



**Rajan Somasundaram, Denis Gümbel, Stefan Poloczek,  
Harald Hasselmann, Joachim Seybold, Axel Ekkernkamp**

---

## **Notfallversorgung in Berlin - heute und morgen: „It takes a system to save a life“**

Berlin, 2021

Beitrag zu: Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg (Denkanstöße aus der Akademie ; 8)

Persistent Identifier: [urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36448](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36448)

---

Die vorliegende Datei wird Ihnen von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz zur Verfügung gestellt.



# Notfallversorgung in Berlin – heute und morgen: „It takes a system to save a life“\*

(\*Motto des European Emergency Medical Services Congress 2016, Kopenhagen)

Rajan Somasundaram, Denis Gümbel, Stefan Poloczek, Harald Hasselmann, Joachim Seybold, Axel Ekkernkamp

## 1. Einleitung und Zielsetzung des Beitrags:

Die Notfallversorgung ist essentieller Bestandteil der Gesundheitsversorgung und damit der Daseinsvorsorge einer jeden Gesellschaft. Die aktuelle COVID-19-Pandemie macht dies besonders deutlich. Auch wenn in Deutschland doch erhebliche Einschränkungen in allen Lebensbereichen zu verzeichnen waren und sind, so war und ist eine gut aufgestellte Notfallversorgung Garant, um auch in Krisenzeiten einem Kollaps im Gesundheitswesen – anders als in anderen Teilen der Welt – zu begegnen.

Gleichzeitig hat aber die Pandemie Schwächen des Systems auch in Deutschland gezeigt. So offenbarten sich insbesondere in der Notfallversorgung die Defizite in Bezug auf Organisation (z. B. sektorale Trennung mit wenig Abstimmung), technische Entwicklung (z. B. Digitalisierung), aber vor allem in Bezug auf den Mangel (und Verlust) an qualifiziertem Personal, insbesondere im Pflegebereich (nicht nur auf den Intensivstationen).

Im Erkennen und Analysieren von den jetzt zu Tage getretenen Schwächen des Systems liegt aber auch die Chance, im Gesundheitswesen – und damit auch in der Notfallversorgung – Strukturen und Prozesse schneller zu verändern und damit zu verbessern, als es vielleicht ohne die Pandemie der Fall gewesen wäre. Diese Chance muss das Land Berlin, das bisher – trotz auch hier auftretender Probleme – mit seinen Gesundheitsstrukturen vergleichsweise gut durch die Pandemie gesteuert ist, auch für den Bereich der Notfallversorgung nutzen.

Denn es liegen für die Notfallversorgung nicht nur jetzt, sondern auch perspektivisch, erhebliche Aufgaben vor uns:

- Wie werden wir zukünftig Herausforderungen wie dem demographischen Wandel mit seinen medizinischen, aber auch gesundheitsökonomischen Auswirkungen begegnen?
- Wie können wir künftig aufkommende Notfälle verhindern bzw. so frühzeitig erkennen, dass eine stationäre Einweisung möglicherweise gar nicht erst notwendig wird („Prävention“)?
- Welche Rolle wird und kann hier der technische Fortschritt (z. B. Digitalisierung, hochentwickelte Medizinprodukte) spielen?
- Wie gestalten wir Arbeitsstrukturen in der Notfallversorgung mit ihren sehr besonderen Belastungen so nachhaltig um, dass Menschen hier mit Freude und Engagement langfristig arbeiten können und möchten?
- Wie müssen wir die Organisationsstrukturen verändern, um diese Ziele zu erreichen?
- Wie binden wir Bürger\*innen, respektive Patient\*innen, aktiv und verantwortungsvoll in diesen Prozess ein?

- Und nicht zuletzt: Wie bereiten wir uns auf neue Pandemien oder Großschadensereignisse vor?

