

Antrag 148/I/2019**Jusos LDK****Der Landesparteitag möge beschließen:****Der Bundesparteitag möge beschließen:****Notfallversorgung unserer Stadt endlich zukunftsfähig gestalten**

1 Überfüllte Notaufnahmen, lange Wartezeiten, zu wenig
 2 Personal. So sieht aktuell die Notfallversorgung in Ber-
 3 lin aus. 38 Rettungsstellen in den Berliner Kliniken ver-
 4 sorgen die akuten Notfälle der Berliner*innen. Im Berliner
 5 Krankenhausplan von 2016 heißt es, dass die Inanspruch-
 6 nahme der Notfallversorgung kontinuierlich zunehme. So
 7 stiegen die Alarmierungszahlen von Rettungsmitteln der
 8 Berliner Feuerwehr von 2008 bis 2013 um 16 Prozent. Auch
 9 die Notaufnahmen verzeichnen steigende Patient*innen-
 10 kontakte (Zunahme von 2008 bis 2012 um 19 Prozent).

11
 12 Allerdings werden nicht nur die Notaufnahmen stärker
 13 besucht, auch Praxisärzt*innen haben mehr denn je zu
 14 tun: Im Jahr 2016 habe man 31 Millionen Behandlungsfäl-
 15 le abgerechnet, 2006 waren es noch 23 Millionen - eine
 16 Steigerung um 35 Prozent. Die Hauptstadt wächst immer
 17 weiter, die Versorgung kommt nicht hinterher. Die Not-
 18 fallversorgung ist in Deutschland in drei Bereiche geglie-
 19 dert, die jeweils eigenständig organisiert sind: der ärztli-
 20 che Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung
 21 (KV), der Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Kran-
 22 kenhauser. Die bestehenden Strukturen orientieren sich
 23 nur unzureichend an den Bedürfnissen der Patient*innen.
 24 Die vermehrte Nutzung von medizinischer Versorgung in
 25 Kombination mit den demografischen Entwicklungen ver-
 26 langen jedoch nach Reformen in Struktur und Organisati-
 27 on der Notfallversorgung, an vielen Stellen sind die Pro-
 28 zesse nicht optimal, wodurch alles noch länger dauert.

29 **Falsche Patient*innen am falschen Ort?** Viele Patient*in-
 30 nen, die in Notaufnahmen behandelt werden, müssen
 31 dort gar nicht behandelt werden. Oft reicht eine haus-
 32 ärztliche Konsultation bei Alltagsbeschwerden, sie binden
 33 aber oft Ressourcen am Krankenhaus, die für eingelieferte
 34 Akut-Kranke und Schwerverletzte benötigt werden.

35
 36 Die Lösung kann aber nicht sein, dass eine sogenannte
 37 „Rettungsstellen-Gebühr“ erhoben wird. Sanktionen je-
 38 der Art sind nicht angebracht, wenn es um den Zugang
 39 zu medizinischer Notfallversorgung geht. Wir brauchen
 40 neue Ansätze. Oberstes Ziel muss es sein, die Patient*in-
 41 nenkompetenzen zu stärken und ihnen aufzuzeigen, wel-
 42 che Alternativen wir bereits zu dem Besuch der Notauf-
 43 nahme haben. Der ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kas-
 44 senärztlichen Vereinigung beispielsweise soll die Notauf-
 45 nahmen in der Stadt entlasten - wird allerdings wenig
 46 genutzt und ist nicht ausreichend bekannt. Er hilft Men-
 47 schen bei Erkrankungen, mit denen diese normalerweise
 48 eine*n Ärzt*in in einer Praxis aufsuchen würden, deren Be-
 49 handlung aber aus medizinischen Gründen nicht bis zum

Empfehlung der Antragskommission**Annahme in der Fassung der AK (Konsens)****Wir fordern:**

