser zweiten Welle wollen wir uns wieder austauschen und klären: Wo können wir uns gegenseitig helfen? Und wir stehen vor der großen Herausforderung des Impfens.

FOLIE 9, SEITE 31 Wir haben mittlerweile deutlich weniger Testzentren. Wir testen zwar deutlich mehr, aber diese dezentrale Struktur hat sich mehr verfestigt. In den einzelnen Regionen ist man aus den Testzentren in Schützenhallen, Foyers, Stadthallen etc. ausgezogen. Die Ärzt*innen machen das nun in ihren Praxen. Es **gibt in vielen Arztpraxen Covid-Abstrichzeiten** oder die Hausärzt*innen

testen direkt. Somit haben wir es geschafft, mit dem Testen in den Routinebetrieb zu gehen. Das ist unsere zweite Dezentralisierungsstrategie. Wir möchten, dass das in den Regelbetrieb hineinkommt – das ist natürlich eine zusätzliche Belastung unserer Ärzt*innen, aber es gehört eigentlich in die Praxen. Jetzt, da wir genügend Schutzmaterial haben, kriegen wir das auch wieder hin. Es ist eine **stufenweise Dezentralisierung** dieser Aufgabe. Das kann auch ein **Vorbild für das Thema Impfen** sein.

FOLIE 10, SEITE 32

Beim Impfen haben wir das gleiche Problem, dass wir es in die Fläche ausrollen müssen. In Potsdam kann man, wenn es rechtlich erlaubt ist, nach Berlin fahren – das ist ein Katzensprung. Aber wie wir nach Perleberg kommen oder an die polnische Grenze, das ist ein wirkliches Problem. Wir sehen im Speckgürtel einen Synergieeffekt mit Berlin, aber die Fläche macht uns Sorgen. Wir als KV, das ist noch nicht abgesprochen mit dem Land, denken an zehn Impfzentren. Wir werden also mehr haben als Berlin, genau wie bei den Testzentren. Der planerische und logistische Aufwand hierfür wird noch deutlich höher sein, weil der Impfstoff besonders ist und wir ganz andere Mengen durchschleusen. Daher wird das eine aus meiner Sicht sehr spannende Zusammenarbeit.

FOLIE 11, SEITE 32

Welches Zwischenfazit ziehe ich? Aus dem Austausch mit unseren KV-Kolleg*innen in Berlin können wir sagen: Es ist ein erheblicher Unterschied, ob Sie so etwas im Ballungszentrum oder im Flächenland managen. Im Speckgürtel oder an den Grenzen vermischt es sich etwas. In dünn besiedelten Gebieten ist die Lage anders als in Charlottenburg oder Kreuzberg. Daher sind die **Synergieeffekte im operativen Geschäft überschaubar**. Aber was wichtig ist – und das hat gut geklappt: **Erfahrungen zu den Abläufen auszutauschen**. Da kann man sich als ländliches Gebiet etwas von einem großen Impfzentrum anschauen.

FOLIE 12, SEITE 33

In einem Flächenland, wo ich bis zu drei Stunden mit dem Auto von A nach B brauche, muss ich die **Selbstorganisation vor Ort** unterstützen und dort **sektorenübergreifend die Akteur*innen einbinden**. Vor Ort gibt es einen Ansprechpartner aus dem KV-System, einen Vertragsarzt, der organisiert und den wir dabei unterstützen. Dem vertrauen wir auch, dass er das hinkommt. Was wir aber brauchen, ist ein Rahmen. Deswegen haben wir mit unseren Leuten vor Ort ein **Corona-Konzept** entwickelt, das mittlerweile 40 Seiten umfasst. In diesem Rahmen bewegen wir uns. Es enthält auch **Aus-**

baustufen, wenn es schlimmer oder ruhiger wird – das war ganz wichtig. **Juristische und planerische Rahmen sind zwingend notwendig**. Es muss Leitplanken geben, wie man das angeht: eine **Logistikkette**, ein gewisses Maß an **Kontrolle** und eine **Hotline**, mit der man das abstimmen kann. Sie brauchen eine gute Abstimmung mit allen Akteur*innen vor Ort. Das passt zu unserem Leitbild: **Versorgung gemeinsam gestalten** – vor Ort, nicht als Einzelkämpfer und erst recht nicht zentralistisch aus Potsdam heraus. Vielen Dank!

— **Elimar Brandt:** Das erwidern wir gerne – vielen Dank, lieber Holger Rostek, für diesen interessanten Einblick. Das war wirklich eine Meisterleistung in der Logistik, die ihr vollbracht habt. Was du eben erwähnt hast, habe ich auch mit erlebt: dass es eine Videoschleife mit den Praktikern gab. Lohnt es sich auch über Corona hinaus bei herausfordernden Aufgaben, das zu installieren?

— **Holger Rostek:** Ja, ich kann das nur begrüßen. In dieser Praktikerrunde hat jeder über seine Probleme aus dem Nähkästchen geplaudert. Dadurch entstand Verständnis – und beispielsweise eine größere Bereitschaft in der ambulanten Medizin, bei Engpässen in Notaufnahmen gegenzusteuern. Das war immer eine wichtige Interaktion und Motivation. Wenn wir erfahren, was nicht gut läuft, strengen wir uns an, das im Vorfeld besser hinzukriegen.

— **Elimar Brandt:** Ich habe das auch so wahrgenommen und genossen, diese Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Oft waren wir Blöcke, aber die Pandemie hat uns sehr stark zusammengeführt. Müssen wir dafür nicht nur informelle Formen finden, sondern auch feste Strukturen für die Zukunft?

— **Holger Rostek:** Ja. Wir müssen aber auch ehrlich und selbstkritisch zugeben, dass auch viel schiefgelaufen ist. Mit einigen Situationen würden wir beim nächsten Mal anders umgehen. Dennoch sollten wir uns wirklich häufiger austauschen und einen Rahmen dafür finden. Wir haben doch alle das gleiche Ziel: Wir wollen die Gesundheit in unseren Regionen fördern und sicherstellen. Das können wir nur, indem wir einen guten Job machen – und zu einem guten Job gehört, dass es unseren Mitgliedern und Mitarbeiter*innen gut geht. Wir brauchen gute Arbeitsbedingungen im medizinischen Umfeld, um eine Topleistung für unsere Bevölkerung zu erbringen. Wir verfolgen also das

gleiche Ziel, starten nur manchmal von verschiedenen Punkten aus.

— **Elimar Brandt:** Schönen Dank und gutes Gelingen für alles Weitere!

Zukunftswerkstatt - Innovative Versorgung

Zukünftige länderübergreifende Versorgung mit und nach Corona



Holger Rostek
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes
Geschäftsbereich 3
20.11.2020

VERSORGUNG GEMEINSAM GESTALTEN



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Zukunftswerkstatt – Innovative Versorgung Berlin - Brandenburg



■ Berlin:	3,7 Millionen Einwohner	892 km ²	52 KH
■ Brandenburg:	2,5 Millionen Einwohner	29.654 km ²	50 KH
■ Berlin:	Durchschnittsalter der Bevölkerung	43 Jahre	
■ Brandenburg:	Durchschnittsalter der Bevölkerung	47 Jahre	

Mehr als 1/3 der Ärzte in Brandenburg ist über 60 Jahre.

Zukunftswerkstatt – Innovative Versorgung Brandenburg



Zukunftswerkstatt – Innovative Versorgung Brandenburg – ein Flächenland!



Zukünftige länderübergreifende Versorgung mit und nach Corona

20.11.2020, © KVBB

4

FOLIE 4

Zukunftswerkstatt – Innovative Versorgung Übersicht Abklärungsstellen_02.05.2020



Zukünftige länderübergreifende Versorgung mit und nach Corona

20.11.2020, © KVBB

5

FOLIE 5

Zukunftswerkstatt – Innovative Versorgung Logistische Probleme



- ! DRK mit über 30 Fahrzeugen
- ! 4.200 Praxen innerhalb von 48 h angefahren
- ! über 40.000 km je Tour
- ! von der Anlieferung bis in die Praxis < 3 Tage
- ! Abklärungsstellen innerhalb von 48 h



Zukünftige länderübergreifende Versorgung mit und nach Corona



20.11.2020, © KVBB

6

FOLIE 6

Zukunftswerkstatt – Innovative Versorgung Kommunikations- und Pandemiepartner



- ! 18 Landkreise und kreisfreie Städte und das Gesundheitsministerium
- ! 45 Regionalbeauftragte (Praxisinhaber vor Ort)
- ! 13 Bereitschaftsdienstbeauftragte (Praxisinhaber vor Ort)
- ! 36 Abklärungsstellen, dezentral durch KVBB-Ärzte vor Ort betrieben
- ! 19 Abklärungsstellen durch ÖGD, DRK und Krankenhäuser betrieben
- ! Logistikpartner DRK, Beschaffungsstellen, Lieferanten

Kommunikationsteam von 8 Mitarbeitern –
Jeder Partner hatte einen festen Ansprechpartner (plus Vertreter).

Zukünftige länderübergreifende Versorgung mit und nach Corona

20.11.2020, © KVBB

7

FOLIE 7

Zukunftswerkstatt – Innovative Versorgung Praktiker-Netzwerk



- Initiative Gesundheitswirtschaft Brandenburg e.V.
- Kliniken, Reha-Kliniken, Pflegeeinrichtungen, KV, Industrie, Ministerium, Krankenkassen
- informeller Austausch der „Praktiker“, regelmäßig!
- über 25 Teilnehmer in Videoschalte
- sektorenübergreifende Plattform, Situationsbeschreibungen, Ideen, Probleme, Kooperationen



Zukünftige länderübergreifende Versorgung mit und nach Corona

20.11.2020, © KVBB

FOLIE 8

Zukunftswerkstatt – Innovative Versorgung Übersicht Abklärungsstellen_07.09.2020



Zukünftige länderübergreifende Versorgung mit und nach Corona

20.11.2020, © KVBB

FOLIE 9

Zukunftswerkstatt – Innovative Versorgung Impfen?



- ! Auch beim Impfen müssen wir für die Fläche planen.
- ! Im Speckgürtel ggf. Synergien mit Berlin
- ! Wir denken an 10 Impfzentren, vermutlich mehr ...
- ! Der planerische und logistische Aufwand ist immens!

Zukunftswerkstatt – Innovative Versorgung Fazit – ambulante Zusammenarbeit Berlin-Brandenburg



- ! Das Managen einer Pandemie in einem Ballungsraum und einem Flächenland unterscheidet sich deutlich!
- ! Es gibt eine gute Zusammenarbeit der beiden KVen, bei Ideen, Konzepten und Abstimmungen, Logistik.
- ! Im „Speckgürtel“ gibt es einige operative Synergie-Effekte, **in der Fläche aber kaum.**

Zukunftswerkstatt – Innovative Versorgung

Fazit – Pandemie in einem Flächenland



- In einem Flächenland müssen wir die „Selbstorganisation“ vor Ort unterstützen und alle lokalen Akteure einbinden und ihnen vertrauen.
- Diese lokalen Aktivitäten müssen aber einen Rahmen haben, Vorgaben bekommen, gesteuert und landesweit koordiniert werden.
- Es muss eine gute Abstimmung mit allen Akteuren, aus allen Bereichen geben. Dies war und ist der Schlüssel zum Erfolg.
- Leitbild der KVBB:

Versorgung gemeinsam gestalten!

Zukunftswerkstatt - Innovative Versorgung Brandenburg - Berlin



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Dr. med. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH, Eberswalde

Die Sicht der stationären Versorgung im ländlichen Raum

— **Elimar Brandt:** Meine Damen und Herren, wir reisen jetzt in den ländlichen Raum nach Eberswalde. Liebe Frau Dr. Miroslau, ich freue mich sehr, dass wir Sie wieder dabei haben. Wir beide haben uns bei der Zukunftswerkstatt kennengelernt, als es um die Pädiatrie ging. Sie haben sehr viel in der Neonatologie bewirkt und sind eine sehr kreative, engagierte Persönlichkeit. Schön, dass du heute als Aktivistin im Cluster für die innovative Versorgung zu uns sprichst. Du hast die Verantwortung im ländlichen Raum in einer großen Klinik mit einem vielgestaltigen Aufgabengebiet. Wie ist es euch in der Pandemiezeit ergangen und was möchtest du uns ins Stammbuch schreiben, was wir unbedingt für die Zukunft erhalten müssen? Bitte schön, liebe Steffi!

— **Dr. med. Steffi Miroslau:** Ganz herzlichen Dank – den möchte ich vor allem auch den Wissenschaftler*innen und Politiker*innen aussprechen, die diese Corona-Krise bewältigen müssen. Ich nehme sehr gerne das Wort der Ministerin Nonnemacher auf, die gesagt hat, dass die Pandemie ein Brennglas für die weitere Entwicklung der Versorgung im ländlichen Raum ist.

FOLIE 3, SEITE 38

Wir sind im Nordosten Brandenburgs aktiv – ich bin nur eine von 3.600 Mitarbeiter*innen. Wir sind mitten in der Corona-Pandemie; bisher haben wir das in unserer Versorgungsregion ganz gut gemanagt. Ich möchte nun auf die Ausgangslage der ländlichen Versorgung eingehen – wir kennen die Bertelsmann-Studie aus dem letzten Jahr – und einige Beispiele nennen sowie eine Zusammenfassung geben.

FOLIE 4, SEITE 38

Vor Kurzem hat die Bundesregierung den dritten Bericht zur Entwicklung ländlicher Räume vorgestellt. Wenn man über ländliche Räume in Bezug auf die Erreichbarkeit von Hausärzt*innen redet, fällt das Land Brandenburg auf, insbesondere die Region Uckermark. Hier war es schon vor der Pandemie problematisch, eine flächendeckende Versorgung vorhalten zu können. 20 Prozent Deutschlands sind Flächenländer; sie haben keine große Lobby. Ärzt*innen, die im ländlichen Bereich arbeiten, wurden häufig auch in den Kliniken vor Ort ausgebildet.

FOLIE 5, SEITE 39

In dem am 6. Oktober 2020 veröffentlichten Bericht von Prof. Augurzky ist von einem „Zieldreiklang“ die Rede: einer vorrangigen Orientierung am Patient*innenwohl, einer hohen Versorgungseffizienz und einer flächendeckenden Erreichbarkeit der Versorgungsangebote. In der Corona-Pandemie brauchen wir zudem eine gewisse Robustheit der Versorgung. Der Bericht fordert eine Überwindung der bestehenden Sektorengrenzen, die auch während der Corona-Pandemie eines der wesentlichen Probleme darstellten. Eine der sieben Empfehlungen zu Versorgungsstrukturen lautet, dass die sektorenübergreifende Versorgung verwirklicht werden soll. Dabei gilt es vor allem, Anreize zur stärkeren Ambulantisierung zu setzen, insbesondere in den ländlichen Regionen.

FOLIE 6, SEITE 39

Auch der Präsident der Bundesärztekammer, Klaus Reinhardt, spricht sich für eine flächendeckende Versorgung aus. Wettbewerb allein könne das im ländlichen Raum nicht richten, weil es häufig nur noch einen Versorger gebe.

FOLIE 7, SEITE 40

Bereits vor zwei Jahren ist die Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet worden. Auch sie setzt sich für eine sektorenübergreifende, gute medizinische Versorgung ein – unabhängig von Alter, Wohnort und Geldbeutel. Auf die zu erwartenden Ergebnisse in Zusammenarbeit mit den Ländern ist die Ministerin schon eingegangen, ebenso wie auf das Problem, dass das Einbeziehen der Flächenländer manchmal etwas zu kurz kommt.

FOLIE 8, SEITE 40

Am 2. Oktober 2020 fand die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg statt, bei der auch Gesundheitsministerin Ursula Nonnemacher, Daniela Teichert von der AOK Nordost und Dr. Andreas Gassen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sprachen. Am Ende stand dort ebenfalls die Erkenntnis, dass die intersektorale Zusammenarbeit die Zukunft der medizinischen Versorgung im Land Brandenburg ist – auch unter Corona-Bedingungen. In Prenzlau beispielsweise hat ein Arzt für einen Zeitraum von zwei Jahren die Ermächtigung, dort Endoskopien durchzuführen. Das sind inzwischen circa 3.000 im Jahr – und das hängt alles an einer Person. In einem Nachbarkreis ist dieser eine Arzt mal über Monate ausgefallen. Dann kollabiert diese Versorgungsstruktur sofort. Wir werden uns bald wieder inhaltlich auf die elektiven Prozesse konzentrieren wollen und müssen, auch mit der Pandemie. Da sind diese diagnostisch-therapeutischen Aspekte besonders wichtig.

FOLIE 9, SEITE 41

Durch einen disruptiven Faktor, welcher das auch immer ist, können im ländlichen Bereich Versorgungsstrukturen wegbrechen. In diesem Bericht geht es um ein Perinatalzentrum in Brandenburg und das parallele Wirken von Corona-Pandemie, Strukturbereinigung im Gesundheitswesen und wirtschaftlichem Druck, insbesondere auf die kleinen Häuser. Wir reden hier über Entfernungen von 70 bis 100 Kilometern. Frau Ministerin Nonnemacher hat dieses Beispiel gegenüber Herrn Spahn richtigerweise als einen Kollateralschaden für das Land Brandenburg bezeichnet. Wir haben drei Jahre vorher versucht – weil es absehbar war, dass irgendein disruptiver Faktor wirkt –, innovative Dinge wie ein Innovationsfonds-Projekt, einen IV-Vertrag oder Telemedizin zu installieren. Wir haben viel Bereitschaft bei den Kooperationspartnern gesehen, aber keine Realisierung, weil es dafür zu diesem Zeitpunkt und auch jetzt keine entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen gibt.

FOLIE 10, SEITE 41

Die Ministerin setzt sich dafür ein, die Standorte in Brandenburg aufrechtzuerhalten und die Kliniken weiterzuentwickeln. Die Frage ist nur, wie, über alle Institutionen hinweg.