Das Land Berlin mit seinen gewachsenen Strukturen im Gesundheitswesen, bestehend aus einer Vielzahl zum Teil hochspezialisierter Kliniken (inkl. der Universitätsmedizin), einer breit aufgestellten ambulanten Versorgung sowie einem hochkarätigen und innovativen wissenschaftlichen und gesundheitswirtschaftlichen Umfeld [1], bietet nach Ansicht der Autoren ein erhebliches Potential, für die obigen Fragen Lösungsansätze zu entwickeln, diese zu evaluieren und damit weiterhin eine Vorreiterrolle und Triebfeder struktureller und inhaltlicher Entwicklung auch in der Notfallversorgung zu spielen. Im Verbund mit dem Land Brandenburg können dabei als Modellregion auch Konzepte – über die Telemedizin hinaus – entwickelt werden, die zu einer qualitativ hochwertigen und zukunftsorientierten Notfallversorgung nicht nur regional in Ballungsgebieten, sondern auch überregional in Flächenländern beitragen.

Darüber hinaus nimmt Berlin als Bundeshauptstadt und innovatives Zentrum eine besondere Rolle in Deutschland und international ein, sodass die Gesundheitsversorgung hier vor Ort – und damit auch die Notfallversorgung – Maßstäbe für Gesundheitsstrukturen in anderen Regionen setzen kann. Hierfür möchten die Autoren einige „Denkanstöße“/Stichworte geben. Der Fokus liegt dabei auf der präklinischen und klinischen Notfallversorgung, insbesondere in Notaufnahmen, im Land Berlin.

Die Autorengruppe, die auch Ergebnisse aus dem Bericht der Zukunftskommission „Gesundheitsstadt Berlin 2030“ aufgreift [2], steht dabei für den Gedanken der gelebten und zunehmenden Kooperation ihrer Institutionen mit den jeweiligen Schwerpunkten und Aufgaben und möchte gleichzeitig anregen, solche Kooperationen in Berlin und perspektivisch in Brandenburg auch mit anderen Partner\*innen zu intensivieren.

## 2. Notfallversorgung heute

Die Notfall- und Akutversorgung der Bevölkerung in Deutschland und damit auch in Berlin wird durch 3 Säulen getragen: den ambulanten Sektor (organisiert und 24/7 sicherzustellen durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV)), den stationären Sektor (alle Kliniken, die sich an der Notfallversorgung beteiligen) sowie die Notfallrettung (in Berlin organisiert durch die Berliner Feuerwehr). Dabei bilden die Notaufnahmen eine Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor, da sie sowohl ambulante als auch stationär zu behandelnde Patient\*innen versorgen.

Laut Krankenhausreport 2021, der das Fallaufkommen u. a. auf Basis von Destatis 2019, Europäische Kommission 2020 und Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2019 angibt, lag die Zahl der pro Jahr versorgten Notfall- und Akutpatient\*innen in Deutschland bei über

30 Mio. (alle Sektoren zusammen betrachtet) [3]. Dabei teilt sich diese Zahl wie folgt auf: KV Bereitschaftsdienst: 9,5 Mio. ambulante Fälle (**Berlin: ca. 185.000, Freigabe der Zahl durch KV-Vorstand folgt noch**); Notaufnahmen der Kliniken: ca. 19 Mio. Fällen (ca. 10,5 Mio. ambulante u. 8,5 Mio. stationär aufzunehmende Notfälle; Berlin: 1,3 Mio., davon 915.000 ambulant u.

390.000 stationär); Notfallrettung bundesweit ca. 7,5 Mio. Einsätze (Berliner Feuerwehr 343.660 in 2019) [2-4].

Allein diese hohen Zahlen machen die Bedeutung einer gut funktionierenden und gleichzeitig qualitativ hochwertigen Notfallversorgung für die Bevölkerung sowie die damit verbundene Notwendigkeit der dafür vorzuhaltenden Ressourcen deutlich.

Jeder Sektor ist bisher für sich organisiert sowie gesondert finanziert und damit von den anderen Sektoren getrennt. Diese sektorale Trennung muss gerade in der Notfall- und Akutversorgung als problematisch angesehen werden: benötigt Notfallversorgung doch gut aufeinander abgestimmte Strukturen und Prozesse, um insbesondere Notfallpatient\*innen mit zeitkritischen Diagnosen schnell und effizient im System zu identifizieren bzw. zu versorgen. Vor allem die bisher nicht strukturierte und nicht barrierefreie Möglichkeit der raschen Übermittlung von Informationen zur Krankengeschichte von einem Sektor in den anderen stellt dabei auch für die Patient\*innensicherheit ein Problem dar.