- Die Reformierung der Finanzierung von Notaufnahmen
- Regelmäßig verpflichtende Weiterbildungen für das an der Notfallversorgung beteiligte Personal
- Ausbau von Portalpraxen mit kostendeckender Finanzierung durch die kassenärztliche Vereinigung und mit verlässlichen Öffnungszeiten, zu denen keine praxisärztliche Versorgung mehr gewährleistet ist
- eine Imagekampagne für den Bereitschaftsdienst der KV (116 117) mit dem Ziel, die Patient*innenkompetenzen zu stärken und die Rettungsdienste zu entlasten
- eine bessere Ausstattung der Notaufnahmen und Zentralisierung der Notfallversorgung
- Die kassenärztliche Vereinigung muss Anreize schaffen, um die Sprechzeiten niedergelassener Hausärzt*innen im allgemeinen auszuweiten und ggf. Bereitschaftszeiten einzurichten und neue Praxen zu eröffnen
- Die Erhöhung der Krankenhausinvestitionen durch das Land Berlin, um den Investitionsstau innerhalb von 10 Jahren zu beseitigen, und ein Sonderinvestitionsprogramm zur Modernisierung der Notaufnahmen
- Die Modernisierung der Einsatzfahrzeuge der Berliner Feuerwehr und anderer Dienstleister

Überfüllte Notaufnahmen, lange Wartezeiten, zu wenig Personal. So sieht aktuell die Notfallversorgung in Berlin aus. 38 Rettungsstellen in den Berliner Kliniken versorgen die akuten Notfälle der Berliner*innen. Im Berliner Krankenhausplan von 2016 heißt es, dass die Inanspruchnahme der Notfallversorgung kontinuierlich zunehme. So stiegen die Alarmierungszahlen von Rettungsmitteln der Berliner Feuerwehr von 2008 bis 2013 um 16 Prozent. Auch die Notaufnahmen verzeichnen steigende Patient*innenkontakte (Zunahme von 2008 bis 2012 um 19 Prozent).

Allerdings werden nicht nur die Notaufnahmen stärker besucht, auch Praxisärzt*innen haben mehr denn je zu tun: Im Jahr 2016 habe man 31 Millionen Behandlungsfälle abgerechnet, 2006 waren es noch 23 Millionen - eine Steigerung um 35 Prozent. Die Hauptstadt wächst immer weiter, die Versorgung kommt nicht hinterher. Die Notfallversorgung ist in Deutschland in drei Bereiche gegliedert, die jeweils eigenständig organisiert sind: der ärztli-

50 nächsten Werktag warten kann. Eine Studie der Charité
 51 aus dem Jahr 2016 zeigte auf, dass Patient*innen „mehr-
 52 heitlich (59 %) Notfallstrukturen der KV nutzen [würden],
 53 wenn sie vorhanden und bekannt wären. Allerdings kann-
 54 ten 55 % der Befragten den KV-Notdienst nicht.“

55
 56 Ein weiterer Ansatz sind die sogenannten Portalpraxen.
 57 Außerhalb der Sprechstundenzeiten an Samstagen, Sonn-
 58 tagen und Feiertagen versorgen Vertragsärzt*innen der
 59 Kassenärztlichen Vereinigung Berlin Patient*innen, bei
 60 denen keine akute Behandlungsdringlichkeit besteht - an-
 61 gebunden an die Räumlichkeiten der Notaufnahmen. Ein-
 62 ne Überweisung zur weiteren Diagnostik in das Kranken-
 63 haus, wenn nötig, ist wie in ambulanten Praxen möglich.
 64 Akute Notfälle werden selbstverständlich weiterhin durch
 65 das Klinikpersonal versorgt. Die erste Portalpraxis wur-
 66 de 2016 am Unfallkrankenhaus Berlin (UKB) in Marzahn
 67 in Betrieb genommen. Aktuell existieren 11 Portalpraxen,
 68 darunter auch spezialisierte Portalpraxen für Kinder und
 69 Jugendmedizin. Weitere Praxen sind aufgrund des Erfol-
 70 ges geplant.