FOLIE 11, SEITE 42

Wir müssen auch zur Kenntnis nehmen, dass wir im Bereich der Digitalisierung im europäischen Maßstab noch viel Luft nach oben haben. Deshalb sind wir sehr froh über das Krankenhauszukunftsgesetz. Insbesondere für die Versorgung in ländlichen Gebieten ist das ein extrem wichtiger Faktor. Dieses von Frau Prof. Sundmacher verfasste Gutachten zur Weiterentwicklung

der Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung zeigt, dass es trotz aller Bemühungen vieler Kolleg*innen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung einen tiefen Graben gibt. Das können und sollten wir uns auch aufgrund des Fachkräftemangels nicht mehr leisten. Wir wissen alle, wie wir die 67-jährige Patientin mit Diabetes Typ 2, Hypertonie und Rückenschmerzen effektiver versorgen könnten – wenn wir es denn dürften.

FOLIE 12, SEITE 42

Das Beispiel der Schlaganfallversorgung ANNOTeM zeigt, wie wir durch Zentralisierung und Vernetzung Qualität, Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit gewährleisten können. Wir haben im Martin Gropius Krankenhaus eine überregionale Stroke Unit und am Werner Forßmann Krankenhaus eine große Intensivstation, Stufe 1 der umfassenden Notfallversorgung, auch aufgrund der Qualität im ERIC-Projekt. Sie zählen zu den ersten Häusern, die neben der Charité eine 24/7-Konzil- und Qualitätssicherungsmöglichkeit bieten sowie die Möglichkeit einer interventionellen Schlaganfalltherapie.

Gleichzeitig haben wir uns darum gekümmert, dass auch am Standort Prenzlau das Innovationsfonds-Projekt ANNOTeM etabliert wird. Mithilfe der Verbindungen in das WFK und MGKH bekommen Patient*innen eine sehr gute Versorgung und müssen nur verlegt werden, wenn sie davon profitieren. Darauf folgt die Verlegung in die Fachklinik Wolletzsee zur Früh-Reha-Phase B, C und D. Dort haben wir übrigens eines der modernsten Gangstudios eingerichtet. Nun ist es bisher so, dass meines Wissens die Innovationsfonds-Projekte nicht sicher in die Regelfinanzierung überführt werden. Es ändert sich 2021 auch wieder der aG-DRG-Katalog. Davon ist die neurologische Komplexbehandlung betroffen, sodass wir wieder einen dieser vielen disruptiven Punkte haben. Wir versuchen weiterhin mit großem Aufwand, diese sicheren Versorgungsstrukturen, die es besonders unter Pandemiebedingungen braucht, zu gewährleisten.

FOLIE 13, SEITE 43

Auch im Onkologischen Zentrum ist es uns am Standort Prenzlau gelungen, eine qualitativ hochwertige Versorgung aufrechtzuerhalten – mit Telemedizin, die wir übrigens schon seit über zehn Jahren nutzen. Dennoch sind das vulnerable Strukturen. Es gäbe vielleicht die Möglichkeit einer Institutsambulanz, momentan gibt es eine KV-Bemächtigung. Die 116b-Ambulanz ist ein immenser bürokratischer Aufwand; sie hat unter vielem anderen zum Beispiel 45 Kooperationsverträge von mehreren Seiten zum Inhalt. Aber auch da gelingt es uns momentan mit

sehr großem finanziellem Aufwand und dem großen Engagement aller Beteiligten, die gleiche Qualität in der ländlichen und in der zentralisierten Versorgung aufrechtzuerhalten und beides miteinander zu vernetzen.

FOLIE 14, SEITE 43 Die Augenklinik Eberswalde ist ein besonderes Beispiel. Als einzige Augenklinik im Nordosten Brandenburgs versorgt sie die insgesamt 400.000 Einwohner*innen im Barnim, der Uckermark und Märkisch-Oderland. Vor zwei Jahren hatten wir nur noch zwei Ärzte in der Klinik. Trotzdem ist es uns gelungen, einen KV-Sitz zu erwerben, sodass wir jetzt glücklicherweise wieder sieben Augenärzt*innen beschäftigen, die eine qualitativ hochwertige stationäre Betreuung des gesamten Spektrums in der Augenheilkunde vorhalten. Es besteht zudem die Möglichkeit, Augenärzt*innen für die Region auszubilden. Allerdings gelingt das momentan nicht wirtschaftlich erfolgreich.

FOLIE 15, SEITE 44 Meine abschließenden Empfehlungen bekommen unter Corona-Bedingungen nochmal eine besondere Dynamik. Uns geht es darum, Menschen – verlässliche Kooperationspartner – einzuladen, mitzumachen und Anreize zu setzen, stationär-ambulante Versorgung zu realisieren. Wenn wir in den Regionen so weitermachen wie bisher, wird es durch wirtschaftlichen Druck und Bürokratie zu einer Strukturbereinigung der Flächenversorgung kommen. Das wird im Land Brandenburg mit seinen teils entvölkerten Gebieten langsam zeitlich schwierig. Besonders in der ländlichen Versorgung wirken sich die gesamten Faktoren aus – Mindestmengen, Strukturprüfungen, Personaluntergrenzen, das MDK-Reformgesetz, Komplexbehandlungen, eine überregulierte Dokumentation und die Folgen der Corona-Pandemie.

FOLIE 16, SEITE 44 Wir sind uns alle einig, dass die sektorenübergreifende Versorgung verbessert werden muss. Und wir sind uns alle darüber im Klaren, dass Qualität, Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit garantiert sein müssen. Mit den gegenwärtigen rechtlichen Bestimmungen gelingt uns das manchmal punktuell mit großem Aufwand in jeder Beziehung. Wir sind der festen Überzeugung, dass eine kurzfristige Änderung der gesetzlichen Bestimmungen notwendig ist: entweder eine Öffnung des SGB V, Institutsambulanzen oder andere innovative Vorhaben. Wir arbeiten sehr gut mit der KV zusammen. Wenn wir aber immer nur dann die ländliche Versorgung sichern können, wenn wir in die Konkurrenz zur KV gehen, wird das in Zukunft nicht gelingen. Deshalb wäre es aus unserer Sicht eine tolle Idee, ein extra Forum einzurichten.

FOLIE 17, SEITE 45 Mit dem MDK-Reformgesetz müssen künftig viele Leistungen aus den Krankenhäusern ausgelagert werden. Das erfordert besondere technische Voraussetzungen und eine besondere Qualifikation, was nicht das klassische ambulante Geschäftsmodell der jetzigen ländlichen Versorgung ist. Bitte vergesst auch die Rehakliniken hier im ländlichen Bereich nicht, die eine tolle Arbeit machen bei der kurzen Verweildauer und die toll ausgestattet sind.

FOLIE 18, SEITE 45 Ich denke, wir sollten jetzt gemeinsam Lösungen finden und die sektorenübergreifende Versorgung voranbringen. Deshalb zum Schluss eine Erinnerung an dieses tolle Buch von Albert Camus („Die Pest“) und sein Zitat: „Die wahre Großzügigkeit der Zukunft gegenüber besteht darin, in der Gegenwart alles zu geben.“ Lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten. Herzlichen Dank für die Einladung!

— **Elimar Brandt:** Danke, liebe Steffi! Solange du da bist, mit solchen Ideen und dieser Power, ist mir um die Entwicklung der ländlichen Versorgung nicht bange. In der Zukunftswerkstatt zeigt sich jedes Jahr aufs Neue, wie notwendig es ist, dass wir endlich zu sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen und entsprechenden finanziellen Auswirkungen kommen. Hast du den Eindruck, dass das durch die Pandemie verstärkt wurde? Versteht auch die politische Ebene nun noch deutlicher, dass es für die Zukunft der Versorgung in unserem Land dringend erforderlich ist, dass sich auch der Gesetzgeber in Bezug auf die struktur- und sektorenübergreifenden Entwicklungen Gedanken machen muss? Da müssen Veränderungen kommen im SGB.

— **Dr. med. Steffi Miroslau:** Das ist aus unserer Sicht die einzige Möglichkeit, um mehr Versorgungssicherheit im ländlichen Raum gewährleisten zu können. Durch die Corona-Pandemie weiß keiner, was im nächsten Jahr um diese Zeit mit der stationär-ambulanten Versorgung passiert ist. Wir wissen, dass wir uns gerade im Strukturbereinigungsprozess befinden. Wir sehen es an NRW. Deshalb ist jetzt die Zeit, sich Gedanken zu machen – bevor Versorgung wegbricht. Was weg ist, ist weg.

— **Elimar Brandt:** Vielen Dank!

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Zukünftige länderübergreifende Versorgung mit und nach Corona

20. November 2020

Dr. med. Steffi Miroslaw
Geschäftsführerin
GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH, Eberswalde

THE GERMAN CAPITAL REGION
excellence in life sciences & healthcare

LAND
BRANDENBURG

be **min** **Doctors**



FOLIE 1

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH



„...dafür, über das Thema:

- Die Sicht der stationären Versorgung im ländlichen Raum -

berichten zu können.“

Dr. Steffi Miroslaw
Geschäftsführerin GLG

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
20. November 2020

FOLIE 2

(1) Ausgangslage

- IWI (Prof. Dr. Boris Augurzkly)
- Bundesärztekammer (Klaus Reinhardt)
- Bund-Länder-MG (Ilms Spahn)
- KVBB - Vertreterversammlung
- Gesundheitsministerin Land Brandenburg
Frau Ursula Nönnemacher
- Gutachten: ambulante Bedarfplanung
(Prof. Dr. Leonie Sundmacher)

(2) GLG: Beispiele zur Qualität, Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit

- Schlaganfallversorgung
- Onkologisches Zentrum
- Augenärztliche Versorgung im Nordosten Brandenburgs

(3) Zusammenfassung

GLG Gesellschaft für Leben (und Gesundheit) mbH

Landkreis Uckermark
 Augenärztliche Versorgung Uckermark
 Spezialambulanz für Schlaganfälle Klinikum Uckermark

Landkreis Barnim
 Werner Politzmann Krankenhaus Eberswalde
 Psychiatrische Tagesklinik Barnim

Klinikverbund Prenzlau
 Psychiatrische Tagesklinik Prenzlau

Klinikverbund Eberswalde
 Psychiatrische Tagesklinik Eberswalde
 Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde mit ambulanter Operation

Psychiatrische Tagesklinik Schwedt
 Wittenbergklinik
 GLG Fußballclub Wollitzsee
 Spezialambulanz Augenärzte
 Psychiatrische Tagesklinik Bad Freienwalde

Legende:
 ▲ Intensivmedizinische Versorgung
 ● Gesundheitszentrum
 ◆ Psychiatrische Versorgung
 ■ Ambulante Versorgung

GLG - Bestehen Pflege & Service GmbH
 GLG/STP: www.klinikverbund-brandenburg.de

Team der GLG Personalmanagement
 Medizinische Dienstleistung: www.klinikverbund-brandenburg.de

Stützorganisationen: GLG Gesundheitsmanagement Nordostbrandenburg GmbH
 WFG Wollitzsee Patientenempowerment GmbH

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung | 26. November 2020

FOLIE 3

Ausgangslage

Entwicklung ländlicher Räume
 Dieser Bericht der Bundesregierung

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung | 26. November 2020

GLG Gesellschaft für Leben (und Gesundheit) mbH

20% Flächenländlich

„Ärzte werden vor Ort ausgebildet.“

FOLIE 4

Ausgangslage

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Quelle: Prof. Dr. Boris Augurzky, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Essen, „Nach Corona: Jetzt stabile Krankenhausstrukturen schaffen“, 06.10.2020

- „Zieldreiklang“
 - vorrangige Orientierung am Patientenwohl
 - Sicherung der hohen Versorgungseffizienz
 - flächendeckende Erreichbarkeit der Versorgungsangebote
- + Robustheit der Versorgung im Katastrophenfall

➤ „... Ordnungsrahmen, der mehr individuelle Gestaltungsräume zulässt...“
 „... mit Überwindung der bestehenden Sektorengrenzen“

➤ 7 Empfehlungen:

- Empfehlung 3: Sektorübergreifende Versorgung verwirklichen
- = Anreize zur stärkeren Ambulantisierung setzen, insbesondere in ländlichen Regionen (kontrollierbare Qualitätsziele)

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
20. November 2020

FOLIE 5

Ausgangslage

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Klaus Reinhardt (BÄK)
Arztanwalt

Politik muss Rahmen gegen Kommerzialisierung der Medizin schaffen
Donnerstag, 9. November 2020

„Deutschland braucht eine subsidiär gut gestufte aber flächendeckende Versorgung.“

„Wettbewerb allein kann diese Schieflage nicht richten.“

„Bedarfsorientiert Gesundheitsziele notwendig.“



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
20. November 2020

FOLIE 6

Ausgangslage

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

**„Bund-Länder-Arbeitsgruppe“
„Sektorenübergreifende Versorgung“ nimmt Arbeit auf**

23.09.2018



“
Eine gute medizinische Versorgung unabhängig von Alter, Wohnort und Geldbeutel – das zeichnet unser Gesundheitssystem aus. Wenn wir dieses hohe Niveau halten wollen, müssen wir es weiterentwickeln. Dazu brauchen wir innovative Lösungen. Denn gerade die Menschen in ländlichen Regionen müssen sich auch in Zukunft auf eine gute und effiziente Versorgung verlassen können. Mehr Zusammenarbeit und eine bessere Vernetzung unterschiedlicher Versorgungsbereiche sind hier ein wichtiger Schlüssel. Dazu müssen wir jetzt gemeinsam mit den Ländern die richtigen Antworten geben.“

— Bundesgesundheitsminister Jens Spier

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
20. November 2020

FOLIE 7

Ausgangslage

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

KVBB
Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

**ab 01.01.2021: MDK-Reformgesetz!
Beispiel Endoskopie!**

02.10.2020: Die Reise geht zur ambulanten Versorgung

KVBB-Vertreterversammlung diskutierte in Klausur Ambulantisierung und Digitalisierung

Dreifach-Premiere für die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) am 2. Oktober: Erstmal sprachen Brandenburgs Gesundheitsministerin Ursula Normenmacher, die Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, Daniela Teichert, und Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vor den Mitgliedern des KVBB-Arztparlamentes.

Die drei waren im Rahmen der Klausurtagung der Vertreterversammlung nach Potsdam eingeladen, um mit den Vertretern über die Themen Ambulantisierung und Digitalisierung zu diskutieren. Und auch die Corona-Pandemie stand im Fokus, wenn auch nicht auf der Tagesordnung.

„Die intersektorale Zusammenarbeit sei die Zukunft der medizinischen Versorgung im Land Brandenburg“

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
20. November 2020

FOLIE 8

Ausgangslage

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

G-BA 15.10.2018: Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung (Prof. Dr. Leonie Sundmacher, LMU München)

Patientin, 67 Jahre, Rentnerin
Diabetes Typ 2, Hypertonie, Rückenschmerzen

Quartal 1

- Blutdruckmessung, Blutzucker, HbA1c
- Diagnostik: EKG, Echokardiographie, Labordiagnostik
- Therapie: Insulin, Antihypertensiva, Schmerzmittel
- Physiotherapie

Quartal 2

- Blutdruckmessung, Blutzucker, HbA1c
- Diagnostik: EKG, Echokardiographie, Labordiagnostik
- Therapie: Insulin, Antihypertensiva, Schmerzmittel
- Physiotherapie

Quartal 3

- Blutdruckmessung, Blutzucker, HbA1c
- Diagnostik: EKG, Echokardiographie, Labordiagnostik
- Therapie: Insulin, Antihypertensiva, Schmerzmittel
- Physiotherapie

Quartal 4

- Blutdruckmessung, Blutzucker, HbA1c
- Diagnostik: EKG, Echokardiographie, Labordiagnostik
- Therapie: Insulin, Antihypertensiva, Schmerzmittel
- Physiotherapie

Quelle: Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, 20. November 2018

FOLIE 11

GLG: Beispiele zur Qualität, Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Schlaganfallversorgung

ANNOTeM:

Charité

Martin Gropius Krankenhaus
Werner Forßmann Krankenhaus
(überregionale Stroke, ITS (ERIC), Neurochirurgie, interventionelle Schlaganfalltherapie)

Fachklinik Wollitzsee
(Früh-Reha-Phase B, C, D)

Kreiskrankenhaus Prenzlau

Entfernung KKH Prenzlau
-> WFK MGH: 66,2 km
-> Charité: 119,7 km

Qualitätsbericht ANNOTeM: Krankenhaus Prenzlau, ERIC: WFK, Qualität in der Intensivmedizin

Ab 01.01.2021: neurologische Komplexbehandlung (aG-DRG Katalog 2021)

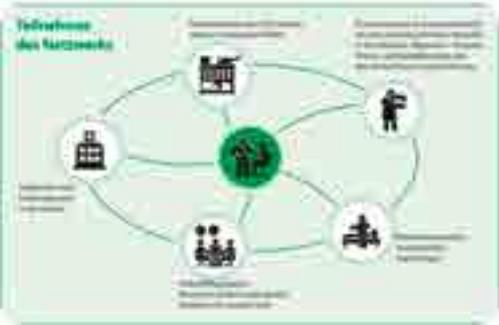
Quelle: Qualitätsbericht Krankenhaus Prenzlau, 20. November 2020

FOLIE 12

GLG: Beispiele zur Qualität, Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Onkologisches Zentrum GLG (Lungennetzwerk)



Teilweise des Netzwerks

= moderne Kooperationsstrukturen (GLG, MOL, niedergelassene Ärzte) mit Telemedizin

- Mindestmengen
- Zertifizierungen
- „116b-Ambulanz“
- Praxissitze Onkologie „Klageverfahren“
- Institutsambulanz Endoskopie??



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
23. März 2020, 11:20

FOLIE 13

GLG: Beispiele zur Qualität, Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Von Sehschule bis Schieloperation

Beispiel Augenheilkunde

1 Standort im Nordosten Brandenburgs

Dr. Rüdiger Krawinkel Chefarzt Dr. Rüdiger vom Jäger berichtet im Interview über Schielbehandlungen und Kinderambulanzen an der Augenklinik, Endovaskulie und den Onkologen, Expertenrat, Nori-Mario Meuschel



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
23. März 2020, 11:20

FOLIE 14

„Menschen einladen (verlässliche Partner) mitzumachen.“

versus

„Strukturbereinigung durch wirtschaftlichen Druck und Bürokratie.“

Insbesondere in der ländlichen Versorgung



- + Mindestmengen
- + Strukturprüfungen
- + PPUG
- + MDK-Reformgesetz (häufig soziale Indikatoren im ländlichen Bereich)
- + Komplexbehandlungen
- + Überregulierung Dokumentation
- + Auswirkungen „Corona-Pandemie“
- + ...

Zusammenfassung

1. Bekundung ALLER zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum
2. Qualität - Versorgungssicherheit – Wirtschaftlichkeit müssen garantiert sein
3. Im ländlichen Raum: kurzfristige (!!) Änderung der gesetzlichen Bestimmungen notwendig!!

- „Institutsambulanz am Krankenhaus“ ?!
- „Exträfonds“ nicht in Konkurrenz zur KV?!
- „Regionale Gesundheitsbudgets“ ?!
- „Innovation“
- ...



Vergess die Reha-Kliniken nicht!

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Corona-Pandemie

Viele Patienten sagen in der Angermünder Wolletzsee-Klinik ab

Zur Reha in Corona-Zeiten? Wer in der GLG Fachklinik Wolletzsee behandelt wird, ist kein herkömmlicher Kurpatient nach dem Klischee "Morgens Fango, abends Tango". Wer hierherkommt, hat oft eine schwere Erkrankung wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, von der er mit therapeutisch-medizinischer Unterstützung genesen soll. Deshalb läuft der Klinik-Betrieb trotz Corona-Ausnahmestand weiter.

18. April 2020, 09:00 Uhr – angermünde
 von Daniela Wiedhoff

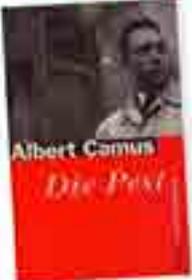
Märkische Oderzeitung 16.04.2020

FOLIE 17

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

„Die wahre Großzügigkeit der Zukunft gegenüber besteht darin, in der Gegenwart alles zu geben“
 (Albert Camus)

Buch: Die Pest (1947)




Quelle: Wikipedia.de

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung
 20. März 2020, 12:30

FOLIE 18



Prof. Dr. med. Steffen Weber-Carstens, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Erweiterte Klinikleitung, Ltd. OA Intensivmedizin, CVK, Sprecher ARDS ECMO Centrum Charité

Die Sicht der stationären Versorgung im städtischen Raum

— **Elimar Brandt:** Wir reisen jetzt wieder in die Hauptstadt, zur Charité. Ich freue mich, Herrn Prof. Steffen Weber-Carstens begrüßen zu können. Sie sind während der Pandemie zu einem Experten rund um Fragen der Organisation in Berlin geworden: Wie können wir darauf reagieren und ein abgestimmtes System entwickeln? Sie sind nach Ihrem Studium der Biologie und Humanmedizin immer im Bereich der Anästhesiologie und der ITS (Intensivstation) unterwegs gewesen. Inzwischen sind Sie Oberarzt der interdisziplinären Neuro-Intensivstation an der Charité. Ich freue mich, dass wir jetzt Ihren Beitrag hören können. Der Bildschirm ist Ihrer – bitte schön!

— **Prof. Dr. med. Steffen Weber-Carstens:** Herzlichen Dank – auch für die Möglichkeit, die Versorgung im städtischen Raum im Hinblick auf die Intensivpatient*innen darzustellen.

FOLIE 2, SEITE 51 Deutschland ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern gut ausgestattet mit Intensivbetten.

FOLIE 3, SEITE 51 Seit der Pandemie wissen wir ziemlich genau, wie diese Intensivbetten in Deutschland verteilt sind. Wir haben in Zusammenarbeit mit dem RKI und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) ein Intensivregister aufgebaut. Hier können wir auf Landkreisebene zeigen, wie viele Intensivbetten dort vorhanden und verteilt sind. Wir haben eine deutliche Zunahme an Corona-Patient*innen auf den Intensivstationen zu verzeichnen. Das ist in der Summe eine Herausforderung für das ganze Land.

FOLIE 4, SEITE 52 Wenn man über Intensivkapazitäten, Verteilung der Patient*innen und die Organisation von Strukturen spricht, muss man sich klarmachen, dass im Moment etwa zwei Prozent der neu infizierten Patient*innen so schwer erkranken, dass sie auf einer Intensivstation behandelt werden müssen. Das sehr komplexe Behandlungsschema setzt sich aus verschiedensten Interventionen zusammen: Beatmung, Lagerung, adjunktive Therapien – das sind medikamentöse Therapien, soweit überhaupt vorhanden, und auch extrakorporale Gasaustauschverfahren.

FOLIE 5, SEITE 52 Das vorausgesetzt sagt auch, dass nicht jedes Krankenhaus und nicht jedes im Intensivregister aufgeführte Intensivbett technisch so ausgerüstet ist, dass es diese Patient*innen versorgen kann. Dem haben wir im Intensivregister Rechnung getragen, indem wir unterschiedliche Klassifizierungen definiert haben. Ein Low-Care-Behandlungsplatz bedeutet dabei keine Abwertung, sondern zeigt lediglich an, was hinsichtlich der Technik und Personalausstattung an diesem Platz möglich ist. Das kann durchaus geeignet und ausreichend sein für einige Patient*innen, aber für die sehr schwer kranken, beatmeten Intensivpatient*innen mit Covid-19 reicht es möglicherweise nicht. High-Care-Behandlungsplätze hingegen bieten das volle Spektrum einer kompletten Intensivmedizin mit Beatmung. Darüber hinaus haben wir Behandlungsplätze spezifiziert, die zusätzlich zu diesem High-Care-Niveau noch extrakorporale Verfahren zum Einsatz bringen können.

FOLIE 6, SEITE 53 Wir haben vorhin gesehen, dass knapp 6.000 Intensivbetten in Deutschland für die Versorgung von Intensivpatient*innen frei sind. Wenn wir aber hier auf der Grafik die High-Care-Betten angucken – und das sind die, die wir in der Akutversorgung vor allen Dingen brauchen –, wird klar, dass das Reservoir an Intensivbetten doch kleiner ausfällt als diese bloße Zahl 6.000. Wenn wir von extrakorporalen Verfahren sprechen, ist damit praktisch eine Herz-Lungen-Maschine gemeint, die den Körper

mit Sauerstoff versorgt und das Kohlendioxid aus dem Körper entfernt – zusätzlich zu der Beatmung, wenn die allein nicht mehr ausreicht. Für den Einsatz solcher Verfahren gibt es für Kliniken ganz klare Vorgaben, was sie vorhalten müssen.

FOLIE 7/8, SEITE 53/54 Wir haben das in Deutschland auch auf S3-Leitlinien-Niveau, das eine sehr hohe Qualität einer Leitlinie ist, klar bestimmt und entsprechende Strukturvoraussetzungen für solche Kliniken definiert. Wir wissen, dass sich zentrumsgebunden das Ergebnis der Behandlung verbessert, wenn in diesen Bereichen mehr von diesen Patient*innen behandelt werden, wenn entsprechende Strukturvoraussetzungen vorhanden sind und so weiter und so fort.

FOLIE 9, SEITE 54 Wenn wir jetzt nochmal zurückblicken auf die Zeit vor der Covid-Pandemie, wird klar, dass wir eine gute Versorgung mit Intensivbetten in Deutschland haben, dass wir routinemäßig keine regional und überregional organisierte Belegung von Intensivbetten haben – was auch im Routinebetrieb außerhalb der Pandemie nur in einzelnen Fällen notwendig ist. Wir haben viele Krankenhäuser, die extrakorporale Verfahren anbieten. Auch da muss man genau hingucken, in welcher Art und Weise am Ende die Strukturvoraussetzungen in diesen Krankenhäusern etabliert sind. Was wir auch wissen, und das ist ein Vorteil: Die Patient*innen mit solchen extrakorporalen Verfahren können in Deutschland sehr sicher transportiert werden.

FOLIE 10, SEITE 55 Die inhaltlichen Aspekte, die eine solche Versorgung dieser Patient*innen erfordern, müssen eine Struktur erhalten. Das ist am Beispiel Berlin durch eine hervorragende, übergreifende Zusammenarbeit zwischen der Berliner Senatsverwaltung, den Notfallkrankenhäusern, der Feuerwehr, der Charité und der Berliner Krankenhausesellschaft gelungen – eine Struktur aufzustellen, die diese Versorgungsqualität berücksichtigt. Das Konzept basiert auf drei Säulen: einer Containment-Strategie, telemedizinischer Unterstützung der Level-2-Kliniken durch die Charité und wöchentlichen Netzwerkkonferenzen, die einen Kontakt zwischen all diesen Kliniken herstellen.

Lassen Sie mich die Containment-Strategie kurz erläutern. Wir haben die Notfallkrankenhäuser in Level 1 bis 3 aufgeteilt. Das hat nichts mit der Qualifikation dieser Krankenhäuser zu tun, sondern mit der Gesamtstruktur. Jedes Notfallkrankenhäuser hat mit einer spezifischen Aufgabe an diesem Konzept teilgenommen. Es ging darum, dass wir –

solange es irgendwie geht – einen strukturierten Prozess zur Belegung der Intensivmedizin haben, dass wir eine Überlastungssituation, wie wir sie in anderen Ländern sehr regelhaft sehen, durch eine solche strukturierte Zuverlegung vermeiden können. Dazu brauchten wir auch die Hilfe des Senats. Es gibt zu diesem Belegungskonzept klare Vorhaltevorgaben für die einzelnen Kliniken, was sie im Bedarfsfall für die Versorgung von intensivmedizinisch kranken Covid-Patient*innen an Betten zur Verfügung stellen müssen. Wir haben es an eine zentrale Koordination von Intensivverlegungen gekoppelt. Das hat hervorragend in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr funktioniert. Die sitzt hier in der Charité. Jeder einzelne Patient in Berlin, der intensivmedizinisch versorgt werden muss, wird über diese zentrale Koordinierungsstelle in entsprechende Intensivstationen in den Notfallkrankenhäusern verlegt. So wissen wir zu jeder Zeit, wie welches Krankenhaus in welcher Intensität mit solchen Intensivpatient*innen belegt ist.

FOLIE 11, SEITE 55 Inzwischen sind weiterführende Initiativen entstanden. Rehabilitationseinrichtungen – also jene, die nach der Akutversorgung kommen – sind extrem wichtig, damit die Akutversorger für Patient*innen, die gesund geworden sind, ein Bett finden. So kann in der Akutklinik entsprechende Kapazität aufrechterhalten werden und der Patient selber kann in einer geeigneten Nachversorgungseinrichtung weiterbehandelt werden.

FOLIE 12, SEITE 56 Wir haben uns für Containment entschieden und Level 1 bis 3 für Kliniken definiert. Sie sehen hier, dass alle drei Level das Potenzial zu High-Care-Intensivmedizin haben. Aber im Containment brauchen wir Kliniken, in denen wir diese Patient*innen konzentrieren. Und andersherum brauchen wir Kliniken, in die wir abverlegen können – die Covid-frei bleiben, sodass auch für die nicht Covid-kranken Patient*innen ausreichend Versorgungskapazität zur Verfügung steht. Wir haben uns dazu entschieden, den Einsatz extrakorporaler Verfahren auf das Level-1-Zentrum – also die Charité – zu beschränken, um die Ressourcen an dieser Stelle zu bündeln.

FOLIE 13, SEITE 56 Schauen wir uns das am Beispiel eines fiktiven Patienten an: Ein mittelalter Mann wird in der Rettungsstelle einer Level-3-Klinik (grünes Dreieck) aufgenommen. Dann gibt es in der Regel einen direkten Kontakt mit der Koordinierungszentrale der Charité. Diese guckt dann zusammen mit der Feuerwehr, wohin der Patient verlegt werden kann. Sie erstellen ein Verlegungskonzept und organisieren auch die Verlegung. Wir haben die Level-2-

und zum Teil auch Level-3-Kliniken – inzwischen sind es mehr als 30 Kliniken in Berlin und Brandenburg – an ein telemedizinisches Konzept angeschlossen. Dort gibt es eine telemedizinische Beratung und Mitbehandlung dieser Patient*innen.

FOLIE 14, SEITE 57 Besagter Patient wird in eine Level-2-Klinik verlegt. In der ersten Woche – das ist ganz typisch für die Covid-Erkrankung – lässt er sich relativ gut behandeln. Viele werden auch gesund. Aber einige, das hat man pathophysiologisch noch nicht vollständig verstanden, werden dann schwerstkrank und brauchen ein extrakorporales Verfahren. So auch dieser Patient, der in die Level-1-Klinik verlegt wird.

FOLIE 15, SEITE 57 Damit die Kliniken ausreichend Kapazitäten haben, um die Menge der Intensivpatient*innen zu versorgen, müssen wir Überlastung vermeiden. Es muss also möglich sein, Nicht-Covid-Patient*innen zu verlegen. Sie sehen schon, das ist ein komplexes Gebilde. Die Verlegungslogistik durch die Feuerwehr ist an dieser Stelle ganz besonders hervorzuheben. Das ist ein ganz wichtiges Element, damit dieses Konzept funktioniert. Das sind alles intensivmedizinisch kranke, beatmete Patient*innen, die mit Notarzt von Krankenhaus zu Krankenhaus verlegt werden müssen.

FOLIE 16, SEITE 58 Die Charité ist als Referenzzentrum für die Behandlung von Patient*innen mit akutem Lungenversagen und extrakorporalen Organverfahren auch über die Bundeslandgrenze hinaus für Kliniken zuständig. Wir haben eine Zusammenarbeit mit Brandenburg etabliert, das SAVE-Konzept im Berliner Umland. Bei begrenzten Kapazitäten in anderen Bundesländern für etwa die Behandlung mit extrakorporalen Verfahren nehmen wir Patient*innen auch aus dem Umland hier in unserem Zentrum auf.

FOLIE 17, SEITE 58 Wie hat das am Ende funktioniert? Auf der linken Seite sehen Sie die Aktivitäten der Koordinierungszentrale – hier ist die Anzahl der Beratungen und telemedizinischen Visiten pro Tag aufgeführt. Wir sehen hier Spitzen von mehr als 220 SAVE-Visiten – wobei ein Kontakt durchaus auch mal länger als 20 Minuten dauert. Die Koordinierungsstelle ist rund um die Uhr besetzt, damit wir die Patient*innen sofort verlegen können. Oben auf der rechten Seite der Folie zeigt eine graue Linie die Vorhaltekapazität an, die der Senat anhand bestimmter Belegungsquoten vorgibt. In Berlin ist die Corona-Ampel im Moment mit 23,8 der gesamtintensivmedizinischen Kapa-

zität belegt. Aber wenn wir Level-1- und Level-2-Kliniken zusammennehmen als ein Kompartiment, sind wir im Moment bei einer Belegungsquote von 35 Prozent. Es ist uns damit gelungen, anhand der Vorgaben und Freihaltequoten die Kliniken relativ gleichmäßig zu belegen – sowohl die Universitätsmedizin als auch die anderen Akutkrankenhäuser. Das ist ein großartiger Erfolg.

Es geht nicht darum, dass die Betten hier überall frei stehen. Das ist nicht der Fall. Wir brauchen diese Betten auch für die Versorgung von nicht Covid-kranken Patienten. Der kleine, hellblaue Teil der dunkelblauen Balken zeigt die am jeweiligen Tag vorgehaltenen Betten an – dorthin konnten wir ad hoc Patient*innen verteilen. Drohte das Kompartiment vollzulaufen, haben wir sukzessive nachgesteuert und weitere Betten geschaffen. Das funktioniert nur, wenn Sie elektives und (medizinisch vertretbar) verschiebbares Programm herunterfahren und nur noch Notfälle und dringliche Operationen von Nicht-Covid-Patient*innen machen. Sonst haben Sie an dieser Stelle nicht genügend Kapazität.

FOLIE 18, SEITE 59 Hier sehen Sie, dass extrakorporale Verfahren bei uns in der Charité zunehmen – inzwischen sind es knapp 30 Prozent. Die Patient*innen werden im Moment kränker.

FOLIE 19, SEITE 59 Zurück zur Intensivmedizin in Deutschland: Wir machen etwa 430.000 Beatmungen in kleinen, mittleren und großen Krankenhäusern. Es ist ganz entscheidend, dass wir unser Krankenhaussystem auch von der Qualifikation her modular aufsetzen. Nicht jedes Krankenhaus muss und kann alles können, aber es muss ein Netzwerk geben, in dem wir uns gegenseitig unterstützen. Das ist in dieser hier zitierten Publikation auch angedeutet.

FOLIE 20, SEITE 60 Dabei hilft Telemedizin. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts unter Leitung von Frau Prof. Spies und Dr. Weiß haben wir ein telemedizinisches Netzwerk aufgebaut, an das 30 Kliniken in Berlin angeschlossen sind. Über eine telemedizinische Roboterstruktur mit einer hochauflösenden Kamera können sie bei den Patient*innen eine Real-Life-Visite machen und dann mit den behandelnden Ärzt*innen vor Ort gemeinsam überlegen, wie die weiteren Behandlungsschritte sind – und entscheiden, ob ein Patient zum Beispiel aus einem Level-2-Klinikum in die Level-1-Klinik verlegt werden muss. Damit steuern wir die Prozesse, können unnütze Verlegungen vermeiden und dabei helfen, die Transportlogistik so gering wie möglich zu halten.

FOLIE 21, SEITE 60 Ein wesentlicher Punkt in diesem telemedizinischen Konzept ist es, dass wir bestimmte Qualitätsindikatoren, die für die intensivmedizinische Versorgung von Patient*innen definiert sind, dort berücksichtigen und das auch zum Thema in der täglichen Visite mit den Kolleg*innen machen: Wie gelingt es uns, diese Qualitätsindikatoren bestmöglich einzusetzen?

FOLIE 22, SEITE 61 Diese Folie zeigt Zahlen aus der ersten Welle. Qualifizierte Fach- oder Oberärzt*innen übernehmen auch die Beratung in den externen Kliniken. Zum damaligen Zeitpunkt waren bereits 28 Kliniken angeschlossen. 60 Beratungen pro Tag – das ist ein enormer Aufwand, den dieses telemedizinische Zentrum betreibt.

FOLIE 23, SEITE 61 Ein weiterer wesentlicher Punkt sind die Netzwerkkonferenzen. Das hat in Berlin exzellent geklappt, auch in der Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akutkrankenhäusern. Seit dem 17. März 2020 hat es 45 Netzwerkkonferenzen gegeben. Dort besprechen wir die Struktur und auch Probleme miteinander, sodass wir die Patient*innen in einem strukturierten Prozess intensivmedizinisch behandeln können. Auf der Arbeitsebene ist das eine ganz wichtige Institution, weil sich die Kliniken in Berlin und Brandenburg direkt austauschen können – auch über Behandlungsschemata oder die Frage: Was gibt es an spezifisch medikamentöser Behandlung?

FOLIE 24, SEITE 62 Auf der rechten Seite dieser Folie sehen Sie die 23,8 Prozent der belegten Intensivbetten mit Covid-Patient*innen. Das Ganze funktioniert nur dadurch, dass wir in allen Bereichen im Moment das Elektivprogramm herunterfahren. Wir haben hier einen Verdrängungsprozess. Wir haben aktuell nicht mehr Intensivkapazitäten, aber wir nutzen die Kapazitäten, die wir haben, qualitätsbasiert und entsprechend der inhaltlichen Notwendigkeit. Damit bin ich am Ende meines Vortrags und bedanke mich sehr für Ihre Aufmerksamkeit!

— **Elimar Brandt:** Wir bedanken uns sehr, lieber Herr Professor, das war klasse! Wäre so eine Zusammenarbeit möglich gewesen ohne den Druck der Pandemie?

— **Prof. Dr. med. Steffen Weber-Carstens:** Das ist eine positive Entwicklung, die es tatsächlich ohne Corona nie so schnell gegeben hätte.

— **Elimar Brandt:** Ich finde es interessant, wie Sie die Berliner Krankenhausgesellschaft mit einbezogen haben. Das war sicherlich ein wesentlicher Faktor, dass alle gerne mitgemacht haben. Ich finde es ebenso wichtig, dass Sie deutlich gemacht haben, dass die Einteilung in Level nichts über die Qualität der Versorgung eines Krankenhauses aussagt, sondern über die Möglichkeiten, wie Patient*innen extrakorporal oder auch anderweitig behandelt werden können.

— **Prof. Dr. med. Steffen Weber-Carstens:** Genauso ist es. Alle Beteiligten waren an dieser Stelle sehr wichtig. Das Patient*innenaufkommen wächst jeden Tag, aber mit diesem Konzept können wir das im Moment kontrolliert behandeln. Das ist ein wirklich großer Erfolg.

— **Elimar Brandt:** Ich bin auch beeindruckt, wie die Logistik und die telemedizinischen Verknüpfungen auf einmal funktionieren – wo wir uns an anderer Stelle so lange bemühen und immer wieder drängeln mussten. Aber es zeigt auch, dass gute Vorarbeit geleistet wurde.

— **Prof. Dr. med. Steffen Weber-Carstens:** Das ist ein ganz wichtiger Aspekt. Die Telemedizin ist ja aus einem Versorgungsforschungsprojekt entstanden, das es schon vor der Pandemie mit einer etablierten Struktur gab. Darauf konnten wir zurückgreifen, das war ein Riesenvorteil.

— **Elimar Brandt:** In den Nachrichten hört man immer: Wir haben genug Apparate, wir haben genug Betten, aber uns fehlt das Personal. Wie sehen Sie das im Berlin-Brandenburger Kontext?

— **Prof. Dr. med. Steffen Weber-Carstens:** Natürlich ist Personal eine limitierende Ressource. Im Intensivregister, das wir wissenschaftlich mitverantworten, ist ein betreibbares Bett so definiert, dass ich dieses Bett sowohl technisch als auch personell betreiben kann. Wenn wir an der Charité weitere Bereiche erschließen, in denen wir Intensivmedizin machen – und das tun wir in einem relativ großen Ausmaß –, haben wir nicht einfach zusätzliches Personal, das wir dort einsetzen können. Deswegen ist das wirklich eine große Leistung der Gesamtpflege, auch der Pflegedienstleitung und all derjenigen, die das koordinieren und strukturieren. Bei uns in der Charité arbeiten wir mit einem Qualifikationsmix: Wir mischen Teams mit erfahrenen Intensivpflegekräften, aber auch mit normalstationären Kräften. Wir haben zudem Student*innen akquiriert, die jetzt im Rahmen ihrer Möglichkeiten am Bett mitarbeiten.

Damit können wir das personalmäßig stemmen und die Patient*innen auf einem verhältnismäßig hohen Niveau weiter versorgen. Auch die Lockdown-Maßnahmen sind an dieser Stelle entscheidend, denn sonst könnte auch unser System irgendwann in die Überlastung kommen. Diese Dinge greifen ineinander.

— **Elimar Brandt:** Das sind kreative Modelle, die dann entwickelt werden müssen. Ich hatte auch den Eindruck, dass es eine ganz neue Zusammenarbeit zwischen pflegerischen und ärztlichen Diensten gibt – ein größeres Verständnis dafür, dass wir es nur gemeinsam schaffen, in dieser Pandemie sachgerecht für die Patient*innen da zu sein.

— **Prof. Dr. med. Steffen Weber-Carstens:** Wir haben in der Intensivmedizin zwischen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter*innen schon von sich aus eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation. Das ist ein so intensiver Bereich, das können Sie ohne eine solche Kooperation gar nicht schaffen. Aber es stimmt, das ist jetzt natürlich noch mehr gewachsen.

— **Elimar Brandt:** Vielen Dank, lieber Herr Professor – und weiterhin gutes Gelingen!

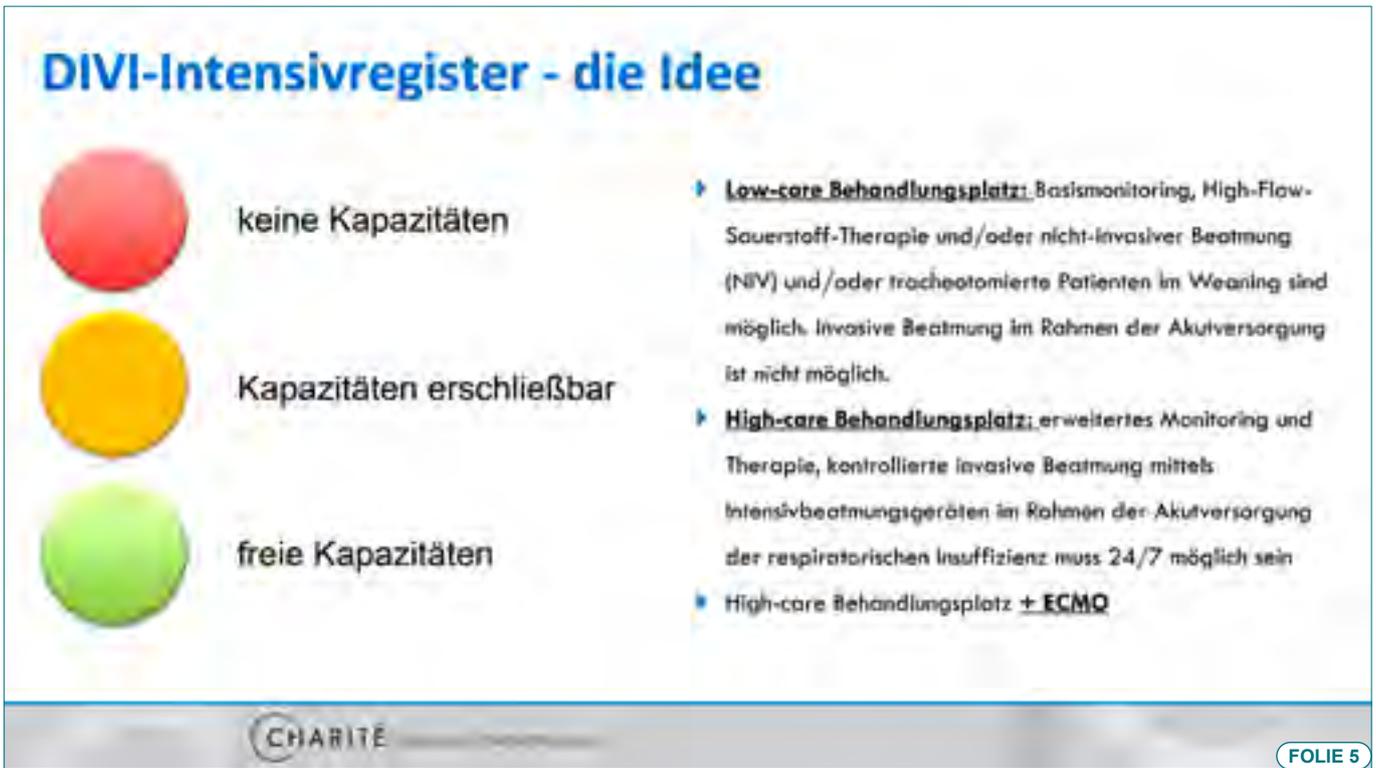
Zukunftswerkstatt
Innovative Versorgung
Zukunftsübergreifende
Versorgung mit und nach Corona | 29. November 2020

Die Sicht der intensivstationären Versorgung im städtischen Raum

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Prof. Dr. med. Steffen Weber-Carstens
Winkel für Anästhesiologie, IuS,
koordinative Intensivmedizin

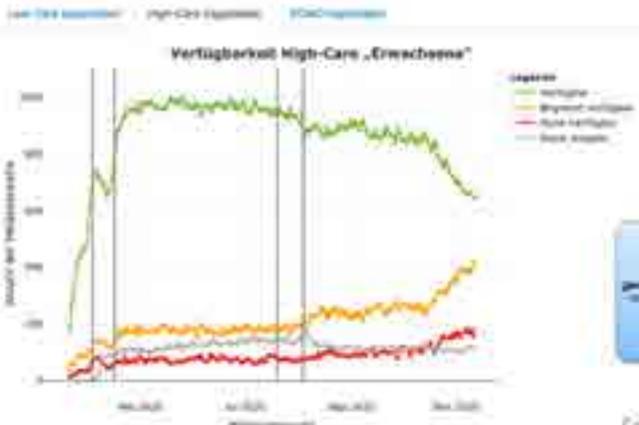
FOLIE 1



Verfügbarkeit von Intensivbetten in Deutschland

Kapazität in deutschen Krankenhäusern

Quelle: ÖVVO-Studien 2018



Corliss A. et al., AJRCCM 2018

Strukturvoraussetzung: Behandlung akutes Lungenversagen

Empfehlungsbasis: S3-Leitlinie 'Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz' (ARMP Leitlinie, Ausgabe Nr. 2017/1)

S3-Leitlinie
Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz

ARMP Leitlinie, Ausgabe Nr. 2017/1



Schlüsselempfehlung - Wir empfehlen, dass die Versorgung von erwachsenen Patienten mit schwerem ARDS und therapierefraktärer Hypoxämie in einem Zentrum mit der Möglichkeit einer ECMO-Therapie und in der Regel zumindest 20 ECMO-Anwendungen/Jahr durchgeführt wird.

Empfehlungsgrad: stark
Qualität der Evidenz: Expertenkonsens
Konsistenz: Delegation: 93% Fachgesellschaften: 100%
Leitlinienempfehlung: S101



Figure 3. Conceptual model linking annual ECMO volume to organizational structure and processes of care, ECMO-related quality of care, and patient mortality.

Strukturvoraussetzung: Behandlung akutes Lungenversagen

SS-Leitlinie

Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz

ARMS Leitlinienregister Nr. 01/2011 | Empfehlungsstärke I

Erstellung



Schlüsselempfehlung - Wir empfehlen, dass die Versorgung von erwachsenen Patienten mit schwerem ARDS und therapierefraktärer Hypoxämie in einem Zentrum mit der Möglichkeit einer ECMO-Therapie und in der Regel zumindest 20 ECMO-Anwendungen/Jahr durchgeführt wird.

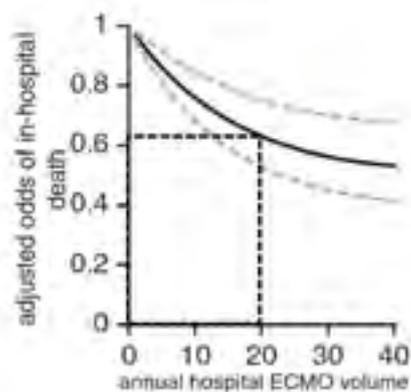
Empfehlungsgrad: stark

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

Konkordanz: Delegierte 93% | Fachgesellschaften 100%

Leitlinienempfehlung: 1 | 01

Adult



Zugang zu Beatmung und extrakorporaler Lungenunterstützung vor COVID-19

Intensivstationen in Deutschland:

- ▶ Vor COVID-19 gab es nur Schätzungen über die Anzahl von Intensivstationsbetten
- ▶ Routinemäßig keine regional und überregional organisierte Belegung von Intensivbetten
- ▶ Mehr als 100 Krankenhäuser mit ECMO im Versorgungsspektrum

Transport:

- ▶ Patiententransport auch mit ECMO ist in Deutschland gut etabliert

SAVE-Berlin@COVID-19 – das Konzept, 10. März 2020

Gemeinsames Konzept der Berliner Senatsverwaltung, der Notfallkrankenhäuser, der Feuerwehr, der Universitätsmedizin Berlin und Berliner Krankenhausgesellschaft

▶ **Containmentstrategie**

- ▶ Einteilung der Notfallkrankenhäuser in Level 1 + Level 2 + Level 3
 - ▶ alle Notfallkrankenhäuser nehmen teil mit einer spezifischen Aufgabe
- ▶ Belegungskonzept nach Vorhaltevorgaben der Berliner Senatsverwaltung
- ▶ Zentrale Koordination von Intensiv-Verlegungen durch Koordinierungsstelle in der Charité in Zusammenarbeit mit der Berliner Feuerwehr

▶ **Telemedizinische Unterstützung der Level-2 Kliniken durch die Charité**

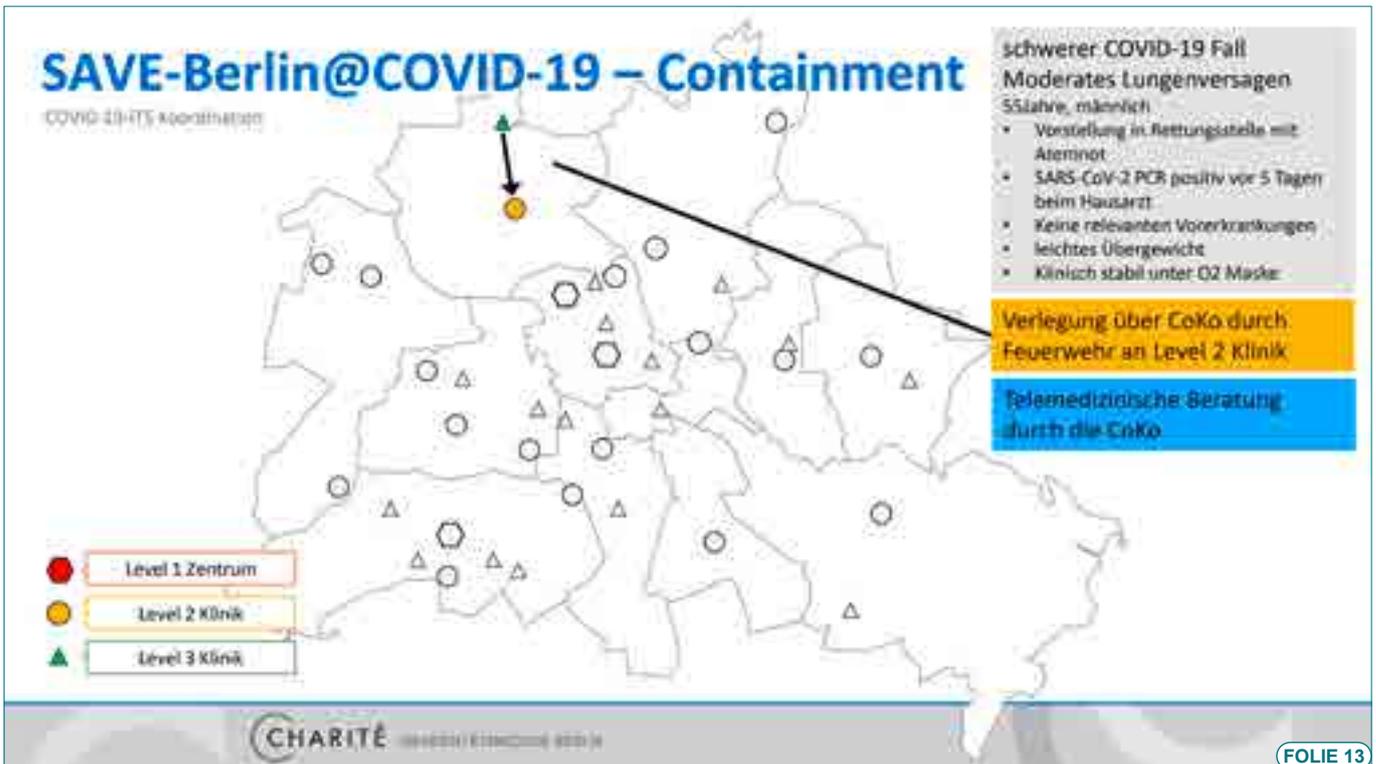
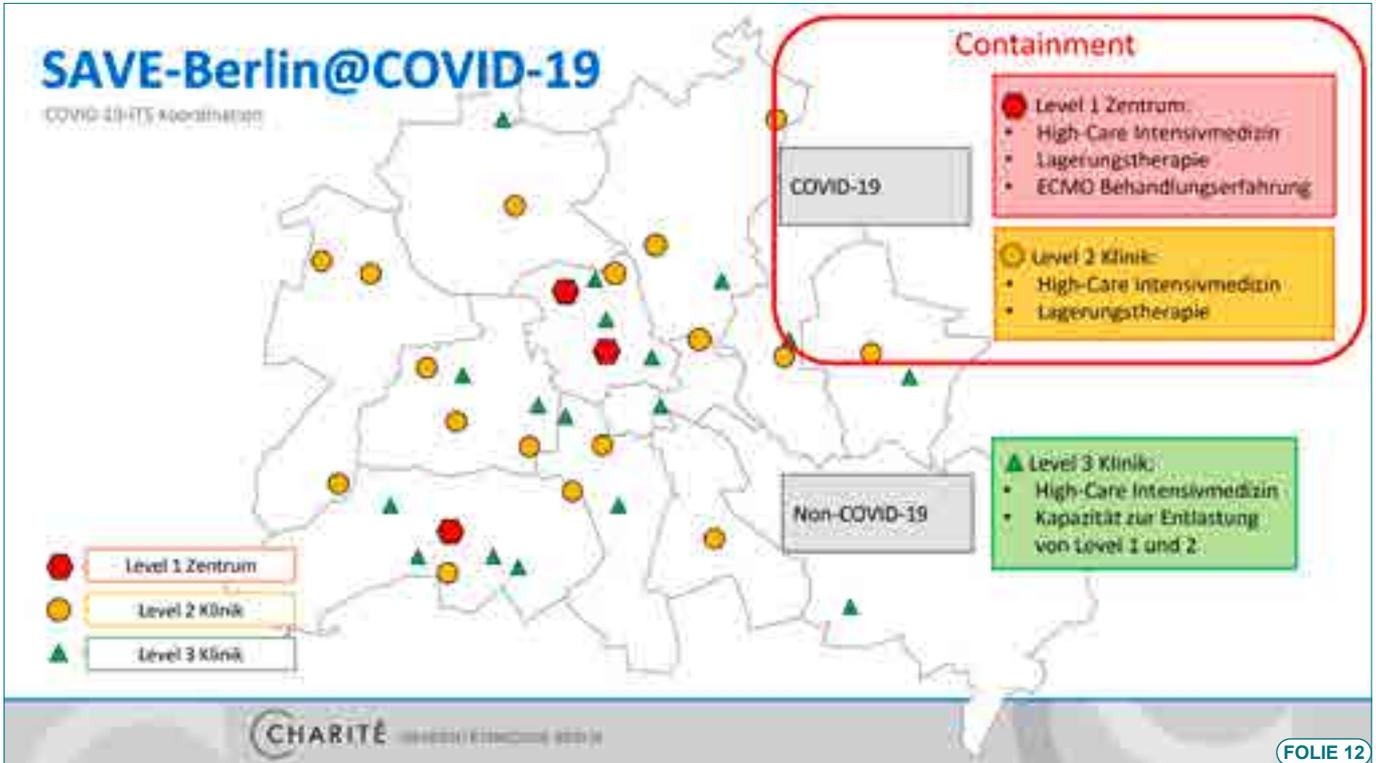
▶ **wöchentliche Netzwerkkonferenz der Notfallkrankenhäuser Level 1-3**

Weiterführende Initiativen aus dieser Arbeitsgruppe

Gemeinsames Konzept der Berliner Senatsverwaltung, der Notfallkrankenhäuser, der Feuerwehr, der Universitätsmedizin Berlin und Berliner Krankenhausgesellschaft

▶ **Post-SAVE Konzept:** Abverlegung von Patienten in Kliniken zur Beatmungsentwöhnung

- ▶ **HILFE-Berlin@Covid-19:** Hinweise für die Intensivstationen der Akut-Krankenhäuser im Land Berlin zur Umsetzung der Empfehlungen von 7 Fachgesellschaften und des Deutschen Ethikrates zu Priorisierungsentscheidungen während der SARS-CoV-2-Pandemie



SAVE-Berlin@COVID-19 – Containment

COVID-19-ITS Koordinationen

- Level 1 Zentrum
- Level 2 Klinik
- ▲ Level 3 Klinik

schwerer COVID-19 Fall
Moderates Lungenversagen
55 Jahre, männlich

- Vorstellung in Rettungsstelle mit Atemnot
- SARS-CoV-2 PCR positiv vor 5 Tagen beim Hausarzt
- Keine relevanten Vorerkrankungen
- leichtes Übergewicht
- Klinisch stabil unter O2 Maske

Verlegung über CoKo durch Feuerwehr an Level 2 Klinik

Klinische Verschlechterung

Telemedizinische Behandlungsunterstützung durch die CoKo

Verlegung über CoKo durch Feuerwehr an Level 1 Klinik in ECMO Bereitschaft oder ECMO Retrieval Team

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZINISCHES ZENTRUM BERLIN

FOLIE 14

SAVE-Berlin@COVID-19 – Containment

COVID-19-ITS Koordinationen

- Level 1 Zentrum
- Level 2 Klinik
- ▲ Level 3 Klinik

schwerer COVID-19 Fall
Moderates Lungenversagen
55 Jahre, männlich

- Vorstellung in Rettungsstelle mit Atemnot
- SARS-CoV-2 PCR positiv vor 5 Tagen beim Hausarzt
- Keine relevanten Vorerkrankungen
- leichtes Übergewicht
- Klinisch stabil unter O2 Maske

Übernahme eines non-COVID-19 Patienten durch Level 3 Klinik

Verlegung über CoKo durch Feuerwehr an Level 2 Klinik

Klinische Verschlechterung

Telemedizinische Behandlungsunterstützung durch die CoKo

Verlegung über CoKo durch Feuerwehr an Level 1 Klinik in ECMO Bereitschaft oder ECMO Retrieval Team

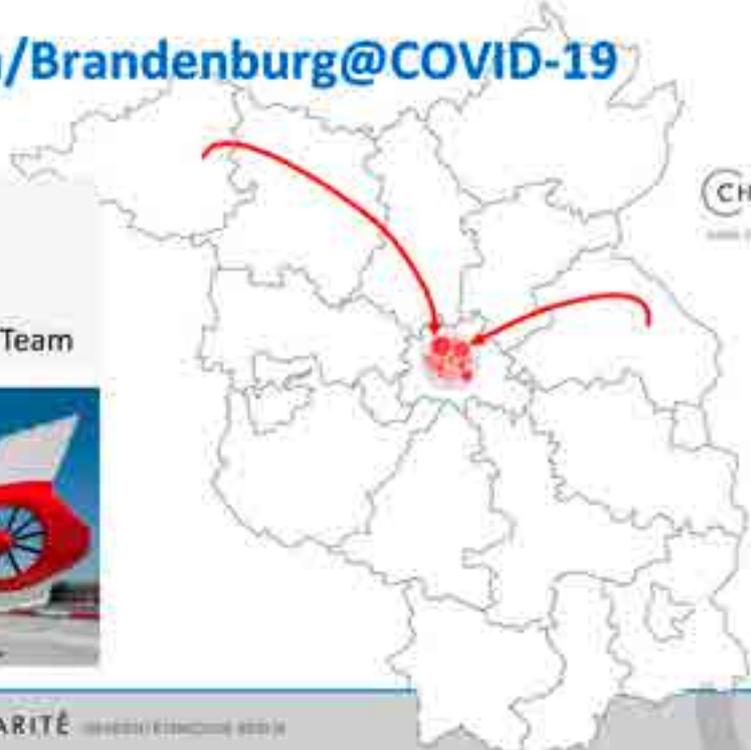
CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZINISCHES ZENTRUM BERLIN

FOLIE 15

SAVE-Berlin/Brandenburg@COVID-19

COVID-19-ITS Koordinationen

- ▶ Überregionale Versorgung
- ▶ ECMO Retrieval Team



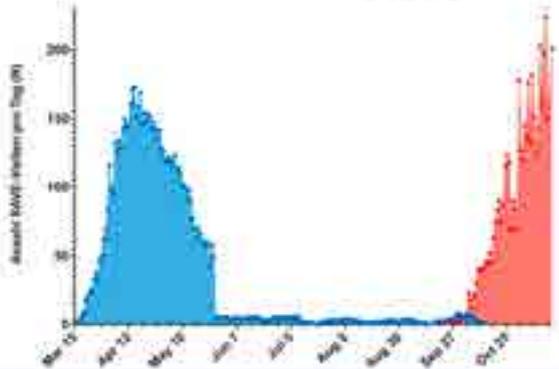


CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZINISCHES ZENTRUM BERLIN

FOLIE 16

SAVE-Berlin@COVID-19 – Containment im Netzwerk

- ▶ COVID-19-ITS Koordination; 24/7 Monat
 - ▶ Telemedizinische Visiten
 - ▶ Telefonische Beratungen
 - ▶ > 350 koordinierte Verlegungen, 2. Welle



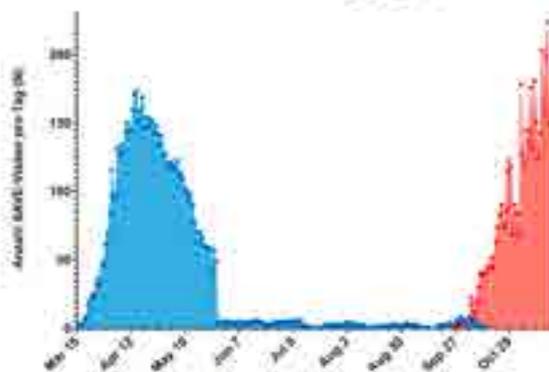

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZINISCHES ZENTRUM BERLIN

FOLIE 17

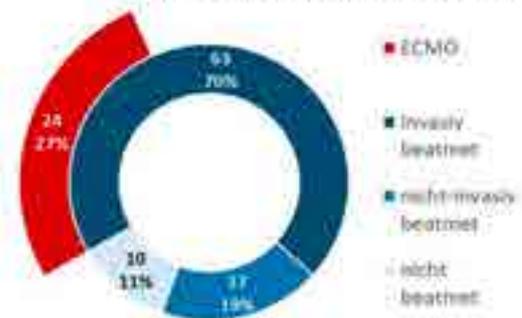
SAVE-Berlin@COVID-19 – Containment im Netzwerk

▶ COVID-19-ITS Koordination; 24/7 Monat

- ▶ Telemedizinische Visiten
- ▶ Telefonische Beratungen
- ▶ > 350 koordinierte Verlegungen, 2. Welle



aktuelle Beatmung und ECMO Einsatz bei COVID-19 ITS Patienten der Charité



Stand 18.11.2020

Intensivmedizin in Deutschland

	Alle Krankenhäuser	Krankenhäuser mit ITS-Versorgung	ITS-Tage	ITS-Fälle	Mechanische Beatmung
	1,942	1,160	8,081,460	2,131,216	430,452
Kleine Krankenh. (<299)	-	-	-	542,736	93,095
Mittlere Krankenh. (<800)	-	-	-	945,422	183,698
Große Krankenhäuser	-	-	-	643,058	153,659

Research summary October 2018

Rethinking acute medical care in smaller hospitals

Dr Louise Vaughan, Nigel Edwards, Caroline Freeman and Ben Collins

nuffield trust

"There needs to be a shift from the 'all or nothing' understanding of acute service provision to one that is more 'modular'."

"Small hospitals need to be part of a wider system, with strong links to local services and support from other hospitals – in particular specialist centres. This needs to be formalised and much more reliable than is often the case at present."

SAVE-Berlin@COVID-19 – Telemedizin 24h/7 im Jahr

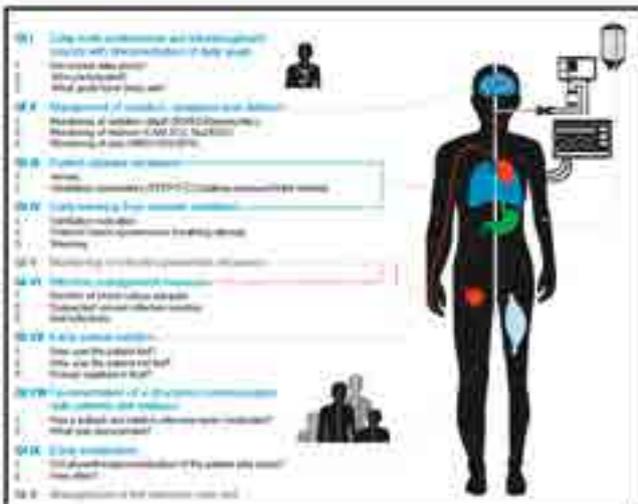


Ziele:

- ▶ Beratung zu Therapiemaßnahmen
- ▶ Intensivmedizinische Basistherapie (SPACE)
- ▶ Die Berliner Intensivstationen wachsen zu einem Team zusammen


FOLIE 20

SAVE-Berlin@COVID-19 – Telemedizin 24h/7 im Jahr



Control



QI Dokumentation

Intervention



Tele-ICU Hub



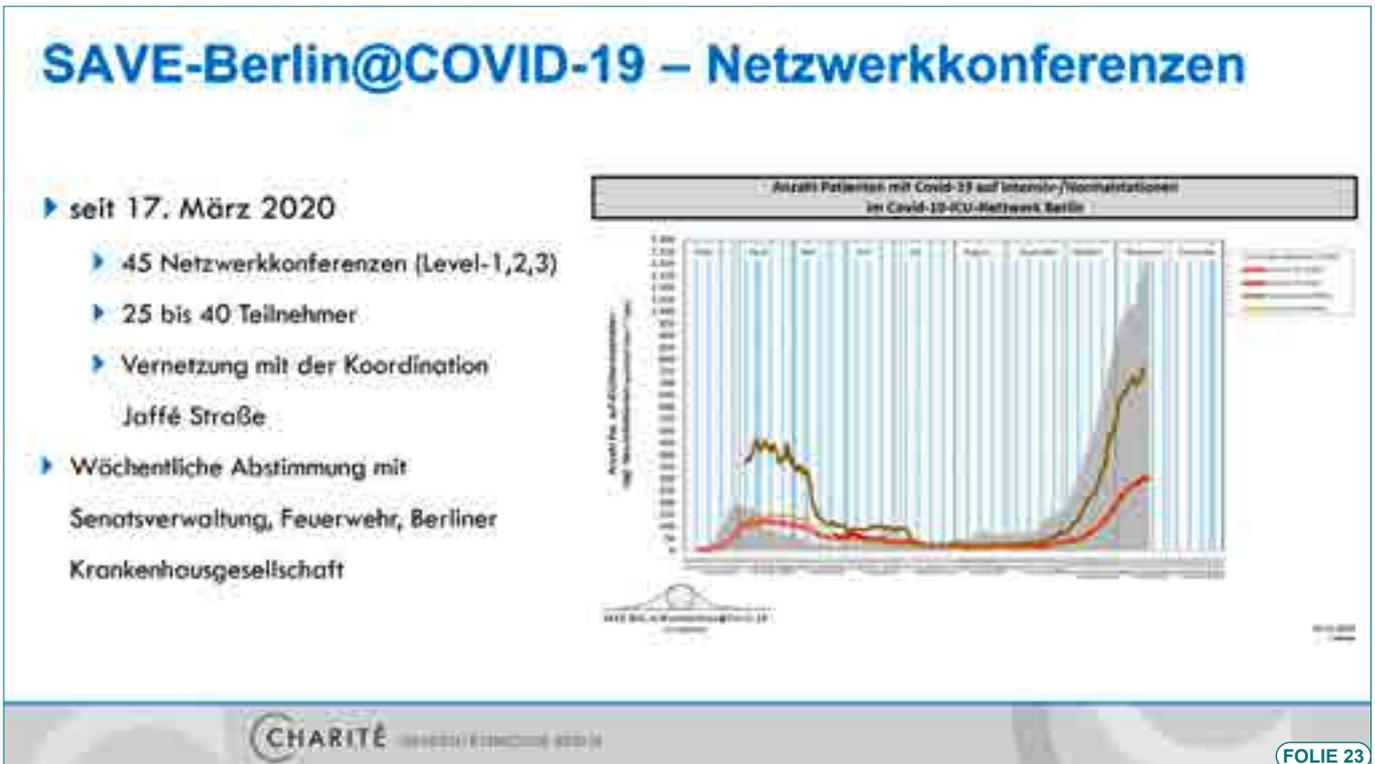
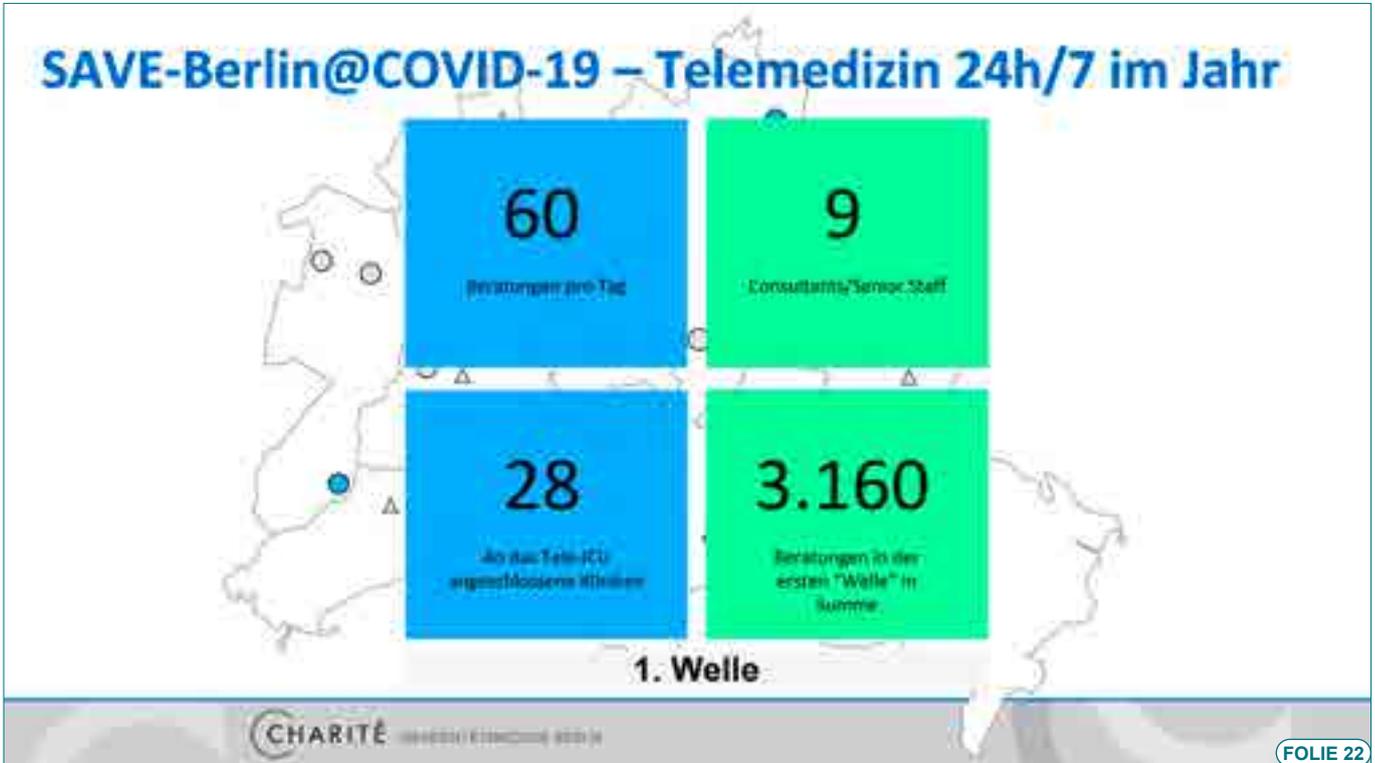
Remote ITB



(334) 000 9000
+49 (0) 30 610 31000

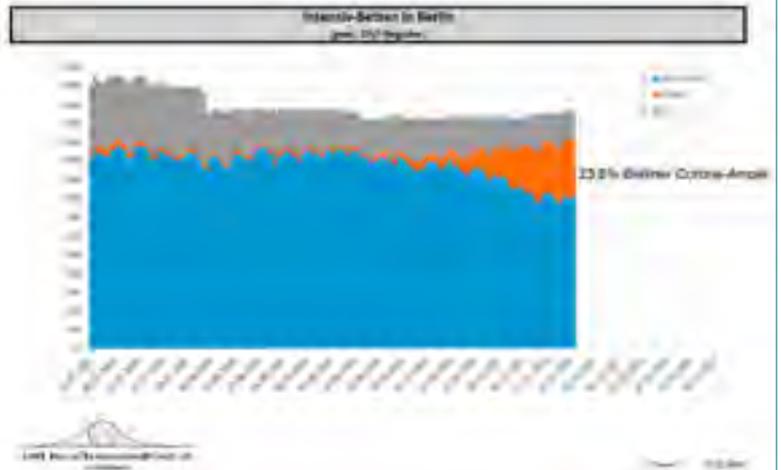
Szejnck F, Albers L, et al. Leopoldina Abstracts 2020


FOLIE 21



SAVE-Berlin@COVID-19 – Netzwerkkonferenzen

- ▶ seit 17. März 2020
 - ▶ 45 Netzwerkkonferenzen (Level-1,2,3)
 - ▶ 25 bis 40 Teilnehmer
 - ▶ Vernetzung mit der Koordination Jaffé Straße
- ▶ Wöchentliche Abstimmung mit Senatsverwaltung, Feuerwehr, Berliner Krankenhausgesellschaft



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Dr. med. Ute Teichert, MPH, Vorsitzende des BVÖGD (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.)

Die Sicht des ÖGD

— **Elimar Brandt:** Meine Damen und Herren, Frau Dr. Teichert ist uns nun aus Bonn zugeschaltet. Wir freuen uns, dass Sie heute bei uns sind – herzlich willkommen in Berlin! Nach Ihrem Studium der Humanmedizin haben Sie sich sehr stark im Öffentlichen Gesundheitsdienst engagiert. Sie sind Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen, haben einen Master of Public Health und sind Direktorin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Zum Schluss dieser Zukunftswerkstatt hören wir nun Ihren Beitrag zum ÖGD, der ja in den vergangenen Monaten in den Fokus gerückt ist. Wir sind gespannt auf Ihre Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Pandemie. Bitte schön!

— **Dr. med. Ute Teichert, MPH:** Vielen Dank für die nette Einführung. Ich kann nahtlos anknüpfen an meinen Vorredner, Prof. Weber-Carstens. Tatsächlich bin ich schon sehr lange Zeit mit Leib und Seele im ÖGD. Erst in diesem Jahr ist er jedoch in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. In unserem Bereich ist plötzlich sehr vieles möglich. Ich hätte nie gedacht, dass wir mal an einen Punkt kommen, wo der ÖGD eine so wichtige Rolle spielen wird und Schranken, die es bisher immer gab, in Diskussionen überwunden sind. Ich freue mich daher sehr, Ihnen jetzt einen Rück- und Ausblick auf den ÖGD zu geben.

Wir haben viel mit dem Föderalismus zu tun. Es ist an sich gut, dass wir regional abgestimmte Maßnahmen treffen können. Derzeit ist dies aber mitunter auch schwierig, wenn wir etwa an die Stichworte Beherbergungsverbot oder Quarantäne denken. Da versteht man kaum noch: Warum handhabt Bundesland A das so und Bundesland B macht es anders?

FOLIE 2, SEITE 66 Auf diesem Schaubild sehen Sie, wie der ÖGD in Deutschland strukturiert ist. Es gibt mehrere Ebenen. Oben in Blau ist die Bundesregierung dargestellt, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Minister Jens Spahn, der sein Amt auch schon vor der Pandemie ausgesprochen aktiv ausgeführt hat. Dem Ministerium sind verschiedene Bundesoberbehörden angegliedert, das bekannteste ist das Robert Koch-Institut (RKI). Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) spielt beim Thema Impfung derzeit ebenfalls eine zunehmend wichtige Rolle.

Zwischen den gestrichelten Linien ist in dieser Grafik die Länderebene abgebildet. Gesundheit ist Ländersache: Es gibt in jedem Bundesland eigene Gesetze in Bezug auf den ÖGD, aber auch für alle anderen Bereiche. Und die Strukturen in den einzelnen Ländern sind sehr unterschiedlich. Die Gesundheitsämter selber, unten im Bild in Grün mit rotem Rand markiert, sind auf kommunaler Ebene angesiedelt. Sie gehören zu den Kreis- oder Stadtverwaltungen – außer in Bayern, dort gehören sie mit zum Land. Das verdeutlicht, warum mitunter insgesamt die Kommunikation schwierig ist und warum so viele Personen eine Rolle spielen und mitreden.

Der ÖGD ist in sehr vielen Bereichen tätig. Er hat mit allen Altersgruppen zu tun. Das fängt an bei den frühen Hilfen nach der Geburt, geht über die Einschuluntersuchungen bis in alle Lebensbereiche hinein. 2015, als viele Geflüchtete nach Deutschland kamen, waren es die Gesundheitsämter, die die entsprechenden Gesundheitsuntersuchungen durchgeführt haben. Auch die zahnmedizinische Vorsorge ist ein klassisches Thema des ÖGD – genauso wie Trinkwasserüberwachung, Umweltfragen sowie aufsuchende Hilfen bei Personengruppen, die nicht im normalen Versorgungssystem erfasst werden oder besondere Hilfe benötigen, wie etwa psychisch Kranke oder Wohnungslose.

Ganz wesentlich ist zudem die Gesundheitsberichterstattung. Zurzeit wird jeden Tag auf die Zahl der positiv auf das Coronavirus Getesteten geschaut. Aber es werden natürlich noch viele andere Statistiken in Gesundheitsberichten

erfasst, die für die Politik als wichtige Grundlage dienen, um weitere Entscheidungen treffen zu können. Ein Bereich, wo auch etliche Schnittstellen zu Ihnen bestehen, ist die Hygiene. Das umfasst vor allem Krankenhaushygiene, aber auch MRE-Netzwerke, Aufsicht über weitere medizinische Einrichtungen sowie Schulen, Kitas und noch viel mehr. Dies soll als kleiner Einblick in den spannenden Arbeitsalltag der Gesundheitsämter genügen.

FOLIE 3, SEITE 67 Der ÖGD hat ein Leitbild. Es wurde vor zwei Jahren in einem großen, konsensualen Prozess von den Gesundheitsämtern und den Gesundheitsminister*innen der einzelnen Bundesländer entwickelt. Es umfasst zehn Leitsätze für die Arbeit im Öffentlichen Gesundheitswesen. Zudem ist der ÖGD finanziell insoweit unabhängig, als er mit der ärztlichen Vergütung nichts zu tun hat, sondern von Steuergeldern getragen wird.

FOLIE 4, SEITE 67 Wir haben an der Akademie auch Podcasts zur Arbeit der Gesundheitsämter erstellt. Darin erzählen die Kolleg*innen von ihrem Arbeitsalltag in der Pandemie, was sich in den Gesundheitsämtern ereignet und welche Probleme auftauchen. Oder sie äußern sich zu aktuellen politischen Themen. Unsere Podcast-Serie ist so etwas wie das Tagebuch der Krise. Dort können Sie ganz praktisch und lebensnah nachhören, was in den Gesundheitsämtern passiert.

Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit zudem auf das Projekt „medis4ÖGD“ richten – eine Freiwilligenbörse, die der BVÖGD ins Leben gerufen hat. Wir vermitteln Medizinstudierende zur Aushilfe an Gesundheitsämter und dieser Einsatz wird über das Bundesgesundheitsministerium finanziert. Die Studierenden sind eine wichtige Hilfe und wir sind sehr froh über die Unterstützung, die wir von dieser Seite bekommen.

FOLIE 5, SEITE 68 Durch die Pandemie bietet sich dem ÖGD eine historische Chance, denn der Bund hat sich bereit erklärt, ihn zu stärken. Und das, obwohl eigentlich die Kommunen in der Verantwortung sind. Trotzdem hat der Bund jetzt erkannt, dass die Strukturen im ÖGD dringend auch nachhaltig gestärkt werden müssen. Deswegen gibt es den sogenannten ÖGD-Pakt. Die Bundesregierung zahlt vier Milliarden Euro an die Länder, damit sie das Personal aufstocken und die Digitalisierung vorantreiben können. Der Förderzeitraum ist auf sechs Jahre festgesetzt. Jens Spahn sagte dazu: „Wir wollen die Corona-Krise nicht nur irgendwie überstehen. Wir wollen daraus lernen, den

ÖGD so aufzustellen, dass er für künftige Pandemien gerüstet ist.“

FOLIE 6, SEITE 68 Zusätzlich zu den im Pakt enthaltenen vier Milliarden Euro gibt es noch in diesem Jahr 50 Millionen Euro, die für die Digitalisierung der Gesundheitsämter verwendet werden sollen. Denn wir brauchen eine ausreichende personelle und digitale Ausstattung, um alle bevölkerungsmedizinischen Aufgaben zu erfüllen. Damit sie in Krisenzeiten nicht priorisiert werden müssen – wie aktuell etwa die Kontaktpersonennachverfolgung –, wodurch andere Aufgaben zurückgestellt werden müssen oder gar komplett entfallen.

FOLIE 7, SEITE 69 Trotz der zugesagten Unterstützung läuft natürlich noch nicht alles rund. Der Anfang ist gemacht, aber der ÖGD-Pakt ist auf die nächsten sechs Jahre ausgelegt. Und von den zugesagten Geldern ist in diesem Winter noch nichts angekommen. Daher sind die jetzigen Strukturen noch die gleichen wie zu Beginn der Pandemie. Auch die Digitalisierung in den Gesundheitsämtern ist noch nicht weiter ausgebaut. Die Schnittstellen sind ein großes Problem, oft fehlt die Technik vor Ort. Die Corona-Testergebnisse kommen infolgedessen häufig nicht auf digitalem Weg bei den Gesundheitsämtern an, sondern durchaus noch per Fax. Die Daten müssen dann in eine digitale Form überführt werden. In diesem Bereich gibt es also nach wie vor jede Menge Handlungsbedarf.

Gleiches gilt für das Personal: Wir haben zwar jetzt jede Menge Unterstützungskräfte – neben den vorhin erwähnten Medizinstudierenden sind mittlerweile auch mehr als 5.000 Bundeswehrsoldat*innen in den Gesundheitsämtern im Einsatz. Das ist ein wichtiger Schritt und ein starkes gesellschaftliches Signal. Doch langfristig brauchen wir mehr Fachpersonal, denn nur mit Hilfspersonal allein sind diese komplexen Herausforderungen nicht zu stemmen. Zudem müssen wir klären: Was sind ärztliche Aufgaben? Können wir durch Delegation und Digitalisierung Verwaltungsaufgaben reduzieren, um besser und schneller arbeiten zu können? Ein großes Problem in der Krise ist überdies, dass bisher der ambulante Bereich, der stationäre Bereich und der öffentliche Gesundheitsbereich weitgehend unabhängig voneinander existieren. Es gibt keine übergreifende Struktur und nur sehr wenig Austausch untereinander. Das zeigt sich jetzt sehr deutlich.

FOLIE 8, SEITE 69 Es geht aber auch anders. In Schleswig-Holstein beispielsweise ist es gelungen, dass

die KV Schleswig-Holstein und die Gesundheitsämter ihre Daten in eine zentrale Datenbank einpflegen und darüber zusammenarbeiten. Das heißt: Die Daten der positiv Getesteten werden von den Gesundheitsämtern oder direkt vom Labor ins System eingegeben. Die Quarantäne wird dann von den Gesundheitsämtern ausgesprochen und die Patient*innen werden von ihren niedergelassenen Hausärzt*innen während der Quarantäne betreut. Diese wiederum pflegen die Daten ebenfalls ins System ein, sodass ein ständiger Austausch zwischen den Gesundheitsämtern und den niedergelassenen Ärzt*innen stattfindet.

FOLIE 9, SEITE 70

Hier sehen Sie, wie das eCovid-Portal im Wesentlichen funktioniert. Das Gesundheitsamt sendet eine PCR-Abstrichanforderung an das gemeinsam genutzte Portal, sodass ein Kreislauf entsteht. Ich halte dieses für ein sehr gutes System. Die Kolleg*innen vor Ort sind auch sehr zufrieden und berichten, dass die Zusammenarbeit sehr gut funktioniert. Deswegen möchte ich anhand dieses Positivbeispiels einmal hervorheben, was bereits heute machbar ist und auch umgesetzt wird.

FOLIE 10, SEITE 70

Die Pandemie hat uns vor Augen geführt, wie wichtig es ist, bevölkerungsmedizinisch zu denken und nicht nur individualmedizinische Aspekte in den Vordergrund zu stellen. Das ist die klassische Domäne des ÖGD. Es darf nicht weiter allein in Sektoren gedacht werden, sondern wir müssen auch darüber hinaus schauen und innovative Prozesse für mehr Schnittstellen in diesen Bereichen fördern, etwa über den Innovationsfonds oder ähnliche Programme.

Der ÖGD ist ein wesentlicher Faktor für die Versorgung der Bevölkerung. Man muss ihn daher grundsätzlich in die Planung mit einbeziehen, auch in Bezug auf Ressourcen. Zu Beginn der Pandemie etwa waren die Gesundheitsämter bei der Verteilung der Schutzanzüge nicht mitberücksichtigt. Und wir haben noch während der Pandemie im Rahmen einer Gesetzgebung darüber diskutieren müssen, ob es notwendig ist, dass Gesundheitsämter Kartenlesegeräte haben. Es war an einigen Stellen nicht bekannt, dass auch dort Patient*innen hinkommen und man entsprechend an Daten gelangen muss. Das muss sich aus meiner Sicht ändern.

FOLIE 11, SEITE 71

Der ÖGD bietet viele Chancen und Möglichkeiten – insbesondere bei der Versorgungsplanung medizinischer Strukturen. Nutzen Sie dieses Know-how! Wir müssen die Gesundheit der Bevölkerung in den Fokus

rücken und auch die Politik nochmals dazu aufrufen. Wir wollen nicht abwarten, bis wir in der nächsten Pandemie erneut Probleme im Brennglas sehen. Wir sollten die Zeit jetzt nutzen und Lehren aus der Krise ziehen. Dies war mein Schnelldurchlauf durch den ÖGD. Wenn Sie darüber hinaus noch Ansätze oder Fragen haben, können Sie sich gerne mit mir in Verbindung setzen.

— **Elimar Brandt:** Vielen Dank, liebe Frau Dr. Teichert! Das war wichtig und wesentlich, was Sie uns vermittelt haben. Ich habe auch gemerkt, wie in der Pandemie der ÖGD in den Fokus gerückt ist. Das hatten wir so über viele Jahre gar nicht wahrgenommen. Ich beziehe mich da durchaus mit ein. Ich habe auch mitgekriegt, wie es ist, wenn man das Gesundheitsamt konsultiert und die sagen: „Wir können keine Antworten geben, weil wir nicht genug Personal haben.“ Sehen Sie die Chance, dass der ÖGD jetzt nicht nur eine andere Struktur, sondern auch eine andere Wertschätzung und größere Plattform bekommt – im gesamten Geschehen, wie wir Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland weiterentwickeln?

— **Dr. med. Ute Teichert, MPH:** Ich war schon immer der Überzeugung, dass der ÖGD sehr wichtig ist. Ich bin froh, dass sich diese Erkenntnis jetzt auch in anderen Bereichen durchsetzt. Aber ich glaube, wir nutzen das Potenzial zur Zusammenarbeit noch nicht ausreichend. Es gibt so viele gute Ansätze, gemeinsam etwas voranzutreiben. Und ich hoffe sehr, dass nun ein Umdenken einsetzt, das einen nachhaltigen Effekt haben wird. Ich arbeite jedenfalls daran und bin fest davon überzeugt, dass wir zum Wohle der Bevölkerung gemeinsam vorankommen.

— **Elimar Brandt:** Wir haben das Beispiel aus Schleswig-Holstein wahrgenommen und das wird uns sicherlich auch weiterhin beschäftigen. Wir werden das, was wir heute gehört haben, in unseren Expert*innengremien auf die Agenda setzen, darüber diskutieren und daraus Schlüsse für die Zukunft ziehen. Also vielen Dank, liebe Frau Dr. Teichert!

BVÖGD Bundesverband der Ökonomie- und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2020 am 20.11.2020

Dr. med. Ute Teichert, MPH
Vorsitzende des BVÖGD

WWW.BVOEGD.DE

FOLIE 1

BVÖGD Bundesverband der Ökonomie- und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

ÖGD in Deutschland

Bundesebene

- Bundeszweigstelle
- Bundeszweigstelle für Infektionsschutz

Landesebene

- Landesgesundheitsbehörden
- Landesgesundheitsämter

Municipal Ebene

Municipal health authorities

Municipal health offices

WWW.BVOEGD.DE

FOLIE 2

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ... Unser Leitbild



10 LEITBILDPRINZIPIEN
2014
2009/2011

1. Die die Öffentliche Gesundheitsdienstleistung ist die Grundlage der Bevölkerung.
2. Die Öffentliche Gesundheitsdienstleistung ist ein öffentlich-rechtliches Dienstleistungswesen.
3. Die Öffentliche Gesundheitsdienstleistung ist ein öffentlich-rechtliches Dienstleistungswesen.
4. Die Öffentliche Gesundheitsdienstleistung ist ein öffentlich-rechtliches Dienstleistungswesen.
5. Die Öffentliche Gesundheitsdienstleistung ist ein öffentlich-rechtliches Dienstleistungswesen.
6. Die Öffentliche Gesundheitsdienstleistung ist ein öffentlich-rechtliches Dienstleistungswesen.
7. Die Öffentliche Gesundheitsdienstleistung ist ein öffentlich-rechtliches Dienstleistungswesen.
8. Die Öffentliche Gesundheitsdienstleistung ist ein öffentlich-rechtliches Dienstleistungswesen.
9. Die Öffentliche Gesundheitsdienstleistung ist ein öffentlich-rechtliches Dienstleistungswesen.
10. Die Öffentliche Gesundheitsdienstleistung ist ein öffentlich-rechtliches Dienstleistungswesen.

FOLIE 3

BVÖGD Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Aktuelle Infos aus dem ÖGD in der Pandemie

News und Know-How für den ÖGD

Projekt: medis4ÖGD

<https://oegd.gmp-podcast.de/>

<https://www.bvoegd.de/medis4oegd/>

Best Practice in der Krise

Partner des ÖGD

PSA-Serie

74 Podcasts – aus der Praxis für die Praxis

WWW.BVOEGD.DE

FOLIE 4

Historische Chance für den ÖGD

- Im **ÖGD-Pakt** stellt der Bund **4 Milliarden Euro** für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen zur Verfügung. Bund und Länder sind übereingekommen, bereits im nächsten Jahr mit der ersten Tranche der Förderung zu starten. Der Förderzeitraum wird auf sechs Jahre festgesetzt.
- *„Bund und Länder haben während der Pandemie zusammen festgestellt, dass es Defizite gab. Wir wollen die Corona-Krise nicht nur irgendwie überstehen. Wir wollen daraus lernen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst so aufzustellen, dass er für künftige Pandemien gerüstet ist.“*

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

WWW.BVÖGD.DE

FOLIE 5

Was ist für den ÖGD geplant?

- ✓ kurzfristig: 50 Mio. Euro für die Digitalisierung der Gesundheitsämter
- ✓ mittelfristig: 4 Mrd. Euro im „Pakt für den ÖGD“
- längerfristig: Der ÖGD braucht ausreichende personelle und digitale Ausstattung, um seine bevölkerungsmedizinischen Aufgaben zu erfüllen, damit in Krisenzeiten nicht die Aufgaben priorisiert werden müssen oder wegfallen.

WWW.BVÖGD.DE

FOLIE 6

Wie sieht es mit den Schnittstellen aus?

- Der nur gering ausgebaute digitale Status der regionalen Gesundheitsämter stellt sich in der Covid-Krise als extrem nachteilig heraus und ist einer der Gründe, warum der öffentliche Gesundheitsdienst die ihm in Pandemieplänen zugewiesenen Aufgaben nicht vollumfänglich erfüllen kann.
- Hilfspersonal für Gesundheitsämter ist für Ermittlungssituationen sicher wichtig, zentrale ärztliche Aufgaben werden damit nicht abgelöst.
- Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollten sich ärztlichen Überwachungs-, Beurteilungs- und Meldeaufgaben widmen können und nicht durch veraltete papiergebundene Sekundärprozesse in ihrem Handeln gehindert sein.
- Die pandemische Krise hat zudem die deutliche Sektorentrennung des ÖGD zu Vertragsärzten und Kliniken gezeigt.

WWW.BVOEGD.DE

FOLIE 7

Good practise Beispiel: KVSH

- In der Zusammenarbeit von KVSH, dem Sozialministerium des Landes und den regionalen Gesundheitsämtern ist in Schleswig-Holstein erstmals eine digitale Basis gelegt, die zentrale Aufgaben der Gesundheitsämter in einer Pandemie als operative Prozesse abbildet und damit eine Zusammenarbeit mit KV und Vertragsärzten effizient ermöglicht.

WWW.BVOEGD.DE

FOLIE 8

BVÖGD Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

eCovid-Portal

PCR-Abstrichanforderungen von Gesundheitsämtern an Praxen oder KVSH-Testzentren

```

graph LR
    GA[Gesundheitsamt] -- Abstrichanforderung --> eCovid[eCovid KVSH]
    eCovid --> Arzt[Arzt]
    eCovid --> TZ[Testzentrum]
    Arzt --> Lab[Labor]
    TZ --> Lab
  
```

WWW.BVOEGD.DE

FOLIE 9

BVÖGD Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Neue Perspektiven

- In der Corona Pandemie zeigt sich, wie wichtig der Gesundheitsschutz der Bevölkerung und damit auch Bevölkerungsmedizin für die Gesundheitsversorgung einzelner, aber auch die ganze Gesellschaft ist.
- Innovative Prozesse an der Schnittstelle zwischen ÖGD und Vertragsärzten müssten über den Innovationsfonds oder andere Förderprogramme abgebildet, entwickelt und damit letztlich einer sektorübergreifenden Regelversorgung zugeführt werden können.
- Der ÖGD muss als Versorgungsstruktur grundsätzlich mit eingeplant werden (Verteilung von Schutzanzügen, Kartenlesegeräte, etc.) sowohl bei der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen als auch bei der Gesetzgebung.
- Nutzen Sie doch die Kompetenzen des ÖGD bei der Versorgungsplanung medizinischer Strukturen (z.B.: Krankenhausplanung, ärztliche Versorgung im ländlichen Raum, sektorenübergreifende Versorgungsplanung)!
- Das erfordert ein Umdenken
 - in allen Bereichen für die Gesundheit der Bevölkerung und
 - bei allen politisch Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden.

WWW.BVOEGD.DE

FOLIE 10

Dr. med. Ute Teichert MPH
BVÖGD Bundesgeschäftsstelle

Joachimsthaler Str. 10
10719 Berlin

Tel: 030/ 8872737-55

info@bvoegd.de

ute.teichert@bvoegd.de

WWW.BVOEGD.DE

6. Abschluss und Verabschiedung



Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e. V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 2 „Innovative Versorgung“

Meine Damen und Herren, unsere siebte Zukunftswerkstatt neigt sich dem Ende zu. Ich danke Ihnen allen sehr – wo immer Sie sich engagiert und zugehört haben. Natürlich bedarf es nun weiterer Diskussionen. Wir brauchen dringend eine Antwort auf die Frage: Wie kriegen wir es endlich hin, nicht nur über sektorenübergreifende Versorgungsformen und -strukturen zu diskutieren, sondern diese auch zu realisieren? Vielleicht ist diese Pandemie tatsächlich der Schlüssel dafür, dass die Politik nun mutig an Gesetze herangeht und andere Möglichkeiten schafft, die wir als Akteur*innen vor Ort so gerne hätten. Wie können wir Patient*innen, Menschen in Pflegeeinrichtungen oder auch

pflegende Angehörige zu Hause angemessen begleiten und unterstützen? Wir werden mit der Zukunftswerkstatt dranbleiben und immer wieder die Themen fokussieren, die uns nicht erst heute bewusst geworden sind, sondern die wir auch in den nächsten Monaten in unseren Expert*innengremien herauskristallisieren.

Ich danke sehr herzlich der Ministerin Ursula Nonnema-cher, die uns deutlich aufgezeigt hat, wo sie mit ihrer Gesundheitspolitik steht. Ein ebenso herzliches Dankeschön geht an unseren Staatssekretär Martin Matz für sein Grußwort und seine Akzentsetzungen. Wir haben damit Vorlagen aus der Politik bekommen, die wir aufgreifen werden. Großer Dank gebührt zudem unseren Referent*innen – das war eine tolle Crew, die wir heute hatten! Die Zukunftswerkstatt 2020 kann sich wirklich sehen lassen, dafür haben Sie alle gesorgt. Ich möchte mich auch bedanken bei den Kolleg*innen, die diese Zukunftswerkstatt inhaltlich vorbereitet haben. Schön, dass wir über Jahre nun schon so engagiert in dem Expert*innengremium zusammen sein können, im Handlungsfeld für innovative Versorgung.

Was wäre diese Zukunftswerkstatt ohne diese fantastischen Personen in der Technik gewesen? Das hat mir persönlich eine große Gelassenheit ermöglicht – ein großes Lob dafür! Zum Schluss möchte ich mich ganz besonders bei Claudia Lyhs von der Wirtschaftsförderung Brandenburg und Katharina Repp von Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie bedanken. Mit diesen beiden Damen durfte ich diese Zukunftswerkstatt konkretisieren. Vielen Dank Ihnen allen. Bleiben Sie gesund – auf Wiedersehen, bis zur nächsten Zukunftswerkstatt 2021!

7.

ZUKUNFTSWERKSTATT INNOVATIVE VERSORGUNG 2020

20.11.20

ZUKÜNFTIGE LÄNDERÜBERGREIFENDE
VERSORGUNG MIT & NACH CORONA

POLITIK

URSULA NONNEMACHER
MINISTERIN

WIR SEHEN/
BRÄUCHEN

WICHTIGKEIT DER 3 SÄULEN
DES GESUNDHEITSSYSTEMS

- STATIONÄR SYSTEM IN KÜRZESTER ZEIT REAGIERT
- REGIONALE NETZWERKE
- STAATL. UNTERSTÜTZUNG

- ▷ AMBULANT
- ▷ STATIONÄR
- ▷ ÖFF. GESUNDH. DIENST
- +
- ▷ KOMMUNEN
- ▷ BILDUNG
- ▷ POLIZEI, DN, HILFSORG.

MARTIN MATZ
STAATSEKRETÄR

**AUSTAUSCH ZW.
BERLIN & BRANDENBURG:**

↳ KURZFRISTIGE (UM)PLANNUNG:

- ▷ SCHUTZANRÜSTUNG
- ▷ BEATMUNGSGERÄTE
- ▷ INTENSIVBETTEN

↳ (POST)SAVE-COVID-KONZEPTE

↳ ZENTRALE
KOORDINIERUNG
ZUR UMSETZUNG

↳ TELEMEDIZINISCHE
BERATUNG

ÜBERREGIONAL:

↳ "KLEBLATTKONZEPT"
MIT ANGRENZENDEN
BUNDESL. IM FALL VON
ÜBERLASTUNG



"BETTEN ALLEINE
FÜLLEN NICHT"

BLICK AUF DIE
MITARBEITENDEN

DANKE!

HERAUSFORDERUNGEN

PFLEGE-
PERSONAL

UMSETZUNG DER
IMPFFSTRATEGIE



BEVÖLKERUNG
& PERSONAL
ÜBERZEUGEN

LOGISTIK
ERREICHBARKEIT
KOORDINIERUNG

PROBLEME BEIM
3. BEV-SCHUTZGESETZ:

- ▷ FREIHALTEPAUSCHALEN
- ▷ VERSORGENSKAPAZITÄT
- ▷ BINDUNG AN MINDESTSTUFEN
- ▷ KOPPLUNG AN NOTFALLSTUFEN
- ▷ ORIENTIERUNG AUF INTENSIVPAT
- ▷ LEISTUNGSGRENZEN



ZENTRALES ZIEL

HOCHWERTIGE VER-
SORGUNG IN ALLEN
TEILEN DES LANDES

REFORMDRUCK
DURCH CORONA
SICHTBAR GEWORDEN

"PANDEMIEARBEIT
IST TEAMARBEIT"

PROJEKT:
GEMEINSAME
KR.-PLANUNG

CLUSTER
GESUNDHEITS
WIRTSCHAFT



HealthCapital
BERLIN BRANDENBURG

FEDERATION
ELIMAR BRANDT

GRAPHIK
@ELEMENMAN

7.

ZUKUNFTSWERKSTATT INNOVATIVE VERSORGUNG 2020

ZUKÜNFTIGE LÄNDERÜBERGREIFENDE
VERSORGUNG MIT & NACH CORONA

IMPULSE

PROF. DR. MED.
CHRISTOF V. KALLE

SCHNELLE REAKTION
GEMEINSCHAFT!
BELASTUNGSTEST GESUNDH.-SYST. ✓
→ KLINIKEN GUT AUFGESTELLT

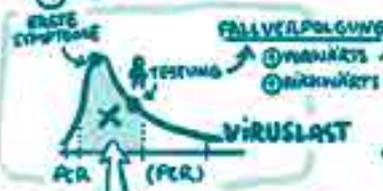
WAS LIEF GUT/SCHLECHT?

PROF. DR. MED.
CHRISTIAN DRÖSTEN

DIAGNOSTIK

"TESTEN, TESTEN, TESTEN"

SCHWIERE SYMPTOME
SPEZIFISCHE SYMPTOME
KLARER KONTAKT
JEDL. SYMPTOME & RISIKO



ANTIGEN SCHNELLTESTS

"POINT OF CARE" (AgPOCT)

IDEAL FÜR INFECTIÖSEN ZEITRAUM

FLÄCHENDECKENDE TESTUNG ALLER?

- PROBLEME:
- ▷ ERREICHBARKEIT/FREIWILLIGKEIT
 - ▷ KAPAZITÄTEN/AUFWAND BEI VERFOLGUNG BEI POS.
 - ▷ MEHR FALSCH-POS. (1%) → FOLGEN BEI QUARANTÄNE

ja!

- WENN:
- SYMPTOMAUSRICHTUNG
 - KEINE MASSENTSTUNG BEI NIEDR. POS.-ERWARTUNG
 - FUNKTIONIEREN MIT & OHNE SYMPTOME
 - ZUR QUARANTÄNEVERKÜRZ.
 - FÜR WICHTIGE EINRICHTUNGEN

"PANDEMIE-PRÄVENTION HAT KEINEN EIGENTUMER"

VERSORGUNG ZU BEGINN
REGIONAL GR. UNTERSCHIEDE
"DIGITAL NAIV" → BEREITSCHAFT!?

SOMMER VERSCHLAFEN?!

HÄTTE HÄRTER KOMMEN KÖNNEN!
"CORONA IST NUR GRÜß AUS DER KÜCHE"

RUHEN WIR UNS AUF DEN LORBEEREN AUS!

- ★ FIRST PRINCIPLES THINKING (WAS WILL MAN TATSÄCHLICH ERREICHEN)
- ★ VISION ZERO FÜR'S GESUNDHEITSWESEN (0-TOLERANZ F. VERMEIDBARE TODESFÄLLE) → Bsp. VERKEHRSSICHERHEIT, LUFTFAHRT, ...

- VERSORGUNG
- ▷ LOGISTIK
 - ▷ KOSTEN
 - ▷ DATEN → DATENSCHUTZ VS. PATIENTENSCHUTZ

MARKTMECHANISMEN

- ▷ FORSCH. & ENTW. AUS DEUTSCHLAND
- ▷ ENDKUNDENNACHFRAGE ≠ PREPAREDNESS
- ▷ PROPHYLAKTISCHE FORSCH. & ENTW.
- ▷ VORBEREITUNG SYSTEMISCHER PREPAREDNESS

AUßERHALB DER "ICE-BLASE" DENKEN!

ABER: AgPOCT = TESTUNG AUF INFECTIOSITÄT, NICHT INFektion!

MODERATION
ELIMAR BRANDT
GRAPHIK
@CLEMENMAN



HealthCapital
BERLIN BRANDENBURG

7.

ZUKUNFTSWERKSTATT INNOVATIVE VERSORGUNG 2020

20.11.20

ZUKÜNFTIGE LÄNDERÜBERGREIFENDE
VERSORGUNG MIT & NACH CORONA

ERFAHRUNGEN

STEFFI MÜROSLAW

STATIONÄRE VERSORGUNG IM LÄNDL. RAUM

FLÄCHENLÄNDER
OHNE LOBBY (~20%)

- ▷ WILLE ALLER ZUR VERBESSERUNG
SEKTORÜBERGREIFENDER VERSORGUNG
↳ WETTBEWERB ALLEIN HILFT NICHT
- ▷ GARANTIE VON: QUALITÄT ▽ VERSORGUNG
WIRTSCHAFTLICHKEIT
- ▷ BEDARFSORIENTIERTE GESUNDH. ZIELE

↳ ANBIERE ZUR STÄRKEREN
AMBULANTISIERUNG

- ↳ GLG-BSP.:
- SCHLAGANFALLVERSORG.
 - ONKOLOG. ZENTRUM
 - AUGENHEILKUNDE



HOLGER RÖSTEK

BERLIN VS. BRANDENBURG

„VERSORGUNG
GEMEINSAM
GESTALTEN!“
- KVBB

- ▷ PROBLEM: GROßE ENTFERNUNGEN (1-2h?)
↳ 50 COVID-ABKLÄRUNGSSTELLEN
- VIELSCH. INSITUTIERENDE GEMEINSAM
- SELBSTORGANISATION DER REGIONEN/
DEZENTRALISIERUNG
- LOGISTIK ÜBER DRK-FAHRDIENST



- ▷ PROBLEM: KOMMUNIKATION
ZW. ALLEN AKTEUREN
- ↳ KOMMUNIKATIONSTEAMS VON BMA
& FESTE ANSPRECHPARTNER

- VERTRAUEN
- HANDLUNGSRAHMEN/
KONTROLLE
- ABSTIMMUNG/
ZUSAMMENSPIEL

- ▷ PRAKTIKER-NETZWERK & REGELM. AUSTAUSCH
ÜBER SEKTORENGRENZEN HINWEG
- ▷ REGELBETRIEB IN ABKLÄRUNGSSTELLEN
MÖGLICH DANK KOORDINATION
↳ VORBILD FÜR IMPFUNG

GUTE ARBEITS-
BEDINGUNGEN
= GUTE
LEISTUNG

**DR. MED.
UTE TEICHERT**

ÖFFENTL. GESUNDHEITSDIENST

- ↳ GESUNDHEITSDIENSTE DER KOMMUNEN
- GESUNDHEITSPRÜFUNGEN
- ZAHNVERSORGE
- TRINKWASSER
- BES. HILFSBEDÜRFTIGE ...
- BERICHTE
- HYGIENE

↳ ÖFF. FINANZIERT



DURCH
CORONA

ÖGD-PAKT VOM BUND (2021 & 2022)

- 4 MILLIARDEN EURO
- PERSONAL
- AUSSTATTUNG

PROBLEME:

- ↳ SCHNITTSTELLEN
- ↳ DIGITALISIERUNG
- ↳ DÄUßERE FACHPERSONAL
- ↳ RELEVANZ AUFWEISEN

**PROF. DR. MED.
STEFFEN WEBER-CARSTENS**

VERSORGUNG VON INTENSIVPATIENTEN IM STÄDTISCHEN RAUM

BETTEN: GUTE AUFSTELLUNG
IN DTL IM EUROP. VERGLEICH



KAPAZITÄTEN FÜR
COVID-19 / NICHT-COVID-19
PATIENTEN

- ▷ KOMPLEXE BEHANDLUNG
VON CORONA-PATIENTEN:
BEATMUNG/LAGERUNG/THERAPIE
- ↳ NICHT JEDES BETT KANN
DIES VOLL ERFÜLLEN!
- ↳ DIVI-INTENSIVREGISTER
MIT VERSCH. KLASSIFIZIERUNGEN
- ↳ DEFINITION V. STRUKTURVORAUS-
SETZUNGEN BEI INTENSIVBEHANDL.

CONTAINMENTSTRATEGIE
TELEMEDIZIN, UNTERSTÜTZE
WIRK. NETZWERK/CONFERENCE → 24/7
DIREKTER
AUSTAUSCH

SAVE-BERLIN

ÜBERREGIONALE
VERSORGUNG
ECMO RETRIEVAL TEAM

▷ KRANKENHAUS-
QUALIFIKATION
MODULAR GESTALTEN

„MAN MUß NICHT
ALLES KÖNNEN,
SOLANGE MAN SICH
GEGENSEITIG HILFT“

MODERATION
ELIMAR BRANDT

GRAPHIK
@CLEMENMAN



HealthCapital
BERLIN BRANDENBURG

7. Online-Workshops, a posteriori

1. Workshop (24.11.2020)

Versorgungsstrategien im städtischen und ländlichen Raum: aktuelle und perspektivische Zusammenarbeit der Länder vor, mit, nach Corona

Ob in der Metropolregion oder auf dem Land: Die Corona-Pandemie hat die Gesundheitsversorgung in Berlin und Brandenburg vor große Herausforderungen gestellt. Nach den spannenden Vorträgen während der siebten und erstmals online ausgetragenen Zukunftswerkstatt kam gut ein Dutzend Verantwortliche aus dem Gesundheitssystem der Region erneut digital zusammen, um sich über die bisher gemachten Erfahrungen auszutauschen: Welche neuen Verknüpfungen sind entstanden? Was lässt sich aus der Zusammenarbeit lernen? Und was sollte sich in der Versorgungsregion Berlin-Brandenburg verstetigen, um künftig besser auf Krisensituationen vorbereitet zu sein?

Dass eine sektorenübergreifende Versorgung nötiger denn je ist, darüber herrschte Einigkeit. Dr. med. Steffi Miroslau, Geschäftsführerin der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH in Eberswalde, berichtete, dass in ihrem Verbund Covid-Patient*innen nach Abstimmung mit dem brandenburgischen Ministerium in Schwerpunkthäusern versorgt wurden. Die Kommunikation mit den jeweiligen Regionen sowie mit der Charité habe gut funktioniert. „Schon durch das ERIC-Projekt hatten wir 24/7 eine telemedizinische Verbindung zur Charité, sodass nur die ECMO-Patient*innen verlegt werden mussten, die davon profitieren.“ In der zweiten Welle sei das Geschehen diffuser: „Die Diagnostik verzögert sich, elektive Eingriffe müssen parallel geplant werden, in den Ambulanzen und Pflegediensten mehren sich die Corona-Fälle. Durch nötige Quarantänezeiten ist ein Normalbetrieb kaum möglich – wir haben mehr Personalausfälle denn je. Die sich ständig ändernden Bestimmungen zu Hygiene und Datenschutz verunsichern das Personal“, mahnte Miroslau. In ländlichen Regionen gebe es Leistungseinbrüche durch Corona, viele kommunale Häuser stünden unter großem wirtschaftlichem Druck, einige seien insolvenzgefährdet.

In Bezug auf die Frage, inwiefern Verknüpfungen zwischen der ambulanten Versorgung im ländlichen Bereich, Krankenhäusern und Rehakliniken bestehen, bestätigte ein Vertreter eines Rehabilitationszentrums im Land Brandenburg, dass diese Patient*innen zur Entlastung der Akutkrankenhäuser aufgenommen haben, jedoch keine infizierten Patient*innen. Um dies sicherzustellen, wurde jeweils immer

ein Abstrich gemacht, der nicht älter als drei Tage sein durfte, außerdem musste ein Symptomtagebuch geführt werden.

Auch aus anderen Krankenhäusern aus der Hauptstadtregion wurde über die Pandemieerfahrungen berichtet. Häuser, die bereits in der ersten Welle Patient*innen betreut hatten, konnten von der Erfahrung in der zweiten Welle profitieren, sodass Abläufe deutlich routinierter waren, trotzdem gab es weiterhin eine hohe Belastung für das Personal. Zusätzlich gab es personelle Engpässe durch Infizierte oder Verdachtsfälle. Um diesen Zustand nicht zu verschlimmern, waren sich viele einig, dass eine abgestufte Versorgung ein entscheidendes Kriterium sei und eine gute Krankenhausplanung und eine stabile ambulant-stationäre Vernetzung elementar.

Zusätzlich wurde auch die Versorgung mit Materialien (zum Beispiel Schutzausrüstung, Abstrichmaterialien) diskutiert und überlegt, ob es gegebenenfalls `nationale Mindestreserven´ oder sogar auf EU-Ebene Regelungen geben sollte. Auch EU-Produktionsstätten könnten in zukünftigen Pandemien die Abhängigkeiten vom globalen Markt entzerren.

Das dritte wichtige Thema bei der Bekämpfung der Pandemie ist die Digitalisierung. Videosprechstunden haben massiv zugenommen und die Vernetzung unter den Kliniken schreitet voran. Durch die Telemedizin kann Fachwissen in die Breite gestreut werden und kann so nachhaltige Strukturen entstehen lassen.

Des Weiteren wurde diskutiert, wie Covid-19-Übertragungen in den Krankenhäusern vermieden werden können, so wurden Corona-Ambulanzen/Schleusen o.Ä. eingerichtet, in denen potenzielle Corona-Patient*innen von allen anderen Patient*innen getrennt wurden, um auf eine Corona-Infektion zu testen und um Personal und andere Patient*innen zu schützen. Trotzdem gab es auch hier Schieflagen, weil stationäre Ärzt*innen nicht in den Abstrichstellen oder Ambulanzen aushelfen konnten, da die Finanzierung der Bereiche nicht geklärt war. So gab es hier die Forderung, Pandemiekonzepte auf allen Gebieten der Versorgung zu schaffen, sodass Personal gezielt dort eingesetzt werden könne, wo es benötigt werde.

Im ambulanten niedergelassenen Bereich und in pflegerischen Versorgungseinrichtungen gab es vermehrt Fälle, die stationär aufgenommen werden mussten. Es wurden

individuelle Lösungen mit den umliegenden Kliniken gefunden. In dieser Region musste die Tagespflege ausgesetzt werden, welche jedoch durch die Krankenkassen refinanziert wurde. Nur für die speziell ambulante Palliativversorgung gab es keine Regelungen. Auch hier war man sich einig, insbesondere beim Thema Schutzausrüstung, dass bestimmte Vorhaltereserven notwendig sind, es jedoch zu keiner Doppelvorhaltung kommen sollte.

Um zukünftig eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, gab es auch Forderungen nach einer Versorgungsplanung, die sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich einbezieht. Dafür müssten jedoch durch den Bundesgesetzgeber Strukturen aufgebrochen werden und andere Finanzierungssysteme gefunden werden. Durch eine Verzahnung des stationären und ambulanten Bereiches könnte ein höheres Qualitätsniveau erreicht werden.

Wie eine solche sektorenübergreifende Versorgung aussehen könnte, zeigt das Beispiel Templin, das zumindest für den ländlichen Raum eine sektorenübergreifende Herangehensweise ermöglicht.

Alle Akteur*innen waren sich jedoch einig, dass durch den Austausch von Know-how bei Hygiene- und Absonderungsmaßnahmen sowie der Behandlung von Corona-Patient*innen alle dazugelernt haben und die Zusammenarbeit die Überlebenschancen für schwer erkrankte Corona-Patient*innen erhöhen konnte – trotz aller Widrigkeiten und finanziellen Schwierigkeiten.

2. Workshop (01.12.2020) Die Rolle des ÖGD und seine Schnittstellen zur ambulanten und stationären Versorgung

Im zweiten Online-Workshop der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung diskutierten die Teilnehmer*innen über die Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sowie seine Verknüpfungen mit der ambulanten und stationären Versorgung in der Region Berlin-Brandenburg. Zu Beginn gab Dr. med. Nicoletta Wischnewski, Leiterin des Gesundheitsamtes Charlottenburg-Wilmersdorf und Sprecherin der Amtsärzt*innen in Berlin, einen Überblick über die vielfältigen bevölkerungsmedizinischen Aufgaben der Gesundheitsämter, die gesetzliche Grundlagen (SGB, IfSG und GDG) haben. Die Ämter gliedern sich in folgende vier Bereiche:

- Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitshilfe für Kinder und Jugendliche
- Beratungsstelle für Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen und Sozialpsychiatrischer Dienst
- Infektions- und Katastrophenschutz sowie Umweltmedizin
- Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung

In all diesen Bereichen gibt es Schnittstellen mit dem ambulanten und auch dem stationären Sektor – als Beispiele nannte Dr. Wischnewski unter anderem die Kinder-Reihenuntersuchungen, Schutzimpfungen, die Gesundheitsberichterstattung über das Robert Koch-Institut, die Meldepflicht für bestimmte Krankheiten (und die damit verbundene Aufgabe der Prävention und Unterbrechung von Infektionsketten) oder hygienische Begehungen von Kliniken, Arztpraxen oder Pflegeheimen.

Die Workshop-Teilnehmer*innen stimmten darin überein, dass sich durch die Pandemie eine historische Chance für den ÖGD ergibt – denn erst jetzt wird er in seiner Besonderheit und Bedeutung wahrgenommen. Für die Zukunft müsse er jedoch dringend in personeller und finanzieller Hinsicht gestärkt werden. Ärzt*innen in den Ämtern sollten ebenso viel verdienen wie ein Arzt im Krankenhaus, sonst werde es zunehmend schwierig, Nachwuchs zu gewinnen. Die angebotenen Weiterbildungsermächtigungen reichten dafür nicht aus. Über den bundesweiten ÖGD-Pakt versuche man, die Arbeit attraktiver zu machen – etwa, indem man Amtsärzte in den Tarifvertrag aufnimmt.

Der während der Zukunftswerkstatt geäußerte Lösungsvorschlag von Dr. Ute Teichert (BVÖGD), die ÖGD-Kompetenz

bei der Versorgungsplanung stärker einzubeziehen, sei zumindest im personell gut besetzten Berlin machbar. Dort berate man vor allem zu hygienischen Aspekten – Wegeführung im OP, Anzahl der Schleusenzimmer etc. Dies sollte deutschlandweit genutzt werden. In ländlichen Regionen fehle bisher oft die Expertise, dort benötigten mehr Leute Schulungen. Dr. Wischnewski verwies auf einen wesentlichen Vorteil des ÖGD: „Wir sind unabhängig, haben keine Interessenkonflikte.“ In Bezug auf Impfzentren empfahl sie, den ÖGD auch über die Pandemie hinaus breiter aufzustellen.

Als weiteres dringendes Handlungsfeld wurde im Workshop die Digitalisierung identifiziert: Man müsse in gute Verbindungen – auch über Cloud-Systeme – zwischen Gesundheitsämtern und Laboren, Kliniken und Arztpraxen investieren. Der ÖGD-Pakt könne dabei helfen, an die Mittel zu kommen. Allerdings werde das noch dauern. Dr. Wischnewski äußerte die Hoffnung, dass durch die Feminisierung in der Medizin und die damit verbundene Erwartungshaltung an Arbeitsbedingungen (flexible Arbeitszeiten, Teilzeitarbeit, Homeoffice, freie Wochenenden) mehr Frauen beim ÖGD landen.

Eindringlich wurde darauf hingewiesen, dass das in der Pandemie von Gesundheitsämtern zum Teil rekrutierte fachfremde Personal zu Verunsicherung und Beschwerden führe – Checklisten reichten nicht aus, fachliche Expertise sei unabdingbar. Die Personalausstattung müsse grundsätzlich erhöht werden. Zudem sollte der ÖGD nicht nur bei der Krankenhausplanung, sondern auch in Bezug auf die gesamte Versorgungsstruktur (ambulant, teilstationär, stationär) stärker und vor allem rechtzeitig einbezogen werden, da er die Bedürfnisse der Menschen vor Ort kennt und eine Brückenfunktion einnehmen könnte. Die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Playern sollte verstetigt werden.

Auch für die stationären Pflegeeinrichtungen und die ambulante Pflege hat der ÖGD, insbesondere in der Beratung, eine große Bedeutung. Der ambulante Pflegesektor sei erst durch die dortigen Corona-Fälle besser für die Ämter sichtbar geworden. Hier sei es wichtig, auch in Zukunft im Gespräch zu bleiben und Netzwerke zu bilden, um bei Unsicherheiten unterstützen und beraten zu können. Das Thema Gesamtversorgung sollte über die Netzwerkstruktur gedacht werden: Wie kann man gemeinschaftlich arbeiten, die Quartiersarbeit neu definieren? Die freie Wohlfahrtspflege sei an vielen Stellen nicht genug im Blick, dort gebe es

noch viele Ressourcen zu heben. Die Ausstattung der Gesundheitsämter sei jedoch sehr unterschiedlich und hänge wesentlich von den agierenden Personen vor Ort ab.

Gegen Ende des Workshops wurde auf Covid-positive Patient*innen mit Pflegebedarf hingewiesen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden – diese stellten für Kliniken und Pflegeeinrichtungen gleichermaßen ein „Riesenproblem“ dar. In der Pflegeeinrichtung müsse eine Quarantänestation vorgehalten werden – was viele Mitarbeiterressourcen erfordert. In Berlin gibt es bereits ein Pflegeheim ausschließlich für Covid-positive Bewohner*innen. Solch spezialisierte Einrichtungen sollte es in jedem Landkreis geben. Auch für Covid-positive Wohnungslose wäre eine zentrale Unterbringung sinnvoll.

Grundsätzlich seien Patient*innen in den Kliniken in den vergangenen 20 Jahren zehn Jahre älter und damit multimorbider geworden. Anschlussversorgung und Kurzzeitpflege seien oft schwierig zu steuern. Es fehle an Gebäuden und Personal. Hier könne der ÖGD unterstützen, Bedarfe identifizieren und auch kommunizieren. Das jeweilige Bundesland müsse aber auch auf ministerialer Ebene entsprechende Strukturen schaffen. Die Idee, präventiv in Pflegeheimen ausreichend Antigen-Schnelltests einzusetzen, kam ebenfalls zur Sprache. Das Vorgehen Nordrhein-Westfalens wurde lobend erwähnt. Über eine Landesverordnung wurde geregelt, dass neben Pflegefachkräften auch andere Mitarbeitergruppen Tests durchführen dürfen und dass jeder Besucher verpflichtend zu testen ist. Diese Maßnahmen würden den Trägern der Einrichtungen helfen. Sinnvoll wären zudem regelmäßige Konferenzen zwischen ÖGD und Leistungserbringern, um sich über die jeweils bestmögliche Unterbringung austauschen zu können.

Impressum

Dokumentation Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2020

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, April 2021**

Layout + Grafik

GDA Gesellschaft für Marketing und Service
der Deutschen Arbeitgeber mbH

Bildnachweis

Titelbild: © Production Perig – stock.adobe.com und © dermatzke – stock.adobe.com

Seite 6 und 72: Quelle – www.hallo-rot.de

Seite 7: Quelle – DWBO/Nils Bornemann

Seite 9: Quelle – <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/presse/pressefotos/>

Seite 13: Quelle – CvK_Wiebke Peitz_I_Charité

Seite 24: Quelle – KV BB (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg)

Seite 34: Quelle – GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Seite 46: Quelle – Charité – Universitätsmedizin Berlin

Seite 63: Quelle – Bettina Engel-Albustin





HealthCapital
BERLIN 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:
Katharina Repp
030 46302-135
katharina.repp@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).