Wie oben bereits ausgeführt, bedeutet Notfallversorgung auch die Vorhaltung von hochwertigen und damit kostenintensiven Ressourcen (inkl. Personal), die nicht unendlich verfügbar sind. So stellt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) in seinem Gutachten 2018 [5] bereits die Frage, „[...] ob das gegenwärtige System selbst, angesichts weitgehend fehlender Steuerungsmechanismen, ausreichend effizient und bedarfsgerecht organisiert ist: So gibt es aktuell keine gemeinsame, übergreifende Planung der Notfallversorgung in Deutschland. [...] Die Finanzierung der drei Sektoren erfolgt voneinander unabhängig, wodurch es gerade an den Schnittstellen zu Doppelstrukturen und Fehlanreizen kommen kann“. Dieses Dilemma ist auch auf Berlin zu übertragen. Zwar ist jeder dieser Sektoren für sich in Berlin zunehmend besser organisiert und spezialisiert, aber eine übergeordnete und sektorenübergreifende Koordination findet sich bisher nur rudimentär. So koordiniert bzw. verfügt beispielsweise die Berliner Feuerwehr als zentrale Säule der Notfallrettung in Berlin über eine Reihe verschiedener, z. T. hochspezialisierter Rettungsmittel (Rettungstransporthubschrauber, Notarzteinsetzfahrzeuge inkl. speziell für Intensivtransporte oder Schlaganfallpatient\*innen ausgerüstete Fahrzeuge, neonatologischer Notfalldienst u. a.) und koordiniert diese Ressourcen immer besser u. a. durch eine qualitativ hochwertig besetzte Leitstelle (u. a. Telenotarzt). Jedoch steht auch hier der rasche Informationsaustausch mit den anderen Sektoren noch am Anfang. Die Einführung von IVENA (interdisziplinärer Versorgungsnachweis) erlaubt immerhin eine erste Ressourcenlokalisierung für die Feuerwehr an verfügbaren Kapazitäten.

Vor allem die großen Kliniken und Klinikverbünde in Berlin haben – u. a. zur Verbesserung der Versorgungsqualität – in den letzten Jahren ihre Notaufnahme sowohl personell als auch organisatorisch umgestaltet (Einrichtung von zentralen Notaufnahmen, Schaffung von Kernteams unter einer ärztlichen und pflegerischen Leitung). Damit war Berlin vielen Bundesländern voraus. Auch die Einführung einer ersten Zusatzqualifikation („Klinische Notfall- und Akutmedizin“) für in Notaufnahmen dauerhaft tätiges ärztliches Personal war ein Meilenstein, der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als jetzt bundeseinheitlich bei der Stufung der Notfallkrankenhäuser vorgegeben wird. Gleichzeitig fokussieren einzelne Kliniken auch auf spezialisierte Leistungen (z. B. das Unfallkrankenhaus Berlin ist spezialisiert auf die Versorgung von Schwer- bis Schwerstverletzten und bietet mit dem Zentrum für

Schwerbrandverletzte oder dem Zentrum für Rückenmarkverletzte optimale Behandlungsmöglichkeiten für Patient\*innen mit speziellen Verletzungsmustern) oder die Charité mit dem Auftrag der hochspezialisierten universitären Medizin. Für eine gute Notfallversorgung in der Breite setzt dies aber eine strukturierte Vernetzung und klare Aufgabenverteilung mit anderen an der Notfallversorgung beteiligten Kliniken voraus.

Durch die Schaffung von überwiegend auf bestimmte Krankheitsbilder bezogene Netzwerke zwischen den Kliniken, z. T. mit telemedizinischer Konsultationsmöglichkeit (Bsp. Teleradiologie, Schlaganfall), und gemeinsamer Register (Beispiele: Trauma-Netzwerk / Register der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Herzinfarkt- und

Schlaganfall-, DIVI-Notaufnahmeregister) ist ein erster Ansatz einer Kooperation zwischen den verschiedenen Kliniken und zur Qualitätssicherung gemacht. Wie gut und sinnvoll das sein kann, zeigt das aktuelle Beispiel des von der Charité initiierten SAVE-Konzepts zur Versorgung von intensivpflichtigen COVID-19-Patient\*innen [6].