71
 72 **Chronisch überlastete Notaufnahmen** Wie in so ziemlich
 73 jedem Bereich in der Gesundheitsversorgung herrscht na-
 74 türlich auch in Notaufnahmen ein Personalmangel, der
 75 Patient*innen, Ärzt*innen und Pflegende gefährdet und
 76 an die Grenzen ihrer Belastungsgrenzen bringt. Um die-
 77 ses Problem zu lösen, muss die Erhöhung der Versor-
 78 gungsqualität sowie der Effizienz im Vordergrund ste-
 79 hen. Wie aus einem Positionspapier des GKV (Gesetzli-
 80 che Krankenkassen Vereinigung) Spitzenverbands zu ent-
 81 nehmen, sollen durch die Konzentration der Notfallver-
 82 sorgung von schwerwiegenden Erkrankungen und Verlet-
 83 zungen in hochspezialisierten Krankenhäusern Ressour-
 84 cen und Expertise gebündelt werden, sodass die Patien-
 85 tinnen und Patienten von erfahrener Personal behandelt
 86 werden und die Überlebenschancen steigen. Die spezia-
 87 lisierten Krankenhäuser zeichnen sich dadurch aus, dass
 88 sie bestimmte Notfälle regelmäßig versorgen, erfahrene
 89 Fachpersonal vorhalten und zeitnah eine geeignete Dia-
 90 gnostik und Therapie einleiten können. Die Einbindung
 91 der Rettungsdienste spielt dabei eine wichtige Rolle, eine
 92 engere Verzahnung ist dringend notwendig.

93
 94 Gleichzeitig müssen die Notaufnahmen in Berlin an die
 95 Bedürfnisse der Berliner*innen angepasst werden. So ist
 96 eine bessere Ausstattung mit qualifiziertem Fachpersonal
 97 und eine räumliche und technische Modernisierung drin-
 98 gend notwendig. Patient*innen benötigen einfach zu fin-
 99 dende Notaufnahmen, die barrierefrei bei jeder Wetterla-
 100 ge zugänglich sind. Das Personal der Notaufnahmen be-
 101 nötigt die Ausstattung mit modernsten Geräten und aus-
 102 reichend Material, um die Menschen zu versorgen. Räum-
 103 lichkeiten zur Erholung sind ebenfalls bei der Moderni-
 104 sierung zu bedenken. Zusätzlich dazu muss das Personal

che Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung
 (KV), der Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Kran-
 kenhäuser. Die bestehenden Strukturen orientieren sich
 nur unzureichend an den Bedürfnissen der Patient*innen.
 Die vermehrte Nutzung von medizinischer Versorgung in
 Kombination mit den demografischen Entwicklungen ver-
 langen jedoch nach Reformen in Struktur und Organisati-
 on der Notfallversorgung, an vielen Stellen sind die Pro-
 zesse nicht optimal, wodurch alles noch länger dauert.

Falsche Patient*innen am falschen Ort?

Viele Patient*innen, die in Notaufnahmen behandelt wer-
 den, müssen dort gar nicht behandelt werden. Oft reicht
 eine hausärztliche Konsultation bei Alltagsbeschwerden,
 sie binden aber oft Ressourcen am Krankenhaus, die für
 eingelieferte Akut-Kranke und Schwerverletzte benötigt
 werden.

