



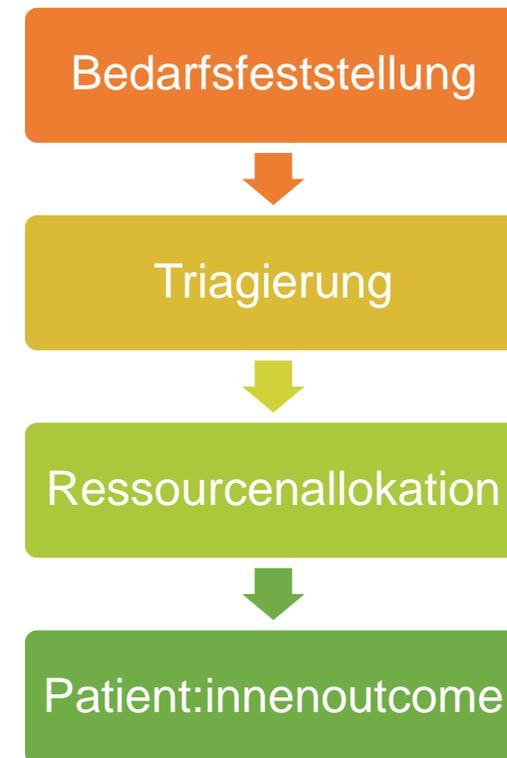
Ersatzkassenforum

"Notfallversorgung neu denken –
Sektorengrenzen endlich überwinden!"

Partikularismus versus Systemdenken

Prof. Thomas Krafft,
Simone Böbel (MA, MSc)
Universität Maastricht
Ersatzkassenforum Hamburg, 05.09.2024

Notfallversorgung: Fehlsteuerung bei Selbsteinweisenden



Notfallversorgung: Aus Patient:innensicht

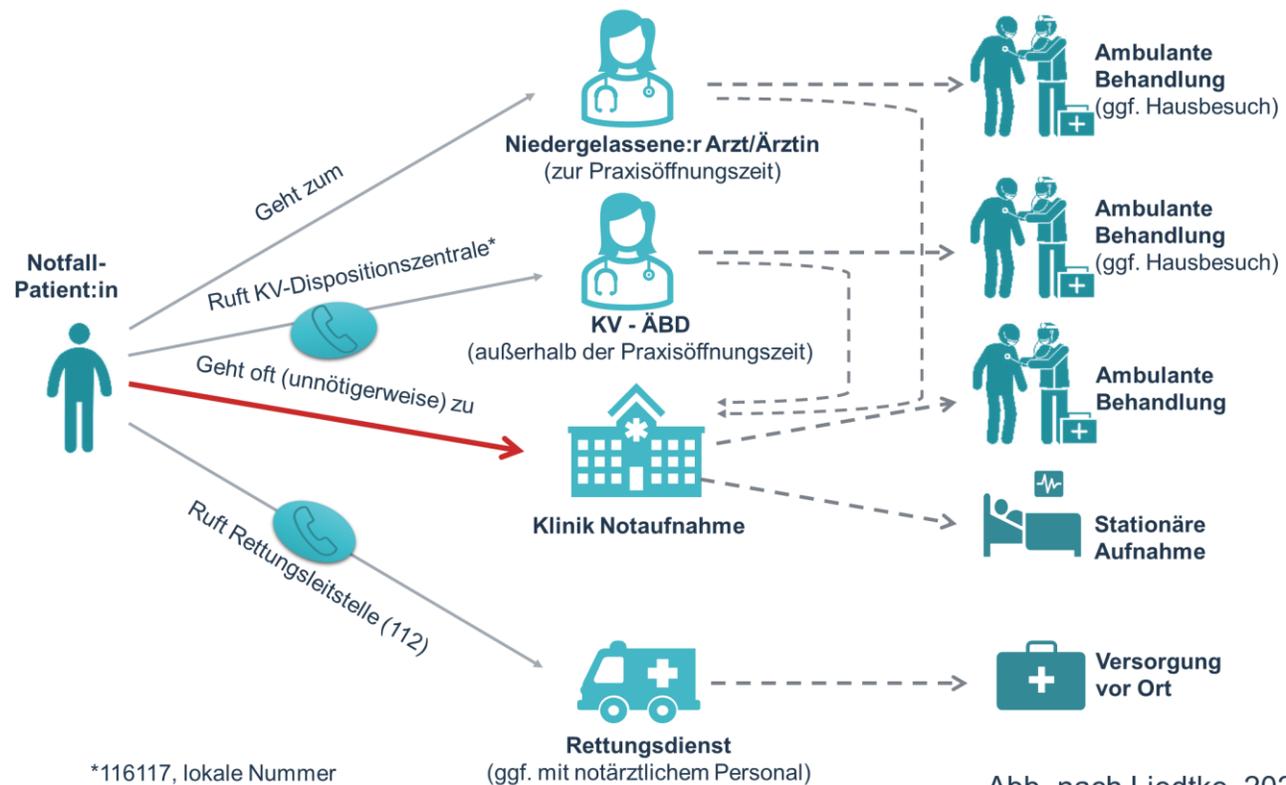


Abb. nach Liedtke, 2020

Zersplitterte, uneindeutige und unkoordinierte Organisationsstrukturen

- Health (System) Literacy
- Vermeidung von Wartezeiten; Wunsch nach interdisziplinärer Behandlung
- Fehlsteuerung

Krafft, T.; Neuerer, M.; Böbel, S. & Reuter-Oppermann, M. (2022). Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken. Gütersloh/Winnenden, 2022. ISBN 978-3-9824744-0-3

Versorgungsbedarf vs. Versorgungsangebot





„Notfallversorgung neu
denken –
Sektorengrenzen endlich
überwinden!“

Ersatzkassenforum Hamburg
05.09.2024

Notfallversorgung Deutschland

Tausende Menschen sterben unnötig

Notfallrettung versagt in vielen Regionen

Stand: 16.07.2024 17:01 Uhr

In Notfällen sind die Überlebenschancen in Deutschland regional sehr unterschiedlich. Ein Grund dafür sind große Qualitätsunterschiede in der Notfallrettung.

Von Jan Russezki, Maren Krämer, Patrick Hünerfeld und Lena Kube, SWR

SWR Datenrecherche #Notfall Rettung

Rettungsdienste in BW: Hunderte Menschen mehr könnten trotz Herzstillstand überleben

Stand: 17.7.2024, 5:00 Uhr

Von [Oliver Linsenmaier](#), [Michael Ströbel](#), [Patrick Hünerfeld](#), [SWR Data Lab](#)

Stiftung: Rettungsdienst entspricht nicht internationalen Standards

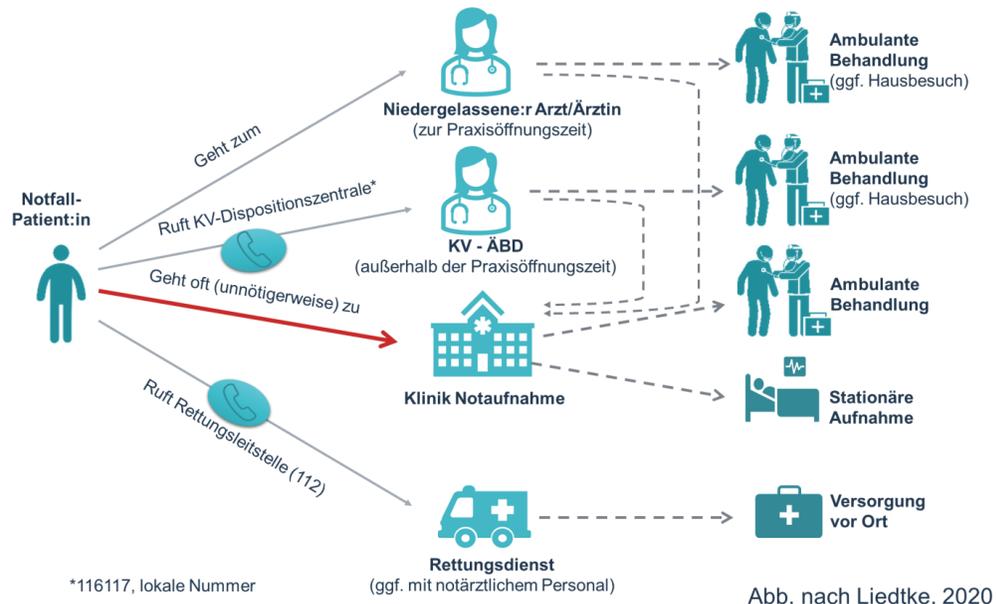
Das Land komme seiner Pflicht zur Wahrung der Grundrechte der Bürgerinnen und Bürger nur ungenügend nach, weil die Zuständigkeiten und Strukturen bei Notfällen nicht umfassend geklärt seien, so die Stiftung. Die Strukturen entsprächen auch weiterhin nicht internationalen Standards. Die Stiftung argumentiert mit dem Grundgesetz und dem darin verankerten Schutz der Menschenwürde und dem Recht auf Leben und körperlicher Unversehrtheit. Dadurch hätten die Bürgerinnen und Bürger ein Recht auf ein funktionierendes Rettungssystem. Dass es dieses System in Baden-Württemberg gibt, stellt die Stiftung in Frage. Alles Wesentliche werde in dem Gesetz offen gelassen oder sei unzureichend geregelt.

Die Stiftung kritisiert fehlerhafte Vorgaben

Das neue Gesetz sieht vor, dass Rettungskräfte künftig in 95 Prozent der Fälle innerhalb von zwölf Minuten am Einsatzort sein sollen. Zuvor galt eine Zeitspanne von 10 bis 15 Minuten für Rettungswagen (RTW) - aber selbst die 15-Minuten-Vorgabe wurde in den meisten Landkreisen gerissen. Wie diese Zwölf-Minuten-Frist künftig eingehalten werden soll, sei völlig unklar, so die Stiftung. Dem Innenministerium und den Hilfsorganisationen werde ohne gesetzliche Vorgaben frei überlassen, wie die Menschen innerhalb der erforderlichen Frist in Notfällen gerettet werden sollen.

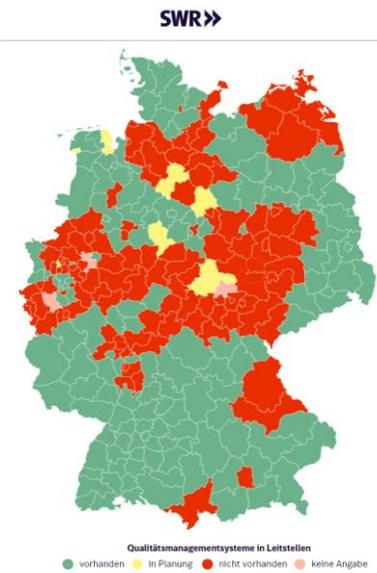
Status Quo: Akut- und Notfallversorgung

Patient:in entscheidet über Versorgungszugang

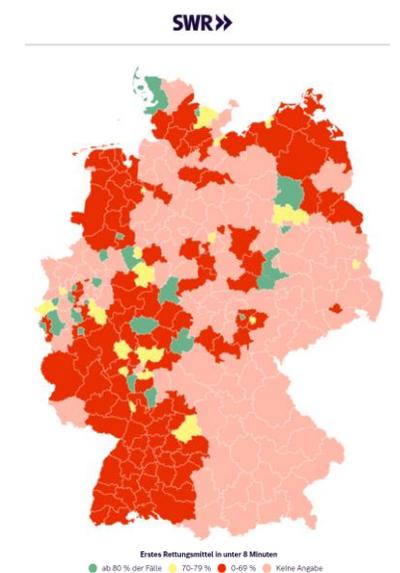


Flickenteppich - Partikularismus

QM in Rettungsleitstellen



Eintreffzeit in unter 8 Min.

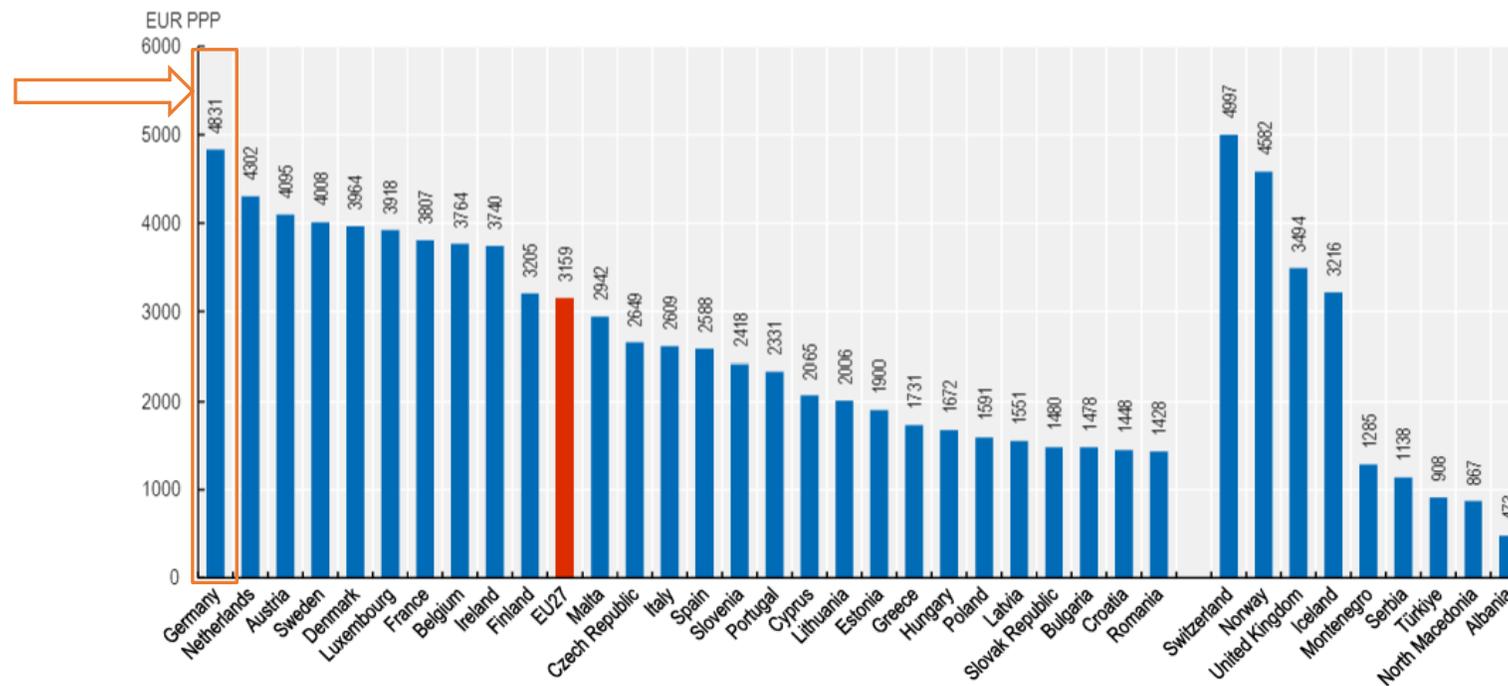


Krafft, T.; Neuerer, M.; Böbel, S. & Reuter-Oppermann, M. (2022). Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken. Gütersloh/Winnenden, 2022. ISBN 978-3-9824744-0-3

SWR. (2024). Es kann alle treffen: Notfall in Deutschland. Online: <https://notfallrettung.swr.de/?selectedAge=old&selectedGender=female&ags=deutschland&personalised=false>

Deutschland: Spitzenreiter in Gesundheitsausgaben

Figure 5.1. Health expenditure per capita, 2020 (or nearest year)



Note: The EU average is weighted.