Allerdings wird auch zukünftig die Vernetzung nur mit Fokussierung auf bestimmte Krankheitsentitäten nicht genügen, da ein Großteil der Notfallpatient\*innen mit einem unklaren Krankheitsbild, das multifaktoriell induziert sein kann und oft auch eine hohe Mortalität zeigt, in Notaufnahmen vorstellig. Diese Gruppe wird in der Zukunft auch immer größer werden. (Bsp. geriatrische Patient\*innen mit Multimedikation).

Erste Ansätze einer verbesserten Kooperation mit dem ambulanten Sektor stellt die Integration von durch die KV betriebenen Notfallpraxen innerhalb einzelner Berliner Notaufnahmen dar, jedoch arbeitet auch hier – trotz Aufhebung der räumlichen Trennung – jeder in seinem Sektor weiter.

Zusammengefasst stellen die oben dargestellten fokussierten Ansätze definitiv einen Fortschritt dar, aber das grundsätzliche Systemproblem der nicht klar aufeinander abgestimmten intra-, inter- bzw. transsektoralen Versorgung von Notfallpatient\*innen und ihren Bedürfnissen bedarf einer Veränderung, primär aus qualitativ-medizinischen und sekundär auch aus gesundheitsökonomischen Erwägungen heraus. Und hierfür bedarf es eines Systemansatzes, der neben der Organisation auch innovative technische Möglichkeiten, aber vor allem auch die Anforderungen und Bedürfnisse der beteiligten Personen, einschließlich der Patient\*innen, und das Zusammenwirken aller drei Aspekte berücksichtigt („Mensch-Technik-Organisation“).

### **3. System „Notfallversorgung“ – mögliche Ansatzpunkte zur Optimierung**

„Mensch-Technik-Organisation“ bedeutet – um ein Bild aus der Luftfahrt zu verwenden –, dass es nicht genügt, nur ein hochmodernes, technisch hochgerüstetes Flugzeug vor die Tür zu stellen, sondern dass auch die Besatzung und das Wartungspersonal entsprechend qualifiziert und die Bedürfnisse der Passagier\*innen antizipiert und der Flugplan und die Abläufe so effektiv und effizient wie möglich organisiert werden müssen, damit das System seine Funktion erfüllt und sich letztlich auch trägt. Dieser Ansatz soll stichpunktartig verdeutlichen, warum und wo in der Notfallmedizin noch Strukturen verbessert werden könnten und sollten.

#### **3.1 Die Menschen im System der Notfallversorgung**

##### *3.1.1 Bevölkerung und Patient\*innen*

- Die Bevölkerung muss mit differenzierten Ansätzen gerade für die eigene Behandlung von Akut- und Notfällen geschult und trainiert werden. Dies gilt sowohl für die selbständige Hilfe bei kleinen Verletzungen und harmlosen Erkrankungen, um die Ressourcen in Notaufnahmen und Notfallrettung zu schonen. Aber eben auch bei lebensbedrohlichen Notfällen – insbesondere dem Herz-Kreislauf-Stillstand – müssen Ersthelfer\*innen aktiviert werden und helfen können. Dies sichert mehr Überleben als die professionellen Systeme. Hier ist das KATRETT-System der Berliner Feuerwehr ein erster Ansatz, wie mit neuen digitalen Möglichkeiten die Bevölkerung einbezogen werden kann. Entscheidend wäre die verpflichtende Aufnahme der Reanimation in den Schulunterricht, hier gehen andere Bundesländer bereits voran und Berlin muss nachziehen.

- Im System „Notfallversorgung“ müssen immer die Patient\*innen und ihre Bedürfnisse im Mittelpunkt aller Maßnahmen stehen. Vor allem ethische Aspekte wie das Selbstbestimmungsrecht müssen berücksichtigt werden, was in der Notfallmedizin mit der Notwendigkeit einer Entscheidung unter Zeitdruck und oft geringen Informationen für alle Beteiligten sehr schwer sein kann. Auch unter diesem Aspekt ist die zunehmende Einbindung von Patient\*innen und deren Angehörigen richtig und wichtig. Dies erfordert aber auch gleichzeitig eine verstärkte Befähigung, die Patient\*innen und ggf. deren Angehörige entscheidungs- und handlungsfähig zu machen („Empowerment“). Insbesondere Risikopatient\*innen (z. B. chronisch Kranke, Menschen mit seltenen Erkrankungen, Herzpatient\*innen u. a. m.) und deren Angehörige sollten sowohl unter medizinischen als auch ethischen Aspekten angepasste Schulungsangebote erhalten können. Zusätzlich sollten Patient\*innenorganisationen aktiv in Überlegungen neuer Konzepte in der Notfallversorgung eingebunden werden.

### 3.1.2 Personal

- **Qualifikation und Qualifizierungsmöglichkeiten**

Notfallmedizin (präklinisch und klinisch) erfordert hochqualifiziertes und motiviertes Personal; hierfür gibt es bisher nur wenige Spezialisierungsmöglichkeiten. Im ärztlichen Bereich gibt es bereits eine Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ für die Arbeit in Notaufnahmen (Berlin war bundesweiter Vorreiter), jedoch ist zu hinterfragen, ob nicht mittel- bis längerfristig ein\*e Fach\*ärztin für Notfallmedizin, der\*die komplementär zu den anderen Fachdisziplinen auch die präklinische Notfallmedizin inkludieren könnte (bisher getrennt), insbesondere unter Qualitätsgesichtspunkten der bessere Weg wäre. Im pflegerischen Bereich wurde die Fachweiterbildung Notfallpflege etabliert, wobei hier im Arbeitsalltag die Verantwortungsfelder dieser Weiterbildung und damit auch die Vergütung noch weiter spezifiziert bzw. angepasst werden müssen. Die Einführung von hochqualifizierten Notfallsanitäter\*innen in der Präklinik führt zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung. Auch bei den Notärzt\*innen ist eine deutliche Verbesserung durch gestiegene Anforderungen und engere Vernetzung mit den Notaufnahmen

begonnen worden. Mittelfristig wird diese Professionalisierung durch weitere Spezialisierung zu einem ressourcenschonenden und qualitativ guten System zusammenwachsen.

- **Entwicklungs-/Karrieremöglichkeiten in der prä- und klinischen Notfallmedizin**  
Diese sind auch heute nicht ganz klar, aber entscheidend, um hochmotiviertes Personal zu gewinnen und zu halten („Was mache ich und wo arbeite ich in 20 Jahren? Was kann ich bis dahin erreichen und in welcher Position? Was sind mögliche ‚Ausstiegsszenarien‘ aus der unmittelbaren Patient\*innenversorgung?“). Im ärztlichen Bereich wäre sicher die Möglichkeit des Erwerbs einer Facharztqualifikation (siehe oben) zielführend und weiter qualitätsverbessernd. Auch im pflegerischen und präklinischen Bereich müssen sich Mitarbeiter\*innen weiterentwickeln können. Hier sind entsprechende Arbeitsgebiete mit noch mehr Verantwortlichkeit zu definieren. Zusätzlich müssen sich besonders ärztliche Mitarbeiter\*innen – analog zu einzelnen Kliniken – mit „ihrer“ Notaufnahme als Abteilung/Institution identifizieren können. Die Einrichtung von Kliniken oder Zentren für Notfallmedizin durch verschiedene

Krankenhausträger, die damit die Notaufnahmen aufwerten, trägt diesem Punkt Rechnung, ist aber auch in Berlin noch nicht Standard. Speziell in Notaufnahmen der Universitäten und im Verbund mit akademischen Lehrkrankenhäusern rückt auch die wissenschaftliche Laufbahn in der Notfallmedizin zunehmend in den Fokus. Sind Notaufnahmen doch allein aufgrund ihrer Patient\*innenzahl für klinische Forschungsvorhaben prädestiniert. Dies erfordert aber auch die Schaffung der notwendigen Strukturen wie z. B. der Einrichtung von Notfallmedizin-Professuren mit entsprechenden Forschungsschwerpunkten. Zur Akademisierung des Rettungsfachpersonals müssen nach internationalem Vorbild weiterqualifizierende Studiengänge, vergleichbar dem Bachelor / Master of Nursing, geschaffen werden, die eine Weiterentwicklung, z. B. zum „advanced paramedic“ bis hin zu PhD-Programmen, ermöglichen.

- **Arbeitsbelastung und Gesundheitsfürsorge**

Die Notfallmedizin ist für medizinisches Personal grundsätzlich attraktiv, aber die in der Notfallmedizin besonders hohe und nicht planbare Arbeitsdichte im Schichtdienst ist ausgesprochen belastend und birgt damit auch ein hohes gesundheitliches Risiko (Bsp. Burn-out); hier müssen neben regelmäßigen Fort- und Weiterbildungskonzepten (z. B. Notfall- oder Kommunikationstraining), die Sicherheit bei der Arbeit vermitteln, auch neue Arbeitszeitmodelle, z. B. mit noch mehr Freizeitausgleich und ohne Gehaltseinbußen, überdacht werden, um das qualifizierte Personal zu halten. Zusätzlich müssen Mitarbeiter\*innen die Sicherheit haben, dass sie und ihre Familien im arbeitsbedingten Krankheitsfall gut abgesichert sind. Hier spielen auch die Berufsgenossenschaften eine wichtige Rolle. So hat z. B. 13 Monate nach Ausbruch der Pandemie die zuständige Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 40.000 Anträge auf Berufskrankheit Covid-19 anerkannt.

- **Vermittlung notfallmedizinischer Kompetenz im ambulanten Bereich**

Während der G-BA für die Notaufnahmen mittlerweile o. g. Zusatzqualifikationen über den reinen Facharzt\*innenstatus hinaus einfordert, ist dies im ambulanten Sektor, von einer Facharztqualifikation abgesehen, noch nicht geregelt. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels müssen auch die ambulanten Pflegedienste bzw. medizinisches Personal in Pflegeheimen vermehrt notfallmedizinisch qualifiziert und trainiert werden. Nur so wird es gelingen, beginnende Notfälle frühzeitig zu erkennen und damit frühzeitig behandeln zu können.

### **3.2 Technik / technische Entwicklungen / Digitalisierung in der Notfallversorgung: Erhöhung der Patient\*innensicherheit und Entlastung von Personal**

Wie oben ausgeführt, ist eine der zentralen Aufgaben in der Notfallmedizin, zeitkritische Krankheitsbilder schnell zu identifizieren und zu behandeln. Hierfür ist die Verfügbarkeit von relevanten digitalisierten, patient\*innenbezogenen Informationen über die Sektoren hinweg und der Einsatz von unterstützenden Systemen für medizinische Entscheidungen (Stichwort Künstliche Intelligenz) essentiell und dient der Erhöhung der Patient\*innensicherheit. Jedoch ist auch heute noch das Telefon Kommunikationsmittel Nr. 1. Dabei darf Technik/Digitalisierung nicht als zusätzliche Arbeitsbelastung, sondern muss als entlastend für den\*die Nutzer\*in (medizinisches Personal und Patient\*innen) wahrgenommen werden. Gleichzeitig sind datenschutzrechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Der Sachverständigenrat

zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem jüngsten Gutachten von März 2021 *Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems* ausführlich dargelegt [7].

Digitale Vernetzung bedeutet auch aus Sicht der Notfallmedizin darüber hinaus aber nicht nur die Verknüpfung mit einer elektronischen Patient\*innenakte zur schnellen Informationsübersicht. Auch neue Technologien, z. B. „Wearables“ in Klinik oder im Home care-Bereich und andere Medizinprodukte, müssen digital und intelligent eingebunden sein, um ggf. die drohende Verschlechterung zu erkennen und zu signalisieren. Zusätzlich muss aber auch die Möglichkeit für Patient\*innen und Angehörige bestehen, selbst über diese Systeme direkt oder indirekt mit den medizinischen Leistungserbringern telemedizinisch zu kommunizieren. Mit Einführung solcher Systemansätze kann es zukünftig gelingen, insbesondere die multimorbiden Patient\*innen in ihrem häuslichen Umfeld besser zu betreuen und hier quasi „präventiv“ aktiv zu werden.

Für die Entwicklung solcher Systemansätze bedarf es jedoch einer sehr engen Zusammenarbeit aller medizinischen Leistungserbringer sowie der Einbindung von Wissenschaft und Industrie als Motor von Innovationen.

Berlin ist mit seinem entsprechenden Umfeld für eine solche Zusammenarbeit bzw. die Entwicklung neuer Kooperationsformen aller Beteiligten prädestiniert, z. B. durch Schaffung gemeinsamer Forschungs- und Entwicklungsplattformen sowie entsprechende Trainings- und Simulationszentren, in denen neue Entwicklungen vor dem klinischen Einsatz und deren Mehrwert für das Gesamtsystem evaluiert werden können.

### **3.3 Organisation der Notfallversorgung**

Die Organisation der Notfallversorgung ist bereits heute in jedem Sektor für sich genommen komplex. So ist streckenweise mehr Konkurrenz als Kooperation zwischen und in den Sektoren zu beobachten. Beispielsweise „konkurrieren“ einzelne Kliniken oder Klinikverbünde miteinander um die gleichen Patient\*innen, was aus übergeordneter Sicht nicht zielführend und ressourcenvergeudend ist. Krankenhausplanerisch eröffnet sich gerade in einem Metropolenraum wie Berlin die Chance, dass durch Konzentration und Vernetzung sowohl qualitativ wie ökonomisch große Verbesserungen erreicht werden könnten. Gleichzeitig werden Versorgungsdefizite des einen Bereiches an den anderen weitergegeben und vice versa, ohne dass den Patient\*innen damit wirklich geholfen wäre (Bsp. Versorgung von älteren multimorbiden und pflegebedürftigen Patient\*innen, die wechselnd zwischen Klinik und ambulantem Bereich, zum Teil unter Einbindung der Notfallrettung, versorgt werden).

Wie in anderen Staaten auch zeigen Notfallrettung und Notaufnahmen steigende Inanspruchnahmezahlen. Eine sinnvolle Gegensteuerung ist möglich, wenn man die Notfallrettung von der Logik „112 – Rettungswagen – Transport zur Notaufnahme“ löst. International ist die Fachwelt einig, dass die Notfallrettung zu einem integrierten Hilfeleistungssystem ausgebaut werden muss. Dazu zählen alternative Angebote wie Akutdienste mit Sozialarbeiter\*innen, spezielle Dienste für Krisen sowie die Akutbehandlung für psychosoziale und psychiatrische Notfälle, Fallmanagement von *Frequent Usern* und bessere Versorgung von institutionalisierten Einrichtungen wie spezielle Wohnformen. Nur mit einem Investment in diesem Bereich können unnötige Transporte und Einweisungen vermieden werden – was aber bei getrennten Sektoren und Zuständigkeiten nicht sehr einfach umzusetzen ist.

Die aktuelle Pandemie zeigt, wie wichtig klare Absprachen und Kooperationen auch in Hinblick auf Aufgabenteilung sind, um solche Krisen zu bewältigen. Eine solche Aufgaben- und Ressourcenaufteilung auf allen Ebenen, beginnend von der Politik bis auf die eigentliche individuelle Behandlungsebene, bedarf klarer Regeln, Absprachen und Kooperationen und ist auch auf lange Sicht sinnvoll. Dass dies auch einer übergeordneten Steuerung bzw. Kontrolle sowie einer entsprechenden und ebenfalls abgestimmten Finanzierung bedarf, steht dabei außer Frage. Hierfür benötigt gerade eine Metropole wie Berlin ein gemeinsames Krisenmanagement für das Gesundheitswesen, welches operativ schnell wirken kann. Die Koordination mehrerer Senatsverwaltungen, 12 Bezirke, der Organisationen der Selbstverwaltung wie die Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG), Krankenversicherungen (KV), Ärztekammern (ÄK) und Kassen sowie der einzelnen Stakeholder selbst (Kliniken, Arztpraxen, Rettungsdiensten) ist schwerfällig.

Sinnvoll erscheint, jenseits der unmittelbar in den Sektoren beteiligten Akteur\*innen, auch die Einbindung bzw. Vernetzung mit anderen Institutionen, wie dem Robert Koch-Institut, denn neue, auch infektiologische Herausforderungen sind zu erwarten. Hier sei nur auf die multiresistenten Erreger und ihr globales Bedrohungspotential verwiesen.

## **Zusammenfassung**

Zusammengefasst besteht damit vor dem Hintergrund einer sich kontinuierlich weiterentwickelnden Notfallmedizin und neuer Anforderungen an die notfallmedizinischen Strukturen der Bedarf, die Organisation einer zukunftsweisenden Notfallversorgung neu zu gestalten. Dies kann nur im Verbund aller Beteiligten (einschließlich der Patient\*innen) geschehen.

Daher möchten die Autoren dazu aufrufen, zunächst unabhängig von finanziellen Überlegungen, das System der Notfallversorgung in Berlin (und perspektivisch Brandenburg) unter Einbindung aller Akteur\*innen aus Medizin, Wissenschaft, Politik und auch Industrie und gemeinsam mit Patient\*innenvertretungen neu zu denken und zu diskutieren, um dann Handlungsfelder zu definieren. Dies könnte z. B. unter dem Dach der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften geschehen. Die Autoren und Ihre Institutionen, die – wie z.B. die Charité – bereits viele der genannten Überlegungen in ihrer übergeordneten Gesamtstrategie für die nächsten Jahre im Fokus haben [8], werden sich gerne an diesem Prozess beteiligen.

Damit würde Berlin als Medizinmetropole mit dem entsprechenden Umfeld auch auf dem Sektor der Notfallversorgung national und auch international seiner Vorreiterrolle weiterhin gerecht, denn die Zukunft Berlins liegt auf den Gebieten der Gesundheit und Wissenschaft.

## **Literaturverzeichnis**

[1] Ergebnisbericht der Zukunftskommission „Gesundheitsstadt Berlin 2030“;  
[https://www.berlin.de/sen/wissenschaft/\\_assets/gesundheitsstadt\\_2030\\_ergebnisbericht-der-zukunftskommission.pdf](https://www.berlin.de/sen/wissenschaft/_assets/gesundheitsstadt_2030_ergebnisbericht-der-zukunftskommission.pdf)

[2] Krankenhausreport 2021;  
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-62708-2.pdf>  
[fileadmin//images/content/PDFs\\_alle/Broschuere\\_final.pdf](https://www.fileadmin//images/content/PDFs_alle/Broschuere_final.pdf)

[3] Jahresbericht der Berliner Feuerwehr 2019:  
<https://www.berliner-feuerwehr.de/fileadmin/bfw/dokumente/Publikationen/Jahresberichte/jahresbericht2019.pdf>

[4] Fallzahlen Berlin 2019 (Auskunft Senatsverwaltung Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, und KV-Berlin persönliche Kommunikation 6.5.2021 und xx.05.2021)

[5] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung; Gutachten 2018; [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf)

[6] COVID-19: Telemedizinische Versorgung von Intensivpatienten per Visitenroboter  
[https://www.charite.de/klinikum/themen\\_klinikum/covid\\_19\\_telemedizinische\\_versorgung\\_von\\_intensivpatienten\\_per\\_visitenroboter/](https://www.charite.de/klinikum/themen_klinikum/covid_19_telemedizinische_versorgung_von_intensivpatienten_per_visitenroboter/)

[7] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems Gutachten von März 2021

[8] Charité 2030 – Strategische Ausrichtung der Charité – Universitätsmedizin Berlin;  
[https://www.charite.de/fileadmin/user\\_upload/portal\\_relaunch/die-charite/Strategie-2030/Strategie\\_Charite\\_2030\\_Wir-denken-Gesundheit-neu.pdf](https://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal_relaunch/die-charite/Strategie-2030/Strategie_Charite_2030_Wir-denken-Gesundheit-neu.pdf)