Die Lösung kann aber nicht sein, dass eine sogenannte
 „Rettungsstellen-Gebühr“ erhoben wird. Sanktionen je-
 der Art sind nicht angebracht, wenn es um den Zugang
 zu medizinischer Notfallversorgung geht. Wir brauchen
 neue Ansätze. Oberstes Ziel muss es sein, die Patient*in-
 nenkompetenzen zu stärken und ihnen aufzuzeigen, wel-
 che Alternativen wir bereits zu dem Besuch der Notauf-
 nahme haben. Der ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kas-
 senärztlichen Vereinigung beispielsweise soll die Notauf-
 nahmen in der Stadt entlasten - wird allerdings wenig
 genutzt und ist nicht ausreichend bekannt. Er hilft Men-
 schen bei Erkrankungen, mit denen diese normalerweise
 eine*n Ärzt*in in einer Praxis aufsuchen würden, deren Be-
 handlung aber aus medizinischen Gründen nicht bis zum
 nächsten Werktag warten kann. Eine Studie der Charité
 aus dem Jahr 2016 zeigte auf, dass Patient*innen „mehr-
 heitlich (59 %) Notfallstrukturen der KV nutzen [würden],
 wenn sie vorhanden und bekannt wären. Allerdings kann-
 ten 55 % der Befragten den KV-Notdienst nicht.“

Ein weiterer Ansatz sind die sogenannten Portalpraxen.
 Außerhalb der Sprechstundenzeiten an Samstagen, Sonn-
 tagen und Feiertagen versorgen Vertragsärzt*innen der
 Kassenärztlichen Vereinigung Berlin Patient*innen, bei
 denen keine akute Behandlungsdringlichkeit besteht - an-
 gebunden an die Räumlichkeiten der Notaufnahmen. Ein-
 ne Überweisung zur weiteren Diagnostik in das Kranken-
 haus, wenn nötig, ist wie in ambulanten Praxen möglich.
 Akute Notfälle werden selbstverständlich weiterhin durch
 das Klinikpersonal versorgt. Die erste Portalpraxis wur-
 de 2016 am Unfallkrankenhaus Berlin (UKB) in Marzahn
 in Betrieb genommen. Aktuell existieren 11 Portalpraxen,
 darunter auch spezialisierte Portalpraxen für Kinder und
 Jugendmedizin. Weitere Praxen sind aufgrund des Erfol-
 ges geplant.

Chronisch überlastete Notaufnahmen

105 regelmäßig fortgebildet werden, um die Versorgung auf
106 wissenschaftlich hohem Niveau zu gewährleisten.

107

108 Das Mitte 2018 vom gemeinsamen Bundesausschuss be-
109 schlossene Stufenkonzept zur Neuordnung der Notauf-
110 nahmen verstärkt die Bündelung der Fachexpertise in
111 Kompetenzzentren. Durch dieses Konzept werden drei
112 Stufen der Notfallversorgung geschaffen. Je größer oder
113 schwerwiegender der Notfall, werden Notaufnahmen der
114 entsprechenden Notfallstufen von den Rettungsdiensten
115 angefahren. Ein ähnliches Konzept ist in der Versorgung
116 von schwersten Brandverletzungen bereits etabliert und
117 findet sich in den Fachabteilungen des Unfallkrankenhau-
118 ses Berlin wieder. Die Bereitstellung von maximal versor-
119 genden Notaufnahmen ist aus regionaler Sicht und auch
120 medizinisch-pflegerischer Sicht nicht sinnvoll. Daher bie-
121 tet das Stufenkonzept die Möglichkeit, dass die breite Ver-
122 sorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann und
123 gleichzeitig keine Zeit verloren geht, wenn die Rettungs-
124 dienste die falsche Notaufnahme anfahren.

125

126 Die weitere Digitalisierung der Rettungsdienste ist drin-
127 gend erforderlich. Berlin geht mit dem System IVENA ei-
128 nen ersten Schritt, aber das reicht noch nicht. Bereits im
129 Krankenwagen kann mit der Diagnostik begonnen wer-
130 den, jedoch müssen diese Daten auch ins Krankenhaus ge-
131 langen. Eine über die Zuständigkeitsgrenzen hinweg ver-
132 netzte Notfallinfrastruktur ist dringend geboten und ret-
133 tet Leben.

134

135 **Neuordnung des Finanzierungskonzepts**

136 Dazu bedarf es auch neuer Ansätze zur Finanzierung der
137 Notaufnahmen. Bisher zahlen die Krankenkassen ein Pau-
138 schalbetrag für die Diagnose - egal ob die*der Behand-
139 te diese in einer Praxis erhält oder in der Notaufnahme.
140 Im Gegenzug muss die Klinik jedoch ein ungleich höheres
141 dieses Betrages ausgeben, um die Abläufe der Notaufnah-
142 me sicherzustellen. Nicht dringliche Behandlungen belas-
143 ten daher die Kliniken finanziell. Ein neues Finanzierungs-
144 modell zur Notfallversorgung ist daher parallel zum Aus-
145 bau der Portalpraxen dringend notwendig. Dies darf je-
146 doch nicht dazu führen, dass niedergelassene Ärzt*innen
147 weniger Geld für ihre Behandlungen erhalten. Im Gegen-
148 teil sollten Anreize geschaffen werden, Bereitschaftszei-
149 ten einzurichten und die Praxen für Patient*innen mit ge-
150 ringfügigen Beschwerden auch außerhalb der regulären
151 Öffnungszeiten zur Verfügung zu stellen. Außerdem soll-
152 te es für niedergelassene Ärzt*innen attraktiver werden,
153 sich zur*m Notfall- und Akutmediziner*in weiterbilden zu
154 lassen.

155

156 Es ist nicht hinnehmbar, dass Einrichtungen zur Rettung
157 von Leben, den Grundgedanken der Krankenhausfinan-
158 zierung folgen müssen. Jeder Mensch hat es verdient,
159 dass es durch die beste Einrichtung und dem nötigen

Wie in so ziemlich jedem Bereich in der Gesundheits-
versorgung herrscht natürlich auch in Notaufnahmen ein
Personalmangel, der Patient*innen, Ärzt*innen und Pflie-
gende gefährdet und an die Grenzen ihrer Belastungs-
grenzen bringt. Um dieses Problem zu lösen, muss die Er-
höhung der Versorgungsqualität sowie der Effizienz im
Vordergrund stehen. Wie aus einem Positionspapier des
GKV (Gesetzliche Krankenkassen Vereinigung) Spitzenver-
bands zu entnehmen, sollen durch die Konzentration der
Notfallversorgung von schwerwiegenden Erkrankungen
und Verletzungen in hochspezialisierten Krankenhäusern
Ressourcen und Expertise gebündelt werden, sodass die
Patientinnen und Patienten von erfahrener Personal be-
handelt werden und die Überlebenschancen steigen. Die
spezialisierten Krankenhäuser zeichnen sich dadurch aus,
dass sie bestimmte Notfälle regelmäßig versorgen, erfah-
renes Fachpersonal vorhalten und zeitnah eine geeigne-
te Diagnostik und Therapie einleiten können. Die Einbin-
dung der Rettungsdienste spielt dabei eine wichtige Rolle,
eine engere Verzahnung ist dringend notwendig.

Gleichzeitig müssen die Notaufnahmen in Berlin an die
Bedürfnisse der Berliner*innen angepasst werden. So ist
eine bessere Ausstattung mit qualifiziertem Fachpersonal
und eine räumliche und technische Modernisierung drin-
gend notwendig. Patient*innen benötigen einfach zu fin-
dende Notaufnahmen, die barrierefrei bei jeder Wetterla-
ge zugänglich sind. Das Personal der Notaufnahmen be-
nötigt die Ausstattung mit modernsten Geräten und aus-
reichend Material, um die Menschen zu versorgen. Räum-
lichkeiten zur Erholung sind ebenfalls bei der Moderni-
sierung zu bedenken. Zusätzlich dazu muss das Personal
regelmäßig fortgebildet werden, um die Versorgung auf
wissenschaftlich hohem Niveau zu gewährleisten.

Das Mitte 2018 vom gemeinsamen Bundesausschuss be-
schlossene Stufenkonzept zur Neuordnung der Notauf-
nahmen verstärkt die Bündelung der Fachexpertise in
Kompetenzzentren. Durch dieses Konzept werden drei
Stufen der Notfallversorgung geschaffen. Je größer oder
schwