

IDEEN ENTWICKELN. | IMPULSE SETZEN. | ZUKUNFT GESTALTEN.

GEMEINSAM ZUM REFORMERFOLG

GEMEINSAM PLANEN
GEMEINSAM HANDELN
GEMEINSAM VERSORGEN

THESEN & ANTWORTEN
ZUR AKTUELLEN REFORMDISKUSSION
RETTUNGSDIENST | LEITSTELLEN | ZIELKLINIKEN
ENNEKER FORUM TEGERNSEE | EFT2023

GEMEINSAM ZUM REFORMERFOLG

GEMEINSAM PLANEN | GEMEINSAM HANDELN | GEMEINSAM VERSORGEN

THESEN & ANTWORTEN
ZUR AKTUELLEN REFORMDISKUSSION
RETTUNGSDIENST | LEITSTELLEN | ZIELKLINIKEN | AMBULANTER SEKTOR | NEUE DIENSTE
ERGEBNISSE DES ENNEKER FORUM TEGERNSEE | EFT2023

CLAUS ENNEKER STIFTUNG | MÜNCHEN

IN ZUSAMMENARBEIT MIT

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM DES INNERN,
FÜR SPORT UND INTEGRATION | MÜNCHEN

HERZLICHER DANK

Herzlicher Dank an alle Teilnehmenden, ModeratorInnen und Impuls-Vortragende und EFT-WorldCafe-Table-Coaches.

Ein ganz besonders herzlicher Dank geht an die Mitglieder der engeren Berichtsredaktion (in alphabetischer Reihung):
Dr. rer. pol. Dipl.-Volkswirt. Matthias Brachmann, Priv.-Doz. Dr. Jörg Brokmann, Dr. Michael Bayeff-Filloff, Marc Gistrichowsky,
Bernhard Gliwitzky FER, RD Johannes Gruber, Frau SenRIn Birthe Heins, Prof. Dr. C K Lackner, Klaus Meyer M. A., Josef Pemmerl,
Priv.-Doz. Dr. Stephan Prückner, Dr. Erwin Stolpe, Dr. Sebastian Wirtz, Dr. Brigitte Wrede, MPH, MDgt Wolfgang Zacher.

© 2023 | V.I.S.P. CLAUS ENNEKER STIFTUNG | MÜNCHEN | CK LACKNER
PIC-CREDIT | CKL

ANLASS

Die Notfallversorgung der Bevölkerung in Deutschland ist in den vergangenen Jahren in ansteigender Intensität bis zum heutigen Tag Gegenstand der öffentlichen und veröffentlichten Diskussion.

Die gesamte Landschaft der akutklinischen und ambulanten Versorgungsstrukturen, der Rettungsdienst zu Boden und zu Luft, die Leitstellen – mithin das gesamte aktuelle System der Notfallversorgung in Deutschland steht vor großen **Herausforderungen und einer tiefgreifenden Anpassung und Weiterentwicklung der notwendigen Strukturen und zielführenden Prozesse.**

Um den Impuls zu nun notwendigen Innovationen zu fördern, Strategiediskussionen auf Expertenebene zu führen und die Erarbeitung von konkreten Lösungsansätzen zu induzieren, veranstaltet die Claus-Enneker-Stiftung (CES) regelmäßig mehrtägige Think-Tank-Veranstaltungen und Entscheidungstreffen unter Beteiligung von Bundes- und Landesministerien, Entscheidungs- und Innovationsträgern aus den Rettungsdiensten (Boden/ Luft) und Feuerwehren, Integrierten Leitstellen, (Not-)Ärzteschaft, den Akutkliniken, beteiligten Fachgesellschaften und -verbänden und den Kostenträgern.

Auf Einladung der Claus-Enneker-Stiftung (CES) trafen von sich 03.07. bis 05.07.2023 zum Think-Tank **Enneker-Forum Tegernsee | EFT2023** insgesamt 45 namhafte und entscheidungstragende Expertinnen und Experten im Tegernseer Tal.

Zentrales Thema war der **Reformbedarf des Rettungsdienstes zu Boden und Luft, dessen Steuerung und die Schnittstelle zu den Zielakutkliniken.**

Die vielfältigen Ergebnisse wurden bereits am Ende und vor Ort der Think-Tank-Veranstaltung Herrn Staatsminister Joachim Herrmann, MdL erläuternd vorgestellt und mit ihm inhaltlich diskutiert.

„Gamechanger Strukturreform – Auswirkungen auf die Notfallversorgung in Deutschland“ – Was muss sich aus Sicht der Expertinnen und Experten sektorenübergreifend ändern ? –

Die CES hat die vergangenen beiden bundesweiten Foren/ Think-Tank-Veranstaltungen im Jahr 2019 und 2022 in Falkenstein (EFF) im Schwerpunkt der klinischen Notfallmedizin gewidmet.

Die Stiftung sieht es als Erfolg, dass sich von den 13 dort erarbeiteten Thesen 10 fast wörtlich in der 4. Empfehlung der Regierungskommission wiederfinden und aktuell im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) behandelt werden.

Im Anschluss an den Think-Tank **Enneker-Forum Tegernsee | EFT2023** wurden die wesentlichen Ergebnisse und Lösungsthesen inhaltlich der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenversorgung zur Verfügung gestellt.

Die EFT-Teilnehmenden und die CES freuen sich sehr, dass wesentliche Inhalte und Diskussionsaspekte bereits Eingang gefunden haben in die **neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung.**

Als Arbeitsergebnis liegt hier nun traditionell das gemeinsame synoptische Thesenpapier vor. Es wird konsent und vollinhaltlich auf die strategischen Ergebnisse der **Fürther Gespräche 2023** verwiesen und referenziert (<https://doi.org/10.1007/s10049-023-01154-9> / Vortrag Herr Meyer).

Es bewertet bisherige Reformvorschläge und führt sie geclustert zusammen, um weitere Impulse für die anstehende (gesundheits-)politische Entwicklung dieses wichtigen Themenkreises zielführend zu induzieren.

FÜR EILIGE EIN ÜBERBLICK

» ZIEL | SCHLUSSFOLGERUNG «

ES WIRD DRINGEND EMPFOHLEN, DIE KOMMENDE REFORM
DER NOTFALLVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND
ZWINGEND SEKTORENÜBERGREIFEND ZU PLANEN –
RETTUNGSDIENSTE/ LEITSTELLEN UND ZIELKLINIKEN / NOTAUFNAHMESTRUKTUREN
GEMEINSAM UND ÜBERREGIONAL

» KONSEQUENT «

GEMEINSAM PLANEN
GEMEINSAM HANDELN
GEMEINSAM VERSORGEN

» GEPLANT «

SEKTORENÜBERGREIFENDE
GEMEINSAME, ÜBERREGIONALE
STRATEGIEPLANUNG EINER VERNETZTEN
NOTFALLVERSORGUNG

» VERBUNDEN «

TECHNISCH INTEGRIERTE
112 | 116 | 117
EINHEITLICH & DIGITAL
VERNETZTE STEUERUNG

» QUALITATIV «

GEMEINSAME, SEKTORENÜBERGREIFENDE
DEFINITIONEN, STANDARDS & QUALITÄTEN

» GESTEUERT «

DIGITAL VOR AMBULANT VOR STATIONÄR
MEHR RTW STATT RTW & NEF
ANGEMESSEN UND GELENKT
SEKTORENFREI UND FLEXIBEL

» STRATEGISCH «

MODERNE INTEGRIERTE LEITSTELLEN
FÜR EIN GEMEINSAMES &
ROLLENORIENTIERTES SOWIE
DIGITAL GESTÜTZTES & ZEITGERECHTES
GESAMTLAGEBILD

» DIGITAL «

MEDIENBRUCHFREIE, OBLIGATE DIGITALISIERUNG ENTLANG DER RETTUNGSKETTE UND DES NOTFALL-PATIENTENPFADES MIT LANDESWEITEN REGISTERN & BUNDESWEITEN STANDARDS & STRATEGISCHEM EINSATZ VON KI & DATENSCHUTZ ALS CHANCE

» INNOVATIV «

„MEHR MUT ZU NEUEM!“
NEUE VERSORGUNGSKONZEPTE
SICHERN DIE FLÄCHENDECKUNG

» TRANSPARENT «

VERLÄSSLICHKEIT & QUALITÄT
DER NOTFALVERSÖRGUNG
FLÄCHENDECKENDES, TRANSPARENTES
NETZ VON ANGEBOTEN DER
AMBULANTEN AKUTVERSÖRGUNG

» ATTRAKTIV «

AD-HOC-MASSNAHMEN ZUR
ATTRAKTIVITÄTSSTÄIGERUNG
ARBEITSPLATZ RETTUNGSDIENST
UM DEM FACHKRÄFTEMANGEL
UND DER FLUKTUATION
SCHNELL & WIRKSAM
ENTGEGEN ZU WIRKEN

» ANGEMESSEN «

GEEIGNETE SYSTEME & QUALIFIZIERTES PERSONAL
ZUR FESTSTELLUNG DER BEHANDLUNGS-
DRINGLICHKEIT & -STUFE

» STARK IN DER FLÄCHE «

GEMEINSAME, TRANSSEKTORALE STRATEGIEPLANUNG
MIT MODERNEN VERSÖRGUNGSKONZEPTE
GEGEN AUSGEDÜNNTE STRUKTUREN
UND ERHALT DER FLÄCHENDECKUNG

ZIELKORRIDOR

GEMEINSAM PLANEN | GEMEINSAM HANDELN | GEMEINSAM VERSORGEN

Ziel muss es sein, ein nachhaltiges System für die Notfallversorgung in Deutschland für alle BürgerInnen und PatientInnen 24/7/365 zur Verfügung zu stellen, welches Vertrauen schafft und in jedem der Versorgungspfade eine zeit- und fachgerechte sowie finanzierbare notfallmedizinische Behandlung sicherstellt.

WESENTLICHE THESEN DES EXPERTENFORUM | EFT2023

Die Voraussetzungen für die medizinische Notfallversorgung in Deutschland ändern sich seit Jahren anhaltend. Die Änderungsimpulse beschleunigen sich aktuell durch folgende Entwicklungen:

- ▶ Gesundheitspolitische Versorgungsstrategie „**digital vor ambulant vor stationär**“
- ▶ **Weniger leistungsfähige akutmedizinische Klinikstandorte** führen zu **Strukturausdünnung**
- ▶ **Überalterung** der zu versorgenden Bevölkerung – erfordert mehr medizinische Leistungen
- ▶ **Verändertes Bedarfsprofil und Nachfrageverhalten** der Hilfeersuchen an die Akutmedizin
- ▶ Umfassender & anhaltender **(Fach-)Kräftemangel** in allen relevanten Gesundheitsberufen
- ▶ Nach Corona weiterhin **Anstieg der Notfalleinsätze** im Rettungsdienst/ Notarztdienst
- ▶ Disruptiv kommt die **geplante und notwendige Krankenhausreform** hinzu

Es besteht für die Entscheidungsträger ein hoher Handlungs- und Anpassungsdruck.

Es gibt in der deutschen Notfallversorgung wie auch in anderen Ländern bereits eine **Vielzahl erfolgreich implementierter innovativer Lösungen – derzeit oftmals regional beschränkt**, um auf die die o. g. Herausforderungen von heute und morgen zu reagieren.

Aktuell wird auf die anhaltende Zunahme der Einsatzzahlen zunächst häufig mit mehr Ressourcenausweitung bei RTW und NEF reagiert – dies wird beim **zunehmenden Fachkräftemangel** in allen hier einschlägigen Berufsgruppen **zukünftig nicht zum gewünschten Ziel führen**. Ressourcenschonender und strategisch geboten ist es heute, **initial detailliert zu analysieren** und die **Kausalzusammenhänge** der anhaltenden Zunahme der Einsatzzahlen **zu analysieren**.

Die derzeitigen Erkenntnisse weisen darauf hin, dass dieser anhaltende Zuwachs eher dem **Low-Care-Bereich** zuzuordnen ist. Die klar indizierten genuinen Einsätze mit klassischem rettungsdienstlichem Indikations-Hintergrund wie z.B. Kreislaufstillstand, Herzinfarkt/ STEMI, Schlaganfall, Polytrauma/ SHT, Sepsis etc. haben in den letzten Jahren im Trend eher und stetig abgenommen. Diese sind über Register im Routinebetrieb (z.B. Traumregister) qualitätsgesichert.

Ursachen des **veränderten Nachfrageverhaltens** und des ständig **steigenden Bedarfes an notfallmedizinischer Dienstleistung** und damit auch **ansteigender rettungsdienstlicher Einsatzzahlen** liegen neben der sich ändernden Demografie auch an der zunehmenden **Ausdünnung der notfallmedizinischen Strukturen** – insbesondere im ambulanten Sektor. Geringes **Gesundheits- und Krankheitswissen**, geringe Fähigkeit und Bereitschaft zur **Selbst- und Nachbarschaftshilfe**, Singularisierung der Gesellschaft mit **Wegbrechen sozialer Ressourcen** sind daneben von wachsender Bedeutung. Dies ist strategisch von zentraler Bedeutung. Viele Menschen brauchen nachvollziehbar medizinische Unterstützung - der Rettungsdienst und die Zielkliniken in ihrer derzeitigen Struktur sind jedoch noch nicht die richtige Antwort. Die integrierte Leitstelle muss mit hoher Rechtssicherheit mehr als die aktuell binäre Antwort geben können. Sie braucht hierfür „mehr differente Pfeile im Köcher“ oder müssen ohne **Umwege und Verzögerung Zugriff auf alternative/ geeignete Leistungen** (psychosoziale Unterstützung, Pflegeangebote, Gemeindenotfallsanitäter etc. haben).

WESENTLICHE THESEN DES EXPERTENFORUM | EFT2023

► THESEN ZU „NATIONALE SEKTORENÜBERGREIFENDE MASTERPLANUNG“

PROBLEM

Das deutsche Gesundheitssystem ist komplex. Die Vorhaltung **paralleler Systeme** notfallmedizinischer Versorgung ist für die Bürgerinnen und Bürger **verwirrend**. Aktuell existieren **parallele Steuerungen** (116 117 und 112). Jeder Stakeholder beansprucht die Versorgung der Notfallpatienten für sich – die Versorgungsrealität in Deutschland sieht in Wirklichkeit anders aus – die defacto Wahrnehmung der Sicherstellungsaufträge ist nicht immer erkennbar.

LÖSUNG

- Es wird dringend eine **nationale sektorenübergreifende Masterplanung** benötigt, um Gesundheitsstrukturen mit solider Bund-/Länder-Finanzierung zu ermöglichen. Diese bessere Vernetzung der Kliniken, Rettungsdienste und der ambulanten Leistungserbringer in einer **gemeinsamen, ressourcenschonenden strategischen Strukturplanung** ist zwingend notwendig. Umsetzungsdetails sind zu diskutieren (wer ?/ wo?/ wie?).
- Der **Zugang zur Notfallversorgung** muss für alle Bürgerinnen und Bürger **einfach und niederschwellig** möglich sein, dies erfordert i. S. einer bedarfsgerechten Daseinsvorsorge eine **zeitnahe Vernetzung und routinemäßige Abstimmung der Beteiligten**.
- **Notfallstrukturen müssen den Patientenpfad vorgeben und nicht der Markt**. Aktuell steuern überwiegend ökonomische Anreize das System. Eine **nachhaltige Gesundheitsversorgung** ist politisch besser einzuplanen und die Finanzierung staatlich zu sichern.
- Die **Gesundheitskompetenz** und **Resilienz** der Bürgerinnen und Bürger muss – auch aufgrund aktueller Herausforderungen (Klimakrise, bewaffneter Konflikt, etc.) bei Erwachsenen, aber auch bereits bei Kindern und Jugendlichen auf lange Sicht gestärkt werden.

► THESEN ZU „TECHNISCHE INTEGRATION 112 UND 116 117“

PROBLEM

Beim Notruf / Anruf in einer Leitstelle entscheidet die Leitstelle durch ein **SNAP** (standardisiertes Notrufabfrage-Protokoll) in Verbindung mit für das Leitstellenwesen **multiprofessionell** und an der jeweiligen Aufgabe ausgerichteten, **ausgebildeten Mitarbeitenden**, welche Hilfeleistung **angemessen** ist (von der Notrufannahme, Disposition, Einsatzbegleitung, bis zur Steuerung der Patientenströme).