Source: OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

Steigende Ausgaben für Fahrtkosten

GESUNDHEITSDATEN

Ausgaben für Rettungswagen, Taxi und Co steigen

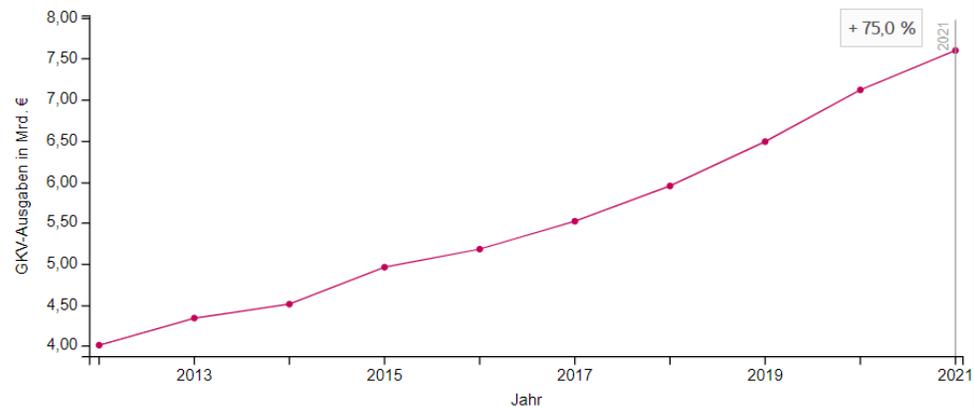
Unter bestimmten Voraussetzungen haben Patienten Anspruch auf Beförderungsleistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Jahr 2021 hat die GKV rund 7,6 Milliarden Euro für Fahrtkosten ausgegeben. Fünf Jahre zuvor (2016) waren es hingegen noch etwa 5,2 Milliarden Euro. Rund 47 % der Ausgaben entfielen auf Fahrten mit dem Rettungswagen, gefolgt von Fahrten mit Taxi und Mietwagen mit 19 % und Krankentransportwagen mit ca. 18 %.

Fahrtkosten insg.

2021

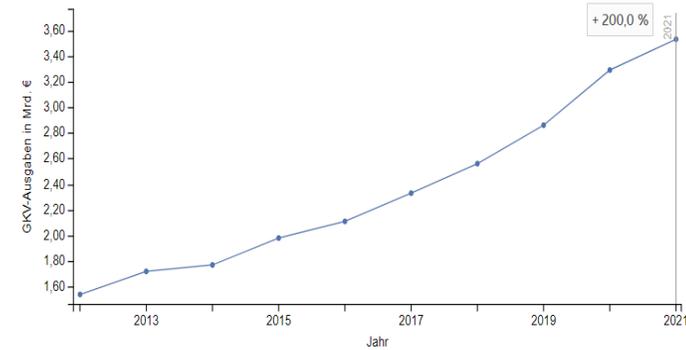
RESET

GKV-Ausgaben in Mrd. €, Fahrtkosten insg., 2021



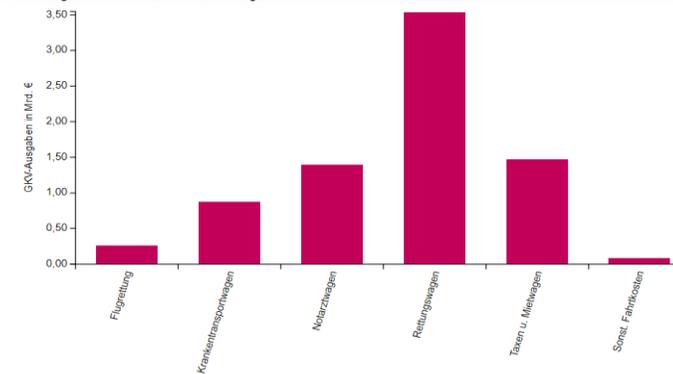
Quelle : KJ 1-Statistik (Endgültige Rechnungsergebnisse GKV), Bundesministerium für Gesundheit

GKV-Ausgaben in Mrd. €, Rettungswagen, 2021



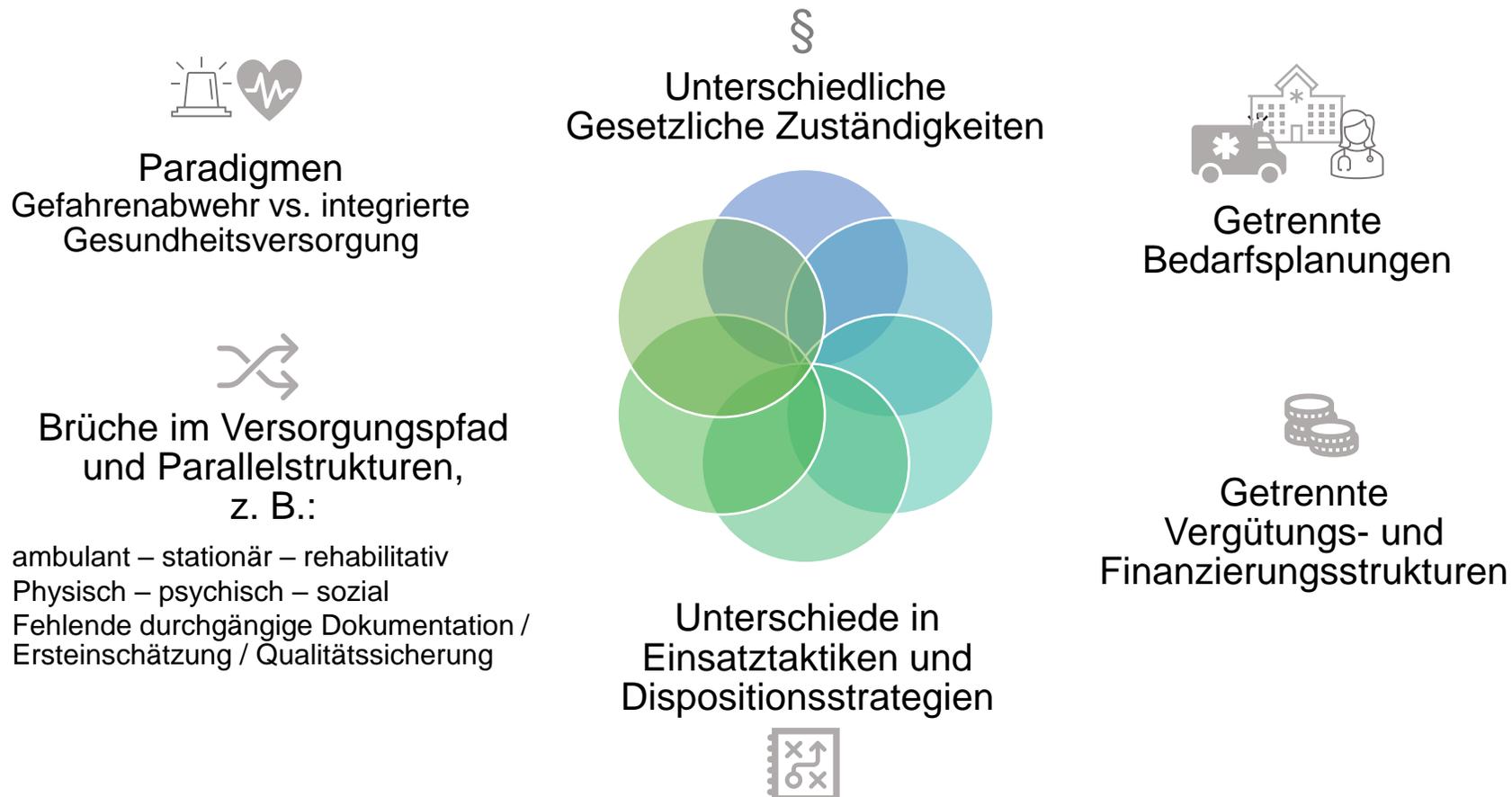
Quelle : KJ 1-Statistik (Endgültige Rechnungsergebnisse GKV), Bundesministerium für Gesundheit

GKV-Ausgaben in Mrd. €, Fahrtkosten insg., 2021



Quelle : KJ 1-Statistik (Endgültige Rechnungsergebnisse GKV), Bundesministerium für Gesundheit

Sektorengrenzen werden aufrecht erhalten durch



**Gesetzentwurf
der Bundesregierung**

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Gesetzentwurf der
Bundesregierung zur
Notfallversorgungsreform

VERFASSUNGSRECHTLICHE
VORGABEN FÜR DIE NEUORDNUNG
DER DEUTSCHEN NOTFALLRETTUNG.
RECHTSGUTACHTEN ERSTELLT IM AUFTRAG DER
BJÖRN STEIGER STIFTUNG.

von Univ.-Prof. Dr. iur. Dr. sc. pol. Udo Di Fabio, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, im Juni 2024.



 **BJÖRN STEIGER
STIFTUNG**

Verfassungsrechtliche
Vorgaben für die Neuordnung
der Notfallrettung

Aktuelle politische Diskussionen und Reformvorhaben

Lösungsansatz Bundesregierung: Einheitliche Ersteinschätzung und Steuerung

Single Point of Contact

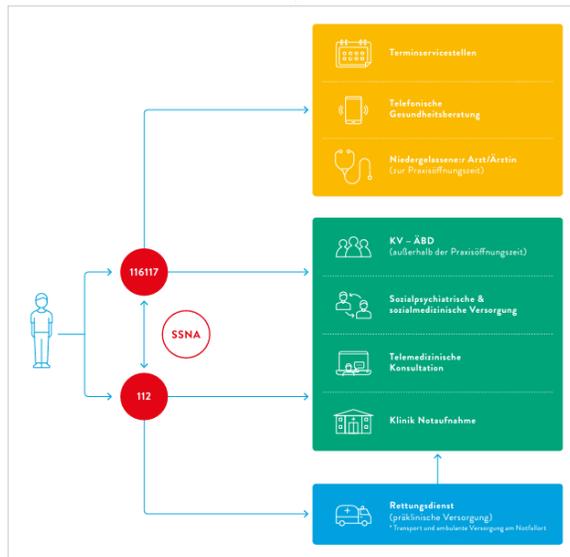
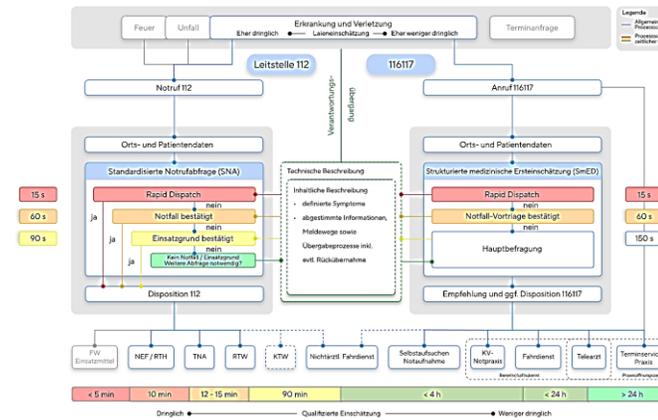


Abbildung 15. Gesundheitsleitstelle als virtueller Single Point of Contact

Krafft, T.; Neuerer, M.; Böbel, S. & Reuter-Oppermann, M. (2022). Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken. Gütersloh/Winnenden, 2022. ISBN 978-3-9824744-0-3

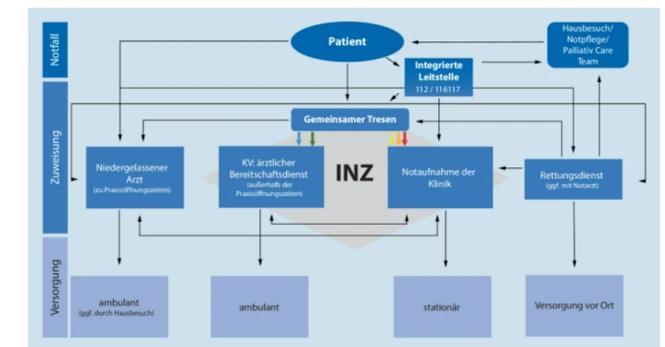
Gesundheitsleitstellen
inkl. stand. Abfrage



Zentralinstitut Kassenärztliche Vereinigung. (2024). Zi und Fachverband Leitstellen vertiefen Zusammenarbeit bei Verschränkung der Notrufnummern 112 und 116117.

Integrierte Notfallzentren

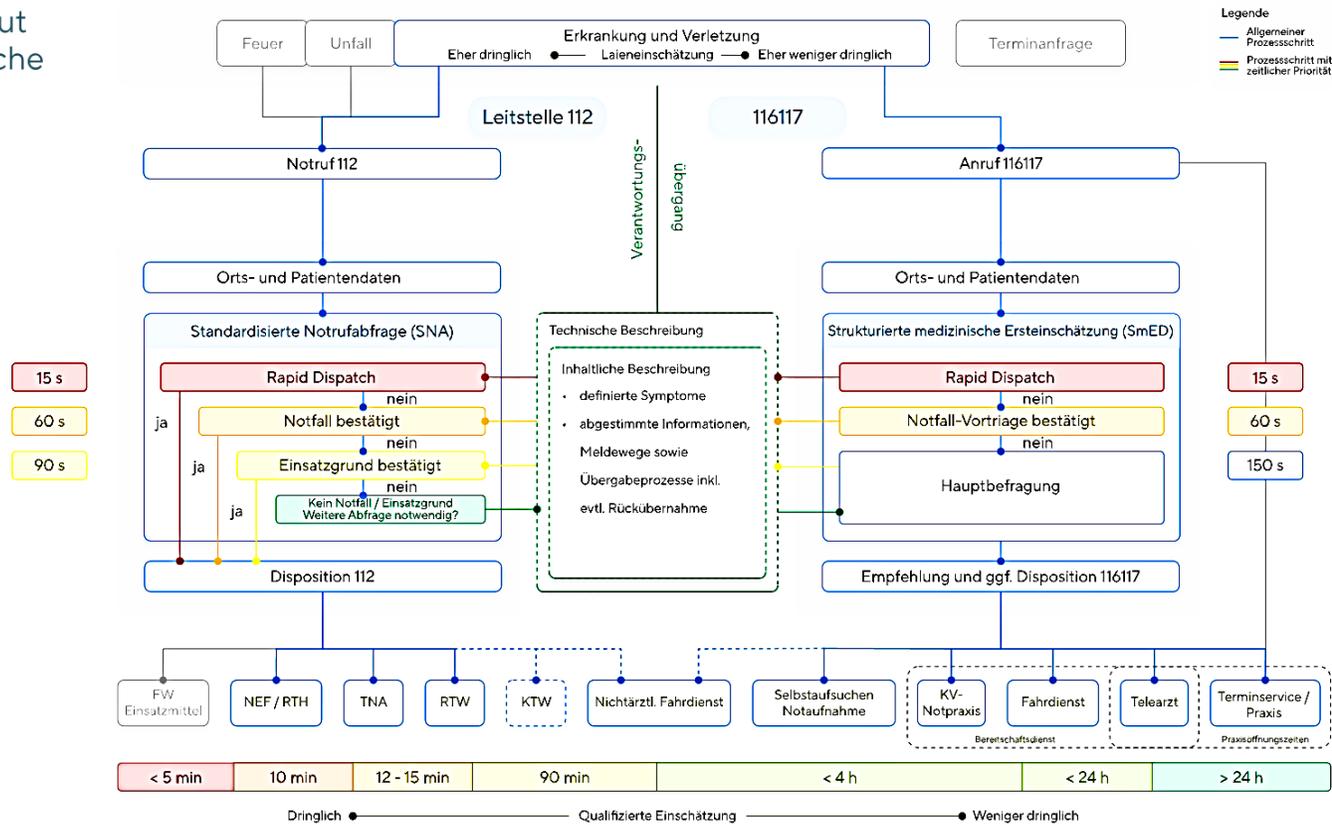
Abb. 3



Ansätze zu einer künftigen vernetzten Notfallversorgung. Farbliche Pfeile symbolisieren Patienten in verschiedenen Dringlichkeitsstufen: Rot Stufe 1, orange Stufe 2, gelb Stufe 3, grün Stufe 4, blau Stufe 5. (Nach [36])

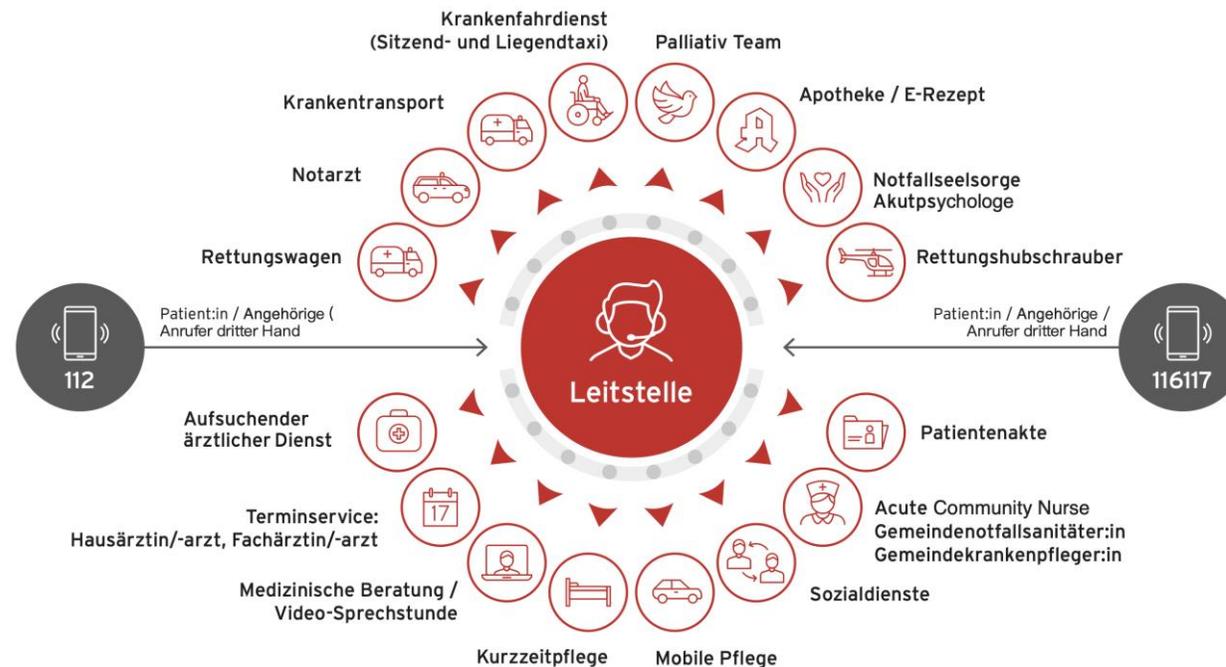
Walk, R., Schuster, S. (2024). Integrierte Notfallzentren: eine Lösung zur Patientensteuerung? *Notfall Rettungsmed* 27, 25–35. <https://doi.org/10.1007/s10049-022-00998-x>

Gesundheitsleitstelle: 112 & 116117



Zentralinstitut Kassenärztliche Vereinigung. (2024). Zi und Fachverband Leitstellen vertiefen Zusammenarbeit bei Verschränkung der Notrufnummern 112 und 116117.

Ziel: Integrierte Gesundheitsleitstelle mit differenzierten Antwortmöglichkeiten



Björn Steiger Stiftung. (n.d.). Patientensteuerung in der Leitstelle.
Online: <https://rettungslandschaft.steiger-stiftung.de/patientenlenkung-in-der-leitstelle/>

Zentrale Steuerungsplattformen für freie Kapazitäten



Kapazitätsnachweis

Interdisziplinärer Versorgungsnachweis IVENA eHealth

IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis

Anmelden | **Regelversorgung** | Impressum | Datenschutz

Sie sind nicht angemeldet (Gast)

Bitte wählen Sie eine Stadt oder einen Landkreis aus, der angezeigt werden soll:

Integrierte Leitstelle Bremen

Bitte wählen Sie ein Fachgebiet:

[Augenheilkunde](#) | [Chirurgie](#) | [Frauenheilkunde u. Geburtshilfe](#) | [Geriatric](#) | [Hals-Nasen-Ohrenheilkunde](#) | [Haut- und Geschlechtskrankheiten](#) | [Hyperbare Medizin](#) | [Innere Medizin](#) | [Kinderheilkunde](#) | [Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie](#) | [Neurochirurgie](#) | [Neurologie](#) | [Nuklearmedizin/HämATOLOGIE](#) | [Psychiatrie und Psychotherapie](#) | [Psychotherapeutische Medizin](#) | [Urologie](#) | [Besondere Aufgaben](#) | [Diagnostik/Geräte](#) | [Palliativ](#)

Bitte wählen Sie einen Fachbereich:

[Allgemeine Innere Medizin](#) | [Diabetologie](#) | [Gastroenterologie](#) | [Infektiologie](#) | [Internistische Intensivstation](#) | [Internistische Intensivstation mit Beatmung](#) | [Internistische Intermediate Care](#) | [Isolierstation \(hochkontagios\)](#) | [Kardiologie](#)

Kardiologische Intensivstation | [Kardiologische Intensivstation mit Beatmung](#) | [Pneumologie](#)

Bitte wählen Sie eine Behandlungsdringlichkeit:

Notfallversorgung | **Stationäre Versorgung** | **Ambulante Versorgung**

Fachlich einschränkende Kriterien

Schockraum | Herzkatheter | Arbeitsunfall | Schwanger | Freiheitsentzug

	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00
Integrierte Leitstelle Bremen						
HB Übungs Krankenhaus Bremen						
HB Bremen-Mitte						
HB Bremen-Nord						
HB Bremen-Ost						
HB DIAKO						
HB Links der Weser						
HB Rotes Kreuz Krankenhaus						
HB St. Joseph-Stift						

	SR	HKU	SU	GEE	NFD	Rb	CT	MRT	CIS	CIB	BS	IIB	NIS	KRS
Integrierte Leitstelle Bremen														
HB Übungs Krankenhaus Bremen														
HB Bremen-Mitte														
HB Bremen-Nord														
HB Bremen-Ost														
HB DIAKO														
HB Links der Weser														
HB Rotes Kreuz Krankenhaus														
HB St. Joseph-Stift														

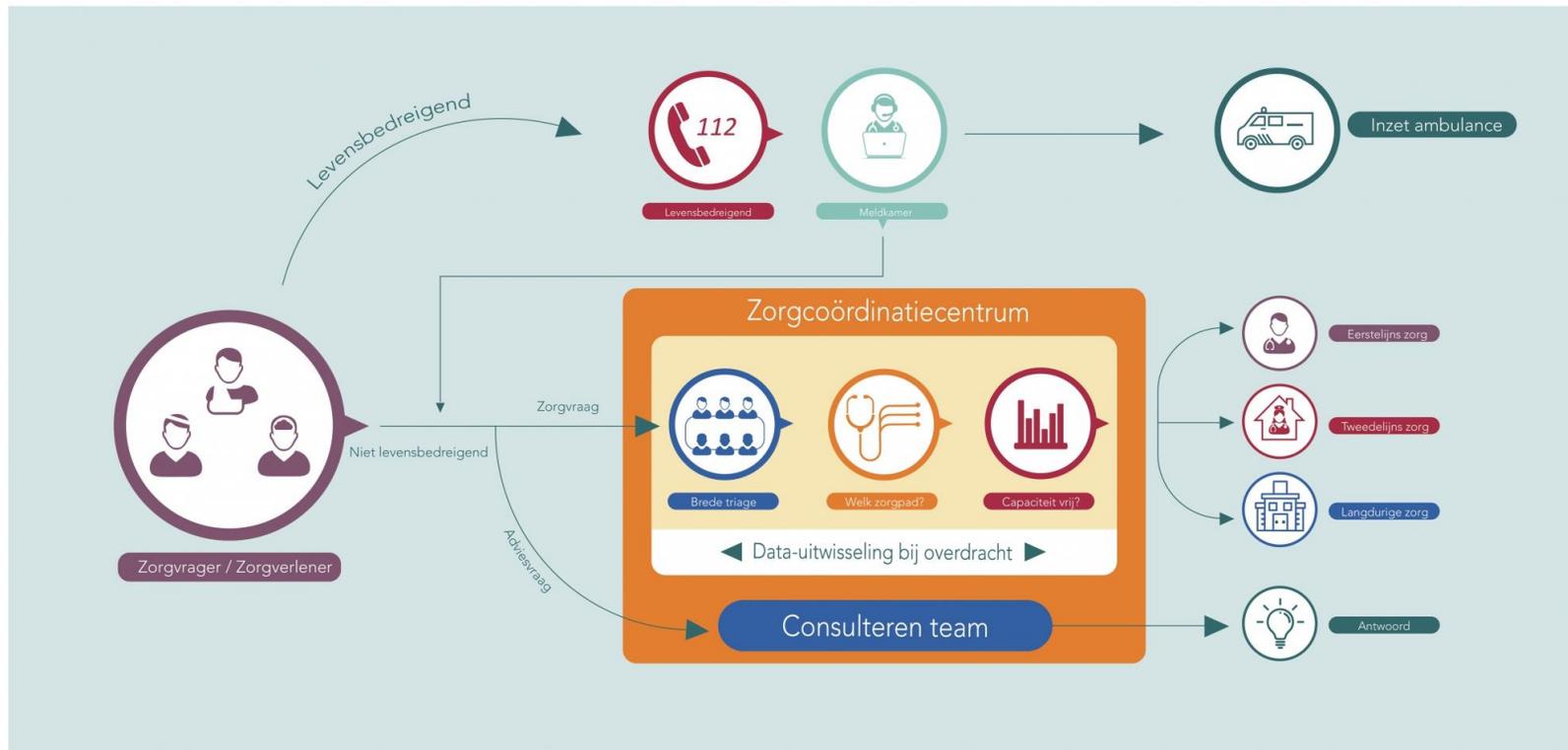
Abgerufen am 05.09.2024 08:31 Uhr



Informationssystem Gefahrenabwehr NRW

Zentrale Gesundheitskoordinationszentren

Pilot Zorgcoördinatie



Acute Zorgnetwerk Noord Nederland. Online: <https://www.acutezorgnetwerk.nl/pilot-zorgcoördinatie/pilot-zorgcoördinatie-in-beeld/>

Hilfsfrist unser einziger Qualitätsindikator?



PREHOSPITAL EMERGENCY CARE

Taylor & Francis

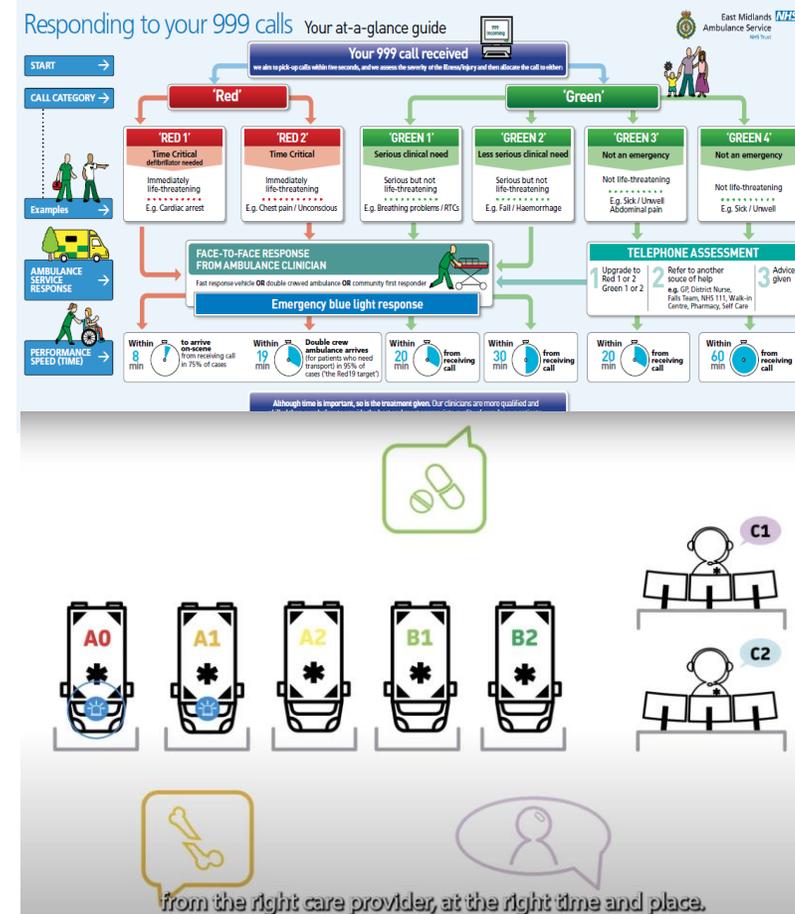
Prehospital Emergency Care

ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: www.tandfonline.com/journals/ipcc20

Joint Position Statement on EMS Performance Measures Beyond Response Times

Douglas F. Kupas, Matt Zavadsky, Brooke Burton, Chip Decker, Robert Dunne, Peter Dworsky, Richard Ferron, Daniel Gerard, Joseph Grover, Joseph House, Jeffrey Jarvis, Sheree Murphy, Jerry Overton, Michael Redlener, George W. Solomon, Andrew Stephen, Randy Strozyk, Marv Trimble, Thomas Wiczorek & Kathryn Wire

Douglas F. et al. (26 Jul 2024): Joint Position Statement on EMS Performance Measures Beyond Response Times, Prehospital Emergency Care, DOI: 10.1080/10903127.2024.2375739



KWALITEITSKADER
AMBULANCEZORG



AMBULANCEZORG
NEDERLAND



Online: <https://go.fliplink.me/view/E04E538F-C9A0-4694-8F0C-7A26A65DCE24>

Niederlande: Triage und QM entlang der Versorgungskette

Institutionsübergreifende Qualitätsziele

- Kwaliteitskalender 2.0
- *Verfasser: Berufsverband V&VN Ambulance Care, der niederländische Verband der medizinischen Leiter von Rettungsdiensten, die niederländischen Krankenversicherer, der niederländische Patientenverband und das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport*

Transparenz

- z. B. durch die Veröffentlichung von Leistungszahlen

Gegenseitige Prüfung und Unterstützung der Rettungsdienstbereiche

- Veröffentlichung von strukturierten Prüfberichten

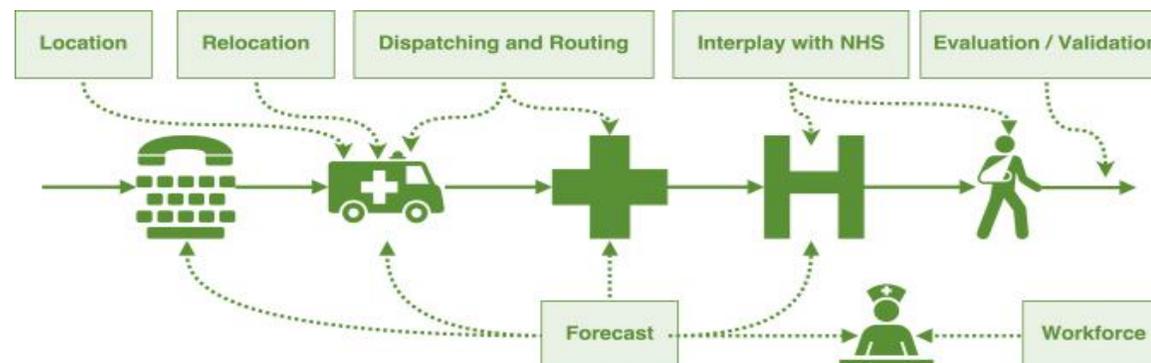
Ärztliche/Medizinische Leitung zum sektorübergreifenden Medical Oversight & QM

Steuerung & Kontrolle:

- Stärkung einer unabhängigen ärztlichen/medizinischen Aufsicht
- Sektorenübergreifende Ressourcenallokation (Primärversorgung, Rettungsdienst, Kliniken)

Qualitätssicherung:

- Sicherstellung der Versorgungsqualität entlang der gesamten Versorgungskette
- Monitoring von Versorgungsprozessen und Outcomes
- Implementierung von Qualitätsstandards (z. B. SOPs und Kennzahlen) und kontinuierlicher Prozessverbesserung



Aringhieri, R., Bruni, M. E., Khodaparasti, S., & van Essen, T. (2017). Emergency medical services and beyond: Addressing new challenges through a wide literature review. *Computers & Operations Research*, 78, 349-368. <https://doi.org/10.1016/j.cor.2016.09.016>

Großbritannien: “Syndromic Surveillance”



Utility of emergency call centre, dispatch and ambulance data 639

The European Journal of Public Health, Vol. 30, No. 4, 639–647
 © The Author(s) 2019. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association.
 This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted reuse, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.
 doi:10.1093/eurpub/ckz177 Advance Access published on 12 October 2019

Utility of emergency call centre, dispatch and ambulance data for syndromic surveillance of infectious diseases: a scoping review

Janneke W. Duijster^{1,*}, Simone D.A. Doreleijers^{1,2,*}, Eva Pilot², Wim van der Hoek¹, Geert Jan Kommer³, Marianne A.B. van der Sande^{1,4,5}, Thomas Krafft^{2,6,7}, Liselotte C.H.I. van Asten¹

- 1 Centre for Infectious Disease Control, National Institute for Public Health and the Environment (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM), Bilthoven, The Netherlands
- 2 Department of Health, Ethics and Society, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands
- 3 Centre for Nutrition, Prevention and Health Services, National Institute for Public Health and the Environment (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM), Bilthoven, The Netherlands
- 4 Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands
- 5 Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium
- 6 Institute of Geographic Sciences and Natural Resources Research, Chinese Academy of Sciences, Beijing, China
- 7 Institute of Environment Education and Research, Bharati Vidyapeeth University, Pune, India

* These authors are co-first authors.

Correspondence: Janneke W. Duijster, Centre for Infectious Disease Control, National Institute for Public Health and the Environment (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM), 3721 MA Bilthoven, The Netherlands, Tel: +31 30 274 3084, e-mail: janneke.duijster@rivm.nl

Background: Syndromic surveillance can supplement conventional health surveillance by analyzing less-specific, near-real-time data for an indication of disease occurrence. Emergency medical call centre dispatch and ambulance data are examples of routinely and efficiently collected syndromic data that might assist in infectious disease surveillance. Scientific literature on the subject is scarce and an overview of results is lacking. **Methods:** A scoping review including (i) review of the peer-reviewed literature, (ii) review of grey literature and (iii) interviews with key informants.

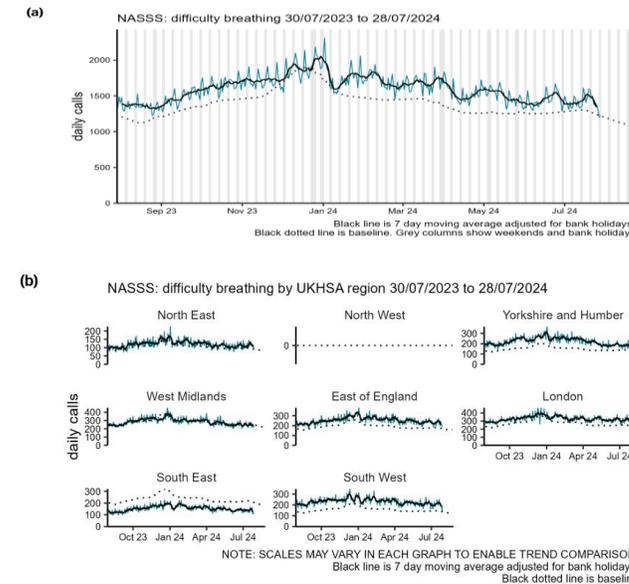
Duijster, J. W., Doreleijers, S. D. A., Pilot, E., van der Hoek, W., Kommer, G. J., van der Sande, M. A. B., Krafft, T., & van Asten, L. C. H. I. (2020). Utility of emergency call centre, dispatch and ambulance data for syndromic surveillance of infectious diseases: a scoping review. *European journal of public health*, 30(4), 639–647. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz177>



Ambulance Syndromic Surveillance System Bulletin (England) 2024 Week 30 Respiratory conditions

Difficulty breathing

Figure 1: Daily number of difficulty breathing ambulance service calls (and 7-day moving average adjusted for bank holidays), England (a) nationally, (b) by UKHSA Region. Please note there is minimal usage of this syndromic indicator by the East Midlands Ambulance Service before 26th June 2023.



UK Health Security. (2024). Ambulance Syndromic Surveillance System Bulletin (England) 2024 Week 30.

Aktive Vernetzung von Public Health, Public Safety, Health Care & Emergency Management

- Prävention
- Abgestimmte Strategien der Gesundheitsregionen
- Erste Hilfe- & CPR-Trainings
- Syndromic Surveillance
- Gesundheitsberichterstattung



- Zentralisierte (Leitstellen-)Intelligenz & gebiets-/sektorenübergreifende Strukturen
- Kommunikationsinfrastruktur
- Klare Aufgabenabgrenzung & -abstimmung
- Gefahrenabwehr, Feuerwehr, Katastrophen- & Bevölkerungsschutz

- Verpflichtende und routinemäßige notfallmed. Fortbildungen und Simulationstrainings für allgemein- & fachärztliches Personal

- Single Point of Contact
- Abgestimmte sektorenübergreifende Versorgung
- Patientenzentrierte Versorgung

Modifiziert nach EMS.gov (n. d.)

Erfüllung komplementärer Aufgabenbereiche zur Nutzung von Synergieeffekten!

Ausblick: Intersektorale Vernetzung



NWMIHN. (2024). Person-Centered Medical Care.
<https://nwmpnhn.org.au/about/primary-health-care/the-person-centred-medical-home/>

Es besteht akuter Handlungsbedarf:

- Ein **Single-Point-of-Contact** ist entscheidend für die **Lenkung** der Patient:innen in die richtige Versorgungsebene zum richtigen Zeitpunkt.
- Es bedarf einer **durchgängigen Ersteinschätzungssystematik** sowie einer **durchgängigen Qualitätssicherung** entlang der gesamten Versorgungskette.
- Die **intersektorale Vernetzung** für **physische, psychische, und soziale Hilfeersuchen** muss weiter vorangetrieben werden auf der Grundlage verlässlicher und ständig verfügbarer Strukturen.
- **Patientensicherheit und Patientenzentrierung** sind die **leitenden Prinzipien** für die intersektorale Vernetzung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Thomas Krafft

thomas.krafft@maastrichtuniversity.nl

Simone Böbel

s.bobel@maastrichtuniversity.nl

Versorgungslandschaft: Im Land der Leuchtturmprojekte

Dtsch Arztebl 2022; 119(43): A-1827 / B-1519

Beerheide, Rebecca

Versorgungslandschaft

Im Land der Leuchtturmprojekte

Rebecca Beerheide

Das deutsche Gesundheitssystem hat viele Eigenheiten, die je nach nationalem oder internationalem Blickwinkel Erstaunen, Freude, Verärgung oder gar Wut hervorrufen. Es gibt Entwicklungen, die einen ratlos zurücklassen – und dazu gehören die Tausenden Leuchtturmprojekte, die inzwischen fester Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens sind: In einer Region oder in einem Versorgungssegment gibt es sehr gut laufende Projekte, die zeigen können, wie Versorgung über viele analoge, sektoren- und standespolitische Grenzen hinweg funktionieren kann. Da gibt es Lotsen, die Patientinnen und Patienten auch bei bürokratischen Fragen des Sozialrechts unterstützen. Es gibt Case Manager, die auf eine sinnvolle Reihenfolge der Praxisbesuche achten. Andere Projekte beschäftigen sich mit einer besseren Compliance bei Medikamenten, möglichst auch mit digitalen Hilfsmitteln. Oder Projekte, die Telekonsile zwischen Maximalversorgern und kommunalen Krankenhäusern sowie Praxen bei Spezialfällen setzen.

Schaut man sich die Landkarte an, beeindruckt die Zahl der Leuchttürme: Seit 2016 werden Projekte im Innovationsfonds mit jährlich 300 Millionen Euro gefördert, zwischen 2020 und 2025 sind es pro Jahr 200 Millionen Euro. In unterschiedlichen Fördererlinien sind inzwischen fast 500 Projekte am Start, die „über die bisherige Regelversorgung hinausgehen“. Daneben gibt es mehr als 11 000 Selektivverträge in der ambulanten und stationären Versorgung, in denen ebenfalls „optimale Konzepte der Versorgung von Patienten erprobt werden“. Es gibt 45 Patientenlotsenprojekte, in denen Versorgungsebenen zusammenarbeiten. Zusätzlich haben fast alle Landesregierungen eigene Regionalprojekte aufgesetzt, in denen auch medizinische Versorgung über Sektorengrenzen hinweg erprobt werden soll.

In all diesen Projekten werden jährlich Tausende Seiten Evaluationsberichte produziert, in denen größtenteils festgestellt wird, dass das Projekt es verdient hätte, in die Regelversorgung übernommen zu werden. Das sehen auch alle Beteiligten – Ärzteschaft, Krankenkassen, Kommunen, Patientenvertreter – so und bewerten das Projekt als wichtige und notwendige Ergänzung in der bestehenden Gesundheitsversorgung.

Und dann? Während der abschließende Evaluationsbericht noch auf sich warten lässt, beginnt es am Leuchtturm schon zu bröckeln: Die Verträge von Lotsen und Case Managern laufen aus, die Einwilligung zur Einschreibung der Patienten in das Projekt ebenfalls. Schnell ist der Leuchtturm verwaist, die gute Zusammenarbeit ist über Nacht vorbei. Geldgeber sind mit dem nächsten Projekt beschäftigt, dass wieder „Neues“ für die Versorgung erproben soll.

Man fragt sich: Warum gibt es so viele Leuchttürme, die alle hell strahlen und den Weg weisen, aber es doch nie in die Regelversorgung schaffen? Es fehlt nicht am Erkenntnisgewinn, siehe Tausende Seiten Evaluationsberichte. Es fehlt ein klarer, auch politischer Weg, einem Projekt eine dauerhafte Finanzierung zu organisieren. Es fehlen Querverbindungen zwischen den Sozialgesetzbüchern. Es fehlt ein Prozess, wie eine regionale digitale Anwendung auch bundesweit übernommen werden kann. Im Koalitionsvertrag der drei Ampelparteien heißt es: „Für erfolgreich geförderte Projekte werden wir einen Pfad vorgeben, wie die in die Regelversorgung überführt werden können.“ Vor rund einem Jahr wurde dieses Gesetzgebungsprojekt aufgeschrieben, die Umsetzung steht in den Sternen. Dabei könnten gerade die erfolgreichen Leuchttürme als Blaupause für die so dringend benötigte Strukturverbesserung des Gesundheitswesens dienen. Hoffentlich geraten sie beim Schreiben des Gesetzes nicht in Vergessenheit.



Rebecca Beerheide
Leiterin politische Redaktion



Maastricht University