Sinnvoll erscheint eine (virtuell zusammenarbeitende) Leitstelle, die das **gesamte Versorgungsangebot** stellen kann (Leitstelle als proaktives Steuerungsinstrument).

LÖSUNG

- Die Notrufnummern 112 und 116 117 werden **flächendeckend in den ILS oder im virtuellen Verbund mit den Vermittlungszentralen der KV vernetzt**. Deutschlandweit ist ein **Telenotarzt** in der ILS als diensthabend oder virtuell zuschaltbar zu etablieren und **als ärztliche Rückfallebene** für die Notrufabfrage und Notfallversorgung zu implementieren.
- Der erste medizinische Kontakt muss **alle Versorgungsbedarfe steuern** und/oder behandeln! Die integrierte Leitstelle muss sich zeitnah strategisch zu einer **integralen Gesundheitsleitstelle** weiterentwickeln mit einsatztaktischem Weisungsrecht gegenüber **allen angeschlossenen vernetzten Gesundheitsdienstleistern** und damit verbundenen neuen Versorgungskonzepten.

- **Primäraufgabe der Integrierten Leitstellen muss die nicht-polizeiliche Gefahrenabwehr** bleiben und damit primär Rettungsdienst und Feuerwehrleitstellenfunktion und Aufgaben der med. Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes. Die Zuordnung weiterer Aufgaben ist nur möglich und sinnvoll, wenn die **Primäraufgaben untangiert erfüllt** werden können.

Die **Leitstelle** der Zukunft ist **der zentrale Dienstleister im Gefahrenabwehr-Netzwerk**. Eine der Hauptaufgaben sind das kontinuierliche **Informationsmanagement** und ein detailliertes **Lagebild** über die **Ereignisse und Ressourcen der Notfallversorgung**.

- Der **Leitstellenbereich** muss eine **zielführende Größe** haben (mind. 2-3 Landkreise bzw. > 1.000.000 Einwohner/ kreisfreie Stadt mit einer einzigen integrierten Leitstelle). Die Dimensionierung der Leitstellenbereiche und integrierten Leitstellen muss eine ausreichend große und leistungsfähige Struktur haben, um **flexibel und wirtschaftlich** arbeiten zu können
Die „neue ILS“ verfügt über ein breiteres Spektrum an Einsatzmitteln und aufsuchenden Diensten, um die Anforderungen der PatientInnen adäquat und effizient zu erfüllen.
- Erforderlich ist eine **gemeinsame, sektorenübergreifende Definition** von obligaten Mindeststandards (Ausstattung, Kompetenzen, Qualifikationen, Qualitätserfordernisse der Handelnden).
Sinnvoll erscheint eine (ggfls. virtuell zusammenarbeitende) Leitstelle, die das gesamte Versorgungsangebot stellen kann. Es sollte eine **Zusammenführung dieser Funktionen** erreicht werden (zumindest virtuell, durch eine **digitale Klammer**), um im Sinne der PatientInnen einen sogenannten "single point of contact" zu schaffen.
- Der Sicherstellungsauftrag der KVen muss **definiert und verlässlich realisiert** werden und ist nach zeitgemäßen Kriterien in der jetzigen Form nicht mehr im Nebenamt nebenbei leistbar.
- Moderne **qualitätsgestützte und bürgernahe Notfallversorgung** erfordert **einheitliche & strategische Steuerung sowie vernetzte Strukturen mit übergreifendem Qualitätsmanagement**. Die Leitstelle wirkt als Dienstleister für die Bedarfsträger eines **gemeinsamen rollenorientierten und zeitgerechten Gesamtlagebildes**.
- Es bedarf geeigneter **digitalgestützter Abfragesysteme** zur Differenzierung dringlicher und wenig dringlicher Hilfeersuchen (**strukturierte und standardisierte Notrufabfrage/ SNAP**).
- Für dringliche Hilfeersuchen bedarf es der sicheren **Disposition** von Rettungsmitteln mit modernen strukturierten Abfrage- und Dispositionssystemen. Nicht dringliche Hilfeersuchen können zurückgestellt werden, die Hilfsfrist sollte für nicht dringliche Hilfeersuchen keine Anwendung finden – es bedarf hier **neu zu definierender Planungskriterien/ Standards**.
- Für Hilfeersuchen bei wenig komplexen medizinische Fragestellungen (Low-Code) sollen neue Antworten unterhalb des RTW umgesetzt werden. Leitstellen müssen **neue unterschiedliche / differenziertere Antworten auf Hilfeersuchen** geben können.
- Der neustrukturierten ILS stehen **weiterführende (tele-)medizinische Interventionsangebote und ärztliche (ggfls. virtuelle) Beratungsangebote** für PatientInnen und rettungsdienstliches Fachpersonal 365/24 zur Verfügung.
- Es muss ein **flächendeckendes, transparentes Netz von Angeboten der ambulanten Akutversorgung** vorliegen.
- Für diese Form der ILS sind als multiprofessioneller Arbeitgeber ein **eindeutiges Berufsbild** LeitstellendisponentIn und **dazugehörige Kompetenzpakete** zu bestimmen und eine **strukturierte Ausbildung und Fachweiterbildung** zu entwickeln und umzusetzen.

► THESEN ZU „PATIENTENSTEUERUNG – WER & WOHIN ? “

PROBLEM

Strukturen und Prozesse des Systems der Notfallversorgung in Deutschland orientieren sich noch zu stark an den **Sektorengrenzen** (ambulant|stationär). Die Belastung der präklinischen Notfallversorgung und der Notaufnahmen ist ein Surrogatparameter für die tatsächliche Leistungsfähigkeit des ambulanten Versorgungssystems.

LÖSUNG

- Grundsätzliche Versorgungsstrategie **„digital vor ambulant vor stationär“**
- Grundsätzliche Versorgungsstrategie **RTW statt RTW/NEF** durch **Reorganisation des Notarztsatzkataloges und konsequente Kompetenzzuordnung** an Notfallsanitäter entsprechend dem bestehenden Berufsbild mit **telemedizinische Unterstützungssysteme** für Rettungsfachpersonal
- Grundsätzliche Versorgungsstrategie **„Hohe Qualität, Kompetenz und Geschwindigkeit am oberen Rand der Notfallversorgung“** bei komplexen Versorgungen zeitkritischer medizinischer Notfälle (Herzinfarkt, Schlaganfall, Polytrauma...) mit Planungsziel Hilfsfrist/Eintreffintervall. Hohe Kompetenz und Qualifikation von Notärzten sicherstellen (Weiterbildung, Fortbildungspflicht, obligate moderne Trainingskonzepte, Supervision). Hier muss das Planungsziel **"Prähospitalzeit"** (PHZ) bis zum **Eintreffen in einem geeigneten Krankenhaus** aufgenommen werden. Davon hängt die Auswahl des geeigneten Rettungsmittels (z.B. RTH) und die Bindung der RM ganz besonders ab und ist somit insbesondere bei einer "ausgedünnten" Versorgungslandschaft im hohen Maße planungsrelevant.
- Grundsätzliche Versorgungsstrategie **„Weniger komplexe Antworten am unteren Rand der Notfallversorgung“** durch **neue Versorgungskonzepte** wie Ambulanzzentren, ZNA-Filialen und **aufsuchende Dienste** (Gemeindenotfallsanitäter, Sozialdienste, Pflegeunterstützung, Wege zur ambulanten Versorgung ohne Kliniktransport etablieren).
- Schaffung eines **NotSan-Indikationskataloges** und **Zuordnung eines telemedizinischen Beratungsangebots** für Patienten. **Keine Hilfsfristanwendung** auf niederschwellige Einsätze, **Transport aus dem Rettungsdienst auch in ambulante Strukturen sowie fallabschließende Behandlung durch aufsuchende Dienste vor Ort** (Standards zur ambulanten Behandlung auch im Rettungsdienst)
- Notfallmedizinische Versorgung muss **„sektorenfrei“** gedacht und aufgebaut werden. Der Zugang zu Gesundheitsversorgung, die Umwandlung und Weiterentwicklung z.B. in **„Gesundheitszentren“** ist politisch zu fördern. Die Schaffung **von korrespondierenden Vergütungsstrukturen** ist hierbei erfolgskritisch.
- Die Steuerung der **Patientenströme** der stationären bzw. ambulanten Notfallversorgung sind **gemeinsam** und **transparent** festzulegen.
- Es bedarf einer passenden Notaufnahmestruktur mit der Möglichkeit der Zuweisung in ein stationäres und in ein angeschlossenes ambulantes Versorgungsangebot (**„Integriertes Notfallzentrum - INZ“**)
- Ein **geregelter Abfluss** stationär <-> ambulant ist eine erfolgskritische Voraussetzung. Für die Kliniken der höheren Versorgungsstufen (speziell Maximalversorgung) ist der **Abstrom von Patienten** innerhalb des stationären Systems in Richtung **Kliniken niedriger Versorgungsstufen** oder Reha-Einrichtungen derzeit ein zentrales zu lösendes Problem.
- Die **Auslastung der Aufnahmestrukturen** muss regional und überregional transparent sein (**IVENA oder andere Kapazitätsnachweis-Systeme**). Die Systeme müssen bundeslandübergreifend kompatibel sein.

- Durch geeignete Digitalisierung (inklusive AI – künstlicher Intelligenz) muss eine **Vorhersage von Engpässen** möglich sein, um zeitgerecht Abhilfe zu schaffen. Leitstellen müssen durch entsprechende **Kapazitätsanzeigen der Versorgungsstrukturen** in den Kliniken die Möglichkeit zur **Patientensteuerung** nutzen.
- Kliniken müssen durch **ausreichende Bettenkapazität, Belegungsmanagement und Entlass-Steuerung** in der Lage sein, ihre Aufnahmestrukturen durch zeitgerechte Übernahme stationärer Patienten aus der ZNA / dem INZ zu entlasten (**Vermeidung exit-block**).
- Digital vernetzte Leitstellen **112 + 116117** (virtuelles Ein-Tresen-Modell) sind bundesweit umzusetzen. Eine **App-Lösung** zur Steuerung (Symptome erkennen, Zuordnung treffen) ist für die Bevölkerung eine sinnvolle Ergänzung.

▶ THESEN ZUR „ATTRAKTIVITÄTSSTIEGERUNG ARBEITSPLATZ RETTUNGSDIENST“

PROBLEM

Akuter und anhaltender **Fachkräftemangel** - das System des Rettungsdienstes/ Luftrettungsdienstes und der Leitstellen in Deutschland wird derzeit als Arbeitsplatz **nicht** als ausreichend **nachhaltig und attraktiv** wahrgenommen. Aktuelle Untersuchungen zeigen: es gibt viele Bewerber für den Rettungsdienst – aber eine **geringe faktische Verweildauer im Beruf**. Es gibt bundesweit erhebliche **Besetzungsprobleme von Rettungsmitteln**.

Hierzu wird vollinhaltlich auf die strategischen Ergebnisse der **Fürther Gespräche 2023** referenziert (<https://doi.org/10.1007/s10049-023-01154-9> / Vortrag Meyer)

LÖSUNG

- **Ausbildungsinitiative, moderne Arbeitszeitmodelle** sowie angemessene **Bezahlung** sowie **proaktive und individuelle & institutionelle strategische Karriereplanung** innerhalb des Rettungsdienstes. Innerhalb der eigenen Organisation, innerhalb des Berufsbildes, innerhalb des Gesundheitswesens, auch in Kooperationen mit Anderen (geteilte Arbeitsmodelle Klinik / Rettungsdienst). Mehr unterschiedliche Aufgaben schaffen (Zusatz-Qualifikationsmöglichkeiten z. B.: Gemeinde-Notfallsanitäter (GdeNotSan)/ Rettungseinsatzfahrzeug (REF).
- **Mix von Arbeitsplatzmodellen mit unterschiedlichen Belastungssituationen** und nicht nur Dauerspitzen. Zeitgemäße und familiengerechte Formen der **Arbeitszeitgestaltung**. Gesetzlich angepasste **Ruhestands- und Lebensarbeitszeitregelungen** für RD-Personal (analog Polizei und Feuerwehr) und **Durchlässigkeit in andere Gesundheitsfachberufe**.
- Arbeitsplatzzufriedenheit durch institutionelle **Professionalisierung & Qualifikationsmix**.
- **Tätigkeitsprofile** sind im Rahmen der Berufs- und Handlungsfeldanalyse zu analysieren und abzugrenzen und in Fachspezialisierungen überführen.
- **Perspektiven schaffen mit Führungskräfteentwicklung** im Rahmen von staatlich anerkannten und geförderten Fort- und Weiterbildungsangeboten. Mitarbeitende bleiben im RD nicht nur wegen der Aufgabe, sondern besonders wegen positiver **Führungserfahrung** – deshalb **Zeit für Führung, Handlungsrahmen für Führungsentscheidungen** geben.
- **Strategische Imagebildung für Fachberufe** im Rettungsdienst / Leitstelle / Notarztdiensten (Boden/ Luft) / Notaufnahmen/ Rettungsstellen in den Medien

► WESENTLICHE THESEN DES EXPERTENFORUM | EFT2023

- Beim **Einsatz von NotärztInnen** werden **innovative diagnostische und therapeutische Möglichkeiten** das ärztliche Wirken auch prähospital vor neue Herausforderungen und Möglichkeiten stellen und den Stellenwert des **differenziert eingesetzten Notfallmediziners** bestimmen. Die **Indikation** für den Einsatz von NotärztInnen muss dahingehend analysiert und definiert werden, um die Ressource gezielt und zielführend einzusetzen.
- **Kompetenzerwerb und persönliche Qualifikation** der NotärztInnen und der Zugang zur praktischen Tätigkeit als NotärztInnen sind an einem **strategischen Erwartungshorizont** auszurichten, insbesondere der Versorgung lebensbedrohlicher Zustände, kritisch kranker Zustandsbilder und der verantwortlichen Mitwirkung bei größeren Schadensereignissen (z. B. MANV).
- Umfassendes strategisches Neudenken der **Qualifikationsstufen** sowie des **einsatztaktischen Wertes von Rettungsmitteln (Boden/Luft, mit/ohne Arzt, etc.)** – proaktive Erprobung und bei Bewährung rasche systemweite Implementierung **neuartiger Versorgungskomponenten (NEH/ REF/ Akutambulanzen/ aufsuchende Dienste (Gemeinde-Notfallsanitäter) etc.)**.
- Flächendeckende Einführung von **Telenotarzt** und **Telekonsultationssystemen** in der Routine

► THESE „OBLIGATE DIGITALISIERUNG DER NOTFALLPATIENTENPFADE“

PROBLEM

Das System der Notfallversorgung in Deutschland hat aktuell keine erkennbare rettungskettenweite und transsektorale Digitalisierungsstrategie.

LÖSUNG

In der Notfallversorgung in Deutschland ist dringend eine durchgehende und intelligente Digitalisierung umzusetzen. Grundlage ist die durchgehende, barrierefreie digitale Erfassung der Daten zu Notruf, Disposition, Einsatzabwicklung und Klinikaufnahme.

- Durch **strukturierte Abfrage- und Dispositionssysteme** in den Leitstellen, landes- oder gar bundesweit **einheitliche Datensätze** (ähnlich DIVI-Protokollen) entstehen **datenkompatible Digitalisierungsstrukturen incl. mobiler Datenerfassung** im Rettungsdienst (Boden/Luft) sowie eine **zielgerichtete Disposition** in einem bewegten und dynamischen System mittels **Fahrzeugtracking in Echtzeit**
- **Elektronische Voranmeldung** in der Zielklinik, barrierefreie **Übertragung bereits erhobener Patienten- und Behandlungsdaten, Rückmeldung und Zusammenführung von Einsatzdaten, Einsatzergebnis und Alarmierung** (i. S. lernendes System) mit Vernetzung der **elektronischen Krankenhaus-Kapazitätsnachweise** zur besseren Steuerung der Patientenströme nach den jeweils aktuellen Kapazitäten.
- Notwendigkeit der Erhebung **transsektoraler & transparenter Routinedaten**, um Bedarfe zu erkennen und entsprechend zu steuern. Potential der **KI jetzt nutzen & Datenschutz als Chance** und nicht als Bremse begreifen. **Elektronische Patientenakte** verfügbar machen, lesen der Gesundheitsdaten / Gesundheitsausweis der Notfallpatienten (Telematik-Infrastruktur). **Lesegeräte** im Rettungsdienst und elektronische **Lese-Berechtigung** für Rettungsdienst.

- (landesweite & bundesweites) **Notfallregister mit Routinedatensammlung** spiegeln die Versorgungsrealität, ermöglichen bessere transparente Prozesse und steuern Interoperabilität/Standardisierung. Hierzu bedarf es eines **bundesweiten Standards** (analog Trauma-, Rea- oder Intensivregister) mit nahtlosem Routine-Austausch eines Notfallstammdatensatzes zwischen Niedergelassenen (v.a. Ärztlicher Besuchsdienst BÄD), Rettungsdienst (Boden/ Luft) und klinischen Notfallversorgern.
 - Nutzung von Notfallversorgungsdaten zur **Systementwicklung** nutzen (i.S. Lernendes System), Anonymisierung der Versorgungsdaten und Datenverknüpfung zur landesweiten Auswertung, Entwicklung von **einheitlichen Qualitätskriterien für den Rettungsdienst** (Fachgesellschaften einbeziehen)
 - **Qualitätsgetriebene Versorgung schaffen und strategische Nutzung der Versorgungsdaten** zur Weiterentwicklung der akutmedizinischen Versorgungsstruktur sowie Korrektur/Anpassung der Dispositionsalgorithmen, Qualitätskriterien, Erreichungsgrade (i. S. von CQI).
 - **Anpassung der Rettungsdienst- und Krankenhausgesetze** zur versorgungssektoren-übergreifenden Nutzung anonymisierter Daten im Notfallregister und in den Datensätzen.
 - **Gemeinsame Zuständigkeit der Bundesländer zur Auswertung der Versorgungsdaten** zur eigenen **Systementwicklung** und zum **Qualitätsmanagement** (i. S. von CQI) sowie Schaffung einer **landesweite QM-Stelle**.
- ▶ THESEN ZU „ANPASSUNG BESTEHENDER SYSTEME UND ETABLIERUNG NEUER VERSORGUNGSKONZEPTE“

PROBLEM

Das System der Notfallversorgung in Deutschland hängt erfolgskritisch von der **Existenz qualitäts-gestützter und leistungsfähiger akutklinischer stationärer Strukturen** ab. Die bevorstehende und dringend notwendige Krankenhausstrukturreform konturiert sich bereits. Es ist erforderlich die Anzahl von vorgehaltenen Krankenhausstrukturen anzupassen – hierbei es erwartbar zu einer **Ausdünnung von akutklinischen stationären Versorgungsstrukturen** kommen wird.

Um eine Flächendeckung sicherzustellen, ist eine **Adjustierung und Reallokation der Rettungsdienstlichen Vorhaltung** erfolgskritisch. Daneben muss es zur **Etablierung neuer Versorgungskonzepte** kommen.

Die **Luftrettung** sollte als integraler Systemplayer eine **Anpassung des Rollencharakters** erhalten (sie stellt schon heute bei **längeren Transportwegen sowie bei zeitkritischen und spezialisierten Diagnosen** die schnelle Zuführung von Patientinnen und Patienten in die **geeignete Behandlungseinrichtung** sicher (ökonomische Rechtfertigung gesicherter Erkenntnisse > besseres Outcome).

Durch die bevorstehenden Strukturänderungen im Rahmen der geplanten Krankenhausreform und auch mit den genannten Vorschlägen zur Reform der Notfallversorgung wird die **Rolle der Luftrettung insbesondere in Tagesrandzeiten und nachts gestärkt** (mit Berücksichtigung der wenigen bekannten Einschränkungen). Durch Umgestaltung der Kliniklandschaft kommt es zu spezialisierten Klinikangeboten an ausgesuchten Standorten („nicht jeder macht alles“) und den korrespondierenden Folgen für den Rettungsdienst mit **weiteren Anfahrt- und Transportwegen, größerer Anzahl interhospitaler Verlegungen und höherer Bindungszeit** der diensthabenden Rettungsmittel.

► WESENTLICHE THESEN DES EXPERTENFORUM | EFT2023

LÖSUNG

- die **Reduktion von Standorten** einer wohnortnahen Versorgung der Bürger erfordert die Ausflagung von „**systemrelevanten Klinikstandorten**“ (durch die **zuständigen Landesbehörden** (Krankenhausministerien) mit definierten Struktur- und Qualitätskriterien und entsprechender Vorhaltealimentierung dieser Strukturen, die eine sektorenübergreifende Planung zum **Erhalt der Flächendeckung** erst nachhaltig möglich macht (nachfolgende **Allokation von Rettungsdienst-Ressourcen, Implementierung neuer Versorgungskonzepte und aufsuchender Dienste**).
- Verbleibende oder neu zu etablierende regionale Notfallzentren / Ambulanzzentren sollten als **Satelliten-ZNAs** an große überregionale Zentren digital & personell angebunden und vernetzt werden – dies sichert nachhaltig die Qualität der Versorgung durch **Transponierung von Qualitätsmedizin in die Fläche** sowie die **nachhaltige Realisierung ärztlicher Weiterbildung**.
- **Erweiterung der Vorhaltung Luftrettung in die Tagesrandzeiten und Ausweisung von Standorten mit 365/24-Betrieb**, damit die **schnelle Zuführung von Notarztteams** (in Zukunft auch mittels eines neu zu etablierenden **Notarzteinsetzhubschrauber | NEH** (z. B. als **eVTOL** (electric Vertical Take-Off and Landing aircraft)?) und der **Patiententransport über größere Distanzen** zeichnen die Vorteile des Systems aus. Hierzu sind auch luftrechtlich Verfahren, die das **Fliegen bei Nacht und schlechter Sicht** unterstützen zu genehmigen und zu implementieren (PinS, Low Level-IFR).
- Bei Allokation von Rettungsdienst-Ressourcen aufgrund einer veränderten Krankenhausstruktur ist die strategisch-geplante **Implementierung neuer Versorgungskonzepte (NEH/ REF, Ambulanzzentren, Telenotarzt und Telekonsultation) und angebundener aufsuchender Dienste (GemNotSan oder GemSr)** für eine Flächendeckung erfolgskritisch.

► THESEN ZU „UND WAS PASSIERT MIT DEM LÄNDLICHEN RAUM ?“

PROBLEM

Das System der Notfallversorgung in Deutschland impliziert (noch) nicht genügend Innovationsdruck, um die Versorgung in strukturarmen und ländlichen Regionen sicherzustellen.

Nach aktuellen Prognosen der Träger der ambulanten Versorgung wird ein signifikanter Rückgang im Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen vorhergesagt (Altersstruktur der ÄrztInnen und Nachwuchsberechnung) Es wird eine erhebliche Reduktion des Angebots an Praxisstandorten prognostiziert – bereits heute ist jede/er fünfte PraxisinhaberIn über 60 Jahre alt und jede/er siebte findet keine Praxisnachfolge.

Die nachwachsende Ärztegeneration (GEN Z und ff.) steht einer eigenen Niederlassung kritisch bis ablehnend gegenüber, bevorzugt ein Anstellungsverhältnis in einem MVZ im Kollegenkreis mit geordneten Arbeitszeiten und keinem unternehmerischen Risiko.

Dies wird insbesondere auf dem Land mittelfristig zur einer Strukturausdünnung damit einer erheblich Leistungsminderung im Bereich der Low-Care-Notfallversorgung führen bei simultan stattfindender Reduzierung der Krankenhaus-Standorte in der Fläche.

LÖSUNG

- **Geplante und gezielte MVZ-Lozierung** durch die KV und Krankenhausträger mit **auskömmlicher Finanzierung durch den Gesetzgeber** (existiert aktuell noch nicht!) - Vergütung schafft Angebote und ist damit eine politische Steuerungsaufgabe
- Kleinere & regionale Notfallzentren sollten als **Satelliten-ZNA's** an große überregionale Zentren digital & personell angebunden und vernetzt werden – dies sichert nachhaltig die Qualität der Versorgung durch **Transponierung von Qualitätsmedizin in die Fläche** sowie die **nachhaltige Realisierung ärztlicher Weiterbildung**.
- **Erweiterung der Luftrettung in die Tagesrandzeiten**, damit die **schnelle Zuführung von Notarztteams** (in Zukunft auch mittels eines neu zu etablierenden NEH (als eVTOL?)) und der **Patiententransport über größere Distanzen** zeichnen die Vorteile des Systems aus. Insbesondere in Flächenländern kann die Luftrettung größere Distanzen schnell überwinden.
- **Delegation von Leistungen auf nicht-ärztliche aufsuchende Dienste**; die im **Koalitionsvertrag beispielhaft aufgeführte Gemeindegemeinschaft** ist ein **dringlich** umzusetzender Ansatz – es gibt aber hier auch **weiterführende innovative Versorgungskonzepte**. Bei Allokation von Rettungsdienst-Ressourcen aufgrund einer veränderten Krankenhausstruktur ist die strategisch-geplante **Implementierung neuer Versorgungskonzepte (NEH/ REF, Ambulanzzentren, Telenotarzt und Telekonsultation) und angebundener aufsuchender Dienste (GemNotSan oder GemSr)** für eine Flächendeckung erfolgskritisch.
- Die Förderung **gemeinsamer transsektoraler Versorgungszentren** zur medizinischen Regel- als auch zur Notfallversorgung der Bevölkerung ist im ländlichen Raum umzusetzen. Dabei sollte die Förderung von **regionalen Gesundheitsnetzwerken** gestärkt werden.
- Der Einsatz von digitalen Lösungen, wie z.B. der **Tele- Hausarzt** (telemedizinisch erreichbarer Hausarzt) wird von PatientInnen zunehmend eingefordert werden und muss daher proaktiv und strategisch ausgebaut werden.

DER EXPERTENKREIS DES EFT2023 WEIST DARAUF HIN, DASS

- Klinische Regionalisierung und damit einhergehende Zentrumsbildung einen **positiven Effekt auf die Qualität der innerklinischen Versorgung** haben sollte
- die **Reduktion von Standorten** einer wohnortnahen Versorgung der Bürger zwar entgegensteht, die Ausflagging von „**systemrelevanten Klinikstandorten**“ (durch die **zuständigen Landesbehörden** (Krankenhausministerien) mit definierten Struktur- und Qualitätskriterien und entsprechender Vorhaltealimentierung dieser Strukturen eine präklinische Planung zum **Erhalt der Flächendeckung** erst nachhaltig möglich macht (**Allokation von Rettungsdienst-Ressourcen, Implementierung neuer Versorgungskonzepte und aufsuchender Dienste**). Derartige Strukturänderungen können zu weiteren Wegen und damit zu einer möglichen Mehrbelastung des Rettungsdienstes führt (Cave Fachkräftemangel).
- die **verlängerten präklinischen Versorgungs- und Transportzeiten bei kritischen Patienten eine Outcome-Verschlechterung** bewirken können (> 60 min Notruf- Klinik-Intervall).
- die **Zentrumsbildung zu einer weiteren Kumulation von Notfallpatienten** in den betroffenen / beteiligten Kliniken führen kann.

POTENTIELLE AUSWIRKUNGEN

einer kommenden Krankenhaus-Strukturänderung auf den Rettungsdienst (Boden/ Luft/ ILSt)

Rettungsdienst wird von jeder Strukturänderung des ambulanten, aber auch des stationären Sektors beeinflusst, das hat die Vergangenheit gezeigt. Einstehende Zugangsbeschränkungen in die ambulante oder stationäre Versorgung führen zu einer **Mehrbelastung des Rettungsdienstes**, da sich der Bürger mit seinem Anliegen an den stets verfügbaren Rettungsdienst wendet, wenn seinem Bedürfnis auf Versorgung sonst nicht entsprochen wird.

Die beabsichtigte Neustrukturierung der Klinikstrukturen und insbesondere der Notfallversorgung, inkl. der Verankerung des Rettungsdienstes als **eigenständige Leistung im SGB V** wird im Reformvorhaben augenblicklich diskutiert. Eine Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiger Bereich im SGB V müsste zeitgleich der Besonderheit Rechnung tragen, dass der **Rettungsdienst auch Teil des außerhalb des SGB V stehenden Zivil- und Katastrophenschutzes ist**. Von daher wird z.B. eine Einbindung in die Systematik des G-BA zunächst noch als kritisch betrachtet.

Sinnvoll wäre an dieser Stelle jedoch die Aufnahme einer rechtlichen Grundlage für die notwendigen **Datenübermittlungen der personenbezogenen Gesundheitsdaten** zwischen der präklinischen Versorgung (zwischen der prähospitalen (Integrierte Leitstelle, mobiler Rettungsdienst) und der ambulanten resp. stationären Weiterversorgung (INZ / Notaufnahme).

Nur durch eine Zusammenführung und Analyse eines **ganzheitlichen Datensatzes** (inklusive Daten des aufsuchenden ÄBD bzw. der Callcenter der 116 117, z. B. dortige Einstufung der Dringlichkeit und Schwere der Erkrankung/Verletzung versus tatsächliche Dringlichkeit etc.) kann eine nachhaltige **Verbesserung der Ergebnisqualität** erreicht werden.

Es braucht eine **Diversifizierungsstrategie**, die sich an den Leistungsmöglichkeiten des Rettungsdienstes und an den zukünftigen Bedarfen der ambulanten Versorgung und präklinischen Notfallversorgung orientieren muss. Bei Allokation von Rettungsdienst-Ressourcen aufgrund einer veränderten Krankenhausstruktur ist die strategisch-geplante **Implementierung neuer Versorgungskonzepte (NEH/ REF, Ambulanzzentren, Telenotarzt und Telekonsultation) und aufsuchender Dienste** für eine Flächendeckung erfolgskritisch. Hierfür ist eine **gemeinsame sektorenübergreifende Masterplanung mit definierten adhoc-Anpassungsmechanismen** erforderlich.

Ebenso bedarf es einer stärkeren Implikation der **Digitalisierung in der Notfallversorgung und Disposition**. Hier muss unter Beachtung und Stärkung der Rechtssicherheit eine erweiterte Handlungsmöglichkeit für das Rettungsdienstpersonal entstehen.

Die **Rolle der Luftrettung** sollte erweitert und strategisch zum Erhalt der Flächendeckung angepasst werden. Die Luftrettung ist schon heute aus der präklinischen Rettungslandschaft nicht mehr wegzudenken. Hohe Qualifikation der Rettungsteams, eine flächendeckende Abdeckung am Tag mit **Erweiterung in die Tagesrandzeiten**, die **schnelle Zuführung von Notarztteams** (in Zukunft auch mittels eines neu zu etablierenden NEH (als eVTOL?)) und der **Patiententransport über größere Distanzen** zeichnen die Vorteile des Systems aus. Insbesondere in Flächenländern kann die Luftrettung größere Distanzen schnell überwinden und in Ballungsgebieten wird Luftrettung als flexibles Einsatzmittel eingesetzt.

Der Rettungsdienst der Zukunft darf in seiner Weiterentwicklung nicht dem Trend der zunehmend ökonomisierenden Gesundheitswirtschaft gleichgerichtet sein. Rettungsdienst ist und **bleibt auch** in Zukunft eine **Daseinsvorsorge und Teil des Zivil- und Katastrophenschutzes und der Gefahrenabwehr**.

Rettungsdienst darf perspektivisch nicht der Lückenschluss unzureichender Systemkomponenten zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung sein. Der Bürger und Patient muss darauf **vertrauen** können, dass er **in jedem der Versorgungspfade zeit- und fachgerecht eine medizinische Behandlung** erhält. Hierfür ist eine **gemeinsame sektorenübergreifende Masterplanung mit definierten adhoc-Anpassungsmechanismen** erforderlich.

WORTWOLKE DES EFT2023

Das waren die wichtigsten und häufigsten Stichworte in den Beiträgen und Diskussionen:



TEILNEHMENDE AM ENNEKER FORUM TEGERNSEE | EFT2023

Titel, Vorname, Name (Funktionsbezeichnung)	Einrichtung / Institution (Bezeichnung, Ort)
Herr Stefan Becker Member of Management	Schweizerische Rettungsflugwacht Rega Leiter Unternehmensentwicklung, Zürich-Flughafen
Herr Dr. rer. pol. Dipl.-Volkswirt Matthias Brachmann Geschäftsführer / Geschäftsführer	Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V. Notfallcampus , Düsseldorf / bcmed GmbH Ulm
Herr Dr. med. Jörg Braun Fachbereichsleiter/ akademischer Leiter	DRF Stiftung Luftrettung gAG DRF-Fachbereich Medizin / Leitung der Akademie der DRF Luftrettung, Filderstadt
Herr Dipl.-Bw. Frédéric Bruder Geschäftsführer – Accountabl. Manager	ADAC Luftrettung gGmbH Geschäftsführung, München
Herr René Burfeindt Bereichsleiter	Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat Bereich Nationale Hilfsgemeinschaften / Rettungswesen Berlin
Herr Dr. med. Michael Bayeff-Filloff ärztl. Landesbeauftragter / Chefarzt	Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und In- tegration Landesbeauftragter Ärztlicher Leiter Rettungs- dienst, München / RoMed Klinikum Rosenheim GmbH Zentrale Notaufnahme, Rosenheim
Frau Dr. med. Alina Dahmen, M.Sc. Medizinische Direktorin	Klinikum Wolfsburg Direktorium Wolfsburg
Herr Frank Flake Dienststellenleiter – Leiter RD / 2. Vorsitzender	Malteser Hilfsdienst gGmbH im Bezirk Oldenburg Rettungsdienst Oldenburg / Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD) Vorstand, Lübeck
Herr Jörg Freese Beigeordneter – Dezernat V/ Beisitzer im Präsidium	Deutscher Landkreistag (DLT) Dezernat V - Gesundheitliche Versorgung, Berlin/ Deutsche Krankenhausgesellschaft Präsidium, Berlin
Herr Marc Gistrichovsky Branddirektor / Vorsitzender	Stadt Nürnberg Berufsfeuerwehr Nürnberg - Integrierte Leitstelle Nürnberg, Nürnberg / Fachverband Leitstellen e.V. Vorstand, Lemgo
Herr Bernhard Gliwitzky, FERC Sprecher der Sektion NFK/ GF der GRC-Akademie Geschäftsführender Gesellschafter	Deutsche interdisz. Vereinigung für Intensiv- und Notfallme- dizin (DIVI) e.V. Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin, Berlin / GRC Akademie GmbH, Bellheim / MegaMed GbR, Maikammer
Herr Manuel Gonzalez, MBA Vorstand	Deutsches Rotes Kreuz RK Landesverband Rheinland-Pfalz e. V., Mainz
Herr Michael Graß Direktor	Bayerischer Landkreistag Direktorium Kommunalrecht, München
Herr Kevin Grigorian, LL. M., MBA Geschäftsbereichsleiter	Johanniter-Unfallhilfe e.V. Bundesgeschäftsstelle, Bereich Rettung & Medizinische Dienste, Berlin
Herr Johannes Gruber Regierungsdirektor – Sachgebietsleiter/ Mitglied	Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und In- tegration Sachgebiet Rettungswesen, BRK-Aufsicht, München / Länderausschuss Rettungswesen (AR) Vertre- tung Freistaat Bayerns

Titel, Vorname, Name (Funktionsbezeichnung)	Einrichtung / Institution (Bezeichnung, Ort)
Herr Dr. David Häske, M.Sc. MBA, NFS Wissenschaftlicher Geschäftsführer	Universitätsklinikum Tübingen UKT, Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versor- gungsforschung (ZÖGV) Geschäftsführung, Tübingen
Frau Birthe Heins Senatsrätin – Referatsleitung / Vorsitzende / Mitglied	Senator für Inneres der Freien Hansestadt Bremen Nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr, Bremen, Länderausschuss Rettungswesen (AR) Vorsitz, Bremen Arbeitskreis V der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder Vertretung Bremens
Herr Staatsminister Joachim Herrmann	Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und In- tegration, München
Herr Andreas Hitzges Ministerialrat – Referatsleiter/ Mitglied	Ministerium des Innern und für Sport, Land Rheinland-Pfalz Referat Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz, Mainz/ Länderausschuss Rettungswesen (AR) Vertretung RLPs
Herr Dr. jur. Christian Höftberger, MBA Vorstandes / Mitglied des Präsidiums / Präsident	IWG Holding AG Vorstand, Frankfurt Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Präsidium, Ber- lin / Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG) Vorstand, Eschborn
Frau Gabriele Hörl Ministerialdirigentin - Abteilungsleiterin	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Abteilung Gesundheitspolitik, Ambulante Versorgung und Krankenversicherung, München
Herr Peter Krase Ressortdirektor - Bevollmächtigter	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse Vorstand V1, Leistungs- und Versorgungssteuerung, München
Herr Prof. Dr. med. Christian K. Lackner Vorsitzender des Vorstandes	Claus-Enneker-Stiftung Vorstand, München
Herr Sebastian Lange Abteilungsleiter	Bayerisches Rotes Kreuz KÖR Landesgeschäftsstelle, Abteilung Rettungsdienst, München
Herr Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Luiz Project Manager / Oberarzt	Fraunhofer-Institut für Experimentelles Software Enginee- ring IESE Kaiserslautern Digital Healthcare, Kaiserslautern/ Westpfalz-Klinikum GmbH Klinik für Anaesthesiologie, Notfallmedizin und Schmerztherapie 1, Kaiserslautern
Herr Klaus Meyer, M.A. Geschäftsführer, Direktor	INOBS - Institut für notfallmedizinische Bildung gGmbH Geschäftsführung Stein bei Fürth
Herr Prof. Dr. rer. pol. Christopher Niehues BWL-Professor	Fachhochschule Münster Fachbereich Gesundheit Professur für Betriebswirtschaftslehre, Münster
Herr Dr. med. Christian Pawlak Internist / langjähr. Vorstandsvorsitzender	Praxis Dr. Pawlak, Gmund / Notarztgemeinschaft Tegernseer Tal / Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen e.V. (ANR) LMU München, München
Herr Josef Pemmerl Leiter Rettungsdienst	Malteser Rettungsdienst gemeinnützige GmbH Leitung Rettungsdienst Bayern, München
Herr Michael Peter, LL.M. Geschäftsführer	Rettungsdienst Ammerland GmbH Geschäftsführung, Westerstede
Herr Martin Pin Präsident / Chefarzt	Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) Vor- stand, Berlin / Kaiserswerther Diakonie Florence-Nightin- gale-Krankenhaus Zentrale Notaufnahme, Düsseldorf
Herr Prof. Dr. jur. Andreas Pitz Professor / Geschäftsführer	Hochschule Mannheim Professur für Sozial- und Medizin- recht, Mannheim / Integrierte Leitstelle Mannheim gGmbH Geschäftsführung, Mannh.

Titel, Vorname, Name (Funktionsbezeichnung)	Einrichtung / Institution (Bezeichnung, Ort)
Herr Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Prückner Geschäftsführender Direktor	Klinikum der Universität München Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, München
Herr Dr. med. Florian S. Reifferscheid Oberarzt/ Bundesvorsitzender / Mitglied/ Abteilungsleiter	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel Interdisziplinären Notfallaufnahme (INA) UKSH-Campus Kiel, Kiel / Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) Vorstand, Berlin/ DRF Stiftung Luftrettung gAG WAK-Review Boards, Abtei- lung Personal Notärzte, Filderstadt
Herr Michael Schäfers Abteilungsleiter	Malteser Hilfsdienst e.V. Bundesgeschäftsstelle Abteilung Rettungsdienst, Fahr- dienst und Verkehrssicherheit, Köln
Herr Bernd Schnäbelin Ministerialrat – Referatsleiter/ Mitglied	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Land Nordrhein-Westfalen Ref. VA4 Rettungswesen, Gesund- heitl. Bevölkerungsschutz, Düsseldorf/ Länderausschuss Rettungswesen (AR) Vertretung NRWs
Herr Prof. Dr. med. Peter Sefrin Ehrenvorsitzender/ Ehrenvorsitzender	Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) e.V. Vorstand, Berlin/ Arbeitsgemein- schaft der in Bayern tätigen Notärztinnen & Notärzte e.V. (agbn) Würzburg
Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried Vorsitzender des Vorstandes	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung SdbR Vorstand, Berlin
Herr Prof. Dr. med. Rajan Somasundaram Mitglied der Expertenkommission / Erweiterter Vorstand / Ärztlicher Leiter	Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgere- chte Krankenhausversorgung Berlin - Mitglied der Experten- kommission / Dt. Gesellschaft Interdisz. Notfall- und Akutme- dizin (DGINA) beratendes Vorstandsmitglied, Berlin / Charité Universitätsmedizin Berlin KÖR Zentrale Notauf- nahme Campus Benjamin-Franklin der Charité, Berlin
Herr Dr. med. Erwin Stolpe stv. Vorsitzender des Vorstandes	Claus-Enneker-Stiftung Vorstand München
Herr Dr. med. Sebastian Wirtz Beisitzer / stv. Äztl. Direktor / Chefarzt	AGNN Vorstand, Lübeck / Asklepios Kliniken Hamburg GmbH - Asklepios Klinik Barm- bek Abteilung für Anästhesiologie und Operative Intensiv- medizin und Notfallmedizin, Hamburg
Frau Dr. med. Brigitte Wrede, MPH Leitung der Arbeitsgruppe	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin Arbeitsgruppe Krankenhausplanung, Qualitätssiche- rung und Notfallversorgung, Berlin
Herr Wolfgang Zacher Ministerialdirigent - Abteilungsleiter / Mitglied	Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und In- tegration Abteilung Feuerwehrwesen, Rettungsdienst und Katastrophenschutz, München Arbeitskreis V der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder, Vertretung Freistaat Bayerns

STICHWORTVERZEICHNIS

Abfrage- und Dispositionssysteme.....	15
Allokation	18, 20, 21, 22
ambulante Akutversorgung.....	10
Ambulanzzentren	11, 18, 20, 22
Änderungsimpulse	7
Anpassung des Rollencharakter	17
Arbeitsmodelle	13
Arbeitszeitgestaltung	13
Arbeitszeitmodelle	13
Aufnahmestrukturen.....	12, 13
aufsuchende Dienste 11, 15, 18, 20, 21, 22	
Ausbildungsinitiative	13
Ausdünnung	8, 16
Bedarfsprofil.....	7
Bedarfsträger.....	10
Behandlung	7, 11, 22
Belegungsmanagement.....	13
Beratungsangebote	10
Berufs- und Handlungsfeldanalyse ...	14
Bettenkapazität	13
bundesweiter Standard.....	16
Daseinsvorsorge	8, 22
Datenerfassung	15
Datenübermittlung.....	21
Delegation von Leistungen.....	20
digital vor ambulant vor stationär. 7, 11	
digitale Klammer	10
digitalgestützte Abfragesysteme.....	10
Digitalisierung.....	13, 15, 22
Digitalisierungsstrukturen	15
Disposition.....	9, 10, 15, 22
Dispositionalgorithmen	16
Diversifizierungsstrategie	22
Durchlässigkeit	13
Einsatzzahlen.....	7, 8
Elektronische Patientenakte	16
Elektronische Voranmeldung.....	15
Enneker-Forum Tegernsee.....	3
Ergebnisqualität	22
Erhalt der Flächendeckung....	18, 21, 22
Erweiterung der Luftrettung	20
exit-block	13
Fachkräftemangel.....	7, 13, 21
fallabschließend	11
Finanzierung.....	3, 8, 20
Fliegen bei Nacht.....	18
Führungskräfteentwicklung	14
Fürther Gespräche 2023	4, 13
GdeNotSan	13
geeignete Behandlungseinrichtung ..	17
Gefahrenabwehr	9, 22, 25
Gemeindenotfallsanitäter	8, 11
Gemeinde-Notfallsanitäter	13, 15
Gesundheits- und Krankheitswissen ...	8
Gesundheitsdaten	16, 21
Gesundheitskompetenz	8
Gesundheitsnetzwerke	20
Gesundheitszentren	11
Grundsätzliche Versorgungsstrategie	11
Handlungs- und Anpassungsdruck	7
Herausforderungen.....	3, 7, 8, 15
Hilfeseuchen	7, 10
Hilfsfristanwendung	11
höhere Bindungszeit	17
Imagebildung für Fachberufe.....	14
Indikation	15
Informationsmanagement.....	9
Innovationen	3
integrierte Leitstelle.....	8, 9
Integrierten Leitstellen	3, 9
interhospitaler Verlegungen	17
Interoperabilität.....	16
Interventionsangebote	10
IVENA	12
Kapazitätsanzeigen	13
Kapazitätsnachweis-Systeme.....	12
Karriereplanung	13
Kausalzusammenhänge	7
Kliniklandschaft	17
Klinikstandorte.....	7
Kompetenzen	9
Kompetenzerwerb	15
Kompetenzpakete.....	10
Kompetenzzuordnung	11
Krankenhausgesetze	16
Krankenhausreform	7, 17
Krankenhausstrukturen	16
Krankenhausstrukturreform	16
Kumulation von Notfallpatienten	21
Lagebild	9
längere Transportwege.....	17
Leistung im SGB V	21
Leitstellenbereich	9
Lösungen.....	7, 20
Low-Care	7, 19
Low-Code	10
Mehrbelastung des Rettungsdienstes	21
Mindeststandards	9
MVZ-Lozierung.....	20
Nachfrageverhalten	7
nachhaltige Gesundheitsversorgung ...	8
nachhaltiges System	7
neue ILS.....	9
neue Versorgungskonzepte	20
nicht-polizeiliche Gefahrenabwehr	9
Notaufnahmen.....	11, 14
Notaufnahmestruktur.....	12
Notfalleinsätze	7
Notfallstrukturen	8
Notfallversorgung .3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26	
NotSan-Indikationskataloges	11
ökonomische Anreize	8
Patienten- und Behandlungsdaten	15
Patientenpfad	8
Patientensteuerung	13
Pflegeangebote	8
Pflegeunterstützung	11
Planungsziel Prähospitalzeit	11
Primäraufgaben	9
Professionalisierung.....	13
psychosoziale Unterstützung.....	8
Qualifikationen.....	9
Qualifikationsmix	13
Qualifikationsstufen.....	15
Qualitätserfordernisse	9
Qualitätsgetriebene Versorgung	16
Qualitätskriterien	16, 18, 21
Qualitätsmanagement	10, 16
Reduktion von Standorten.....	18, 21
REF	13, 15, 18, 20, 22
Reformbedarf	3
Reorganisation des Notarzteinsetzungskataloges.....	11
Resilienz.....	8
Rettungsdienst 3, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26	
Rettungseinsatzfahrzeug.....	13
Rolle der Luftrettung	17
Routinedaten	16
Rückmeldung.....	15
Ruhestands- und Lebensarbeitszeitregelungen	13
Satelliten-ZNA.....	18, 20
Schnittstelle	3
sektorenfrei	11
Sektorengrenzen	11
sektorenübergreifende Definition.....	9
Selbst- und Nachbarschaftshilfe.....	8
Sicherstellungsauftrag	10
Sozialdienste.....	11
Standardisierung	16
Standorte mit 365/24-Betrieb.....	18
Steuerung	3, 9, 10, 12, 13, 15
Strategiediskussionen.....	3
strukturierte Ausbildung und Fachweiterbildung.....	10
strukturierte und standardisierte Notrufabfrage.....	10
Strukturplanung.....	8
Surrogatparameter.....	11
Systementwicklung.....	16
systemrelevante Klinikstandorten....	18, 21
Tagesrandzeiten	17, 18, 20, 22
Tätigkeitsprofile.....	14
Telekonsultation	18, 20, 22
Telematik-Infrastruktur	16
telemedizinische Unterstützungssysteme	11
telemedizinisches Beratungsangebot	11
Telenotarzt	9, 15, 18, 20, 22
Transponierung von Qualitätsmedizin	18, 20
transsektorale Versorgungszentren ..	20
Überalterung	7
Vergütung schafft Angebot	20
Vergütungsstrukturen	11
vernetzte Strukturen	10
Versorgungsangebot	9, 10, 12
Versorgungsdaten	16
Versorgungskonzepte.....	11, 16, 17, 18, 20, 21, 22
Versorgungspfade	7, 22
Versorgungsrealität	8, 16
Versorgungsstrukturen.....	3, 13, 16
Versorgungsstufen	12
Verweildauer	13
Vorhaltung.....	8, 17, 18
Vorhersage von Engpässen	13
zeitnahe Vernetzung	8
zentrale Dienstleister	9
Zielakutlinken.....	3
ZNA-Filialen	11
Zusammenführung von Einsatzdaten	15
Zuständigkeit der Bundesländer	16





IDEEN ENTWICKELN. | IMPULSE SETZEN. | ZUKUNFT GESTALTEN.

CLAUS
ENNEKER
STIFTUNG

GESCHÄFTSSTELLE DER STIFTUNG
GASSE 20 A | 83703 GMUNDA, TEGERNSEE
WWW.ENNEKER-STIFTUNG.DE
GS@ENNEKER-STIFTUNG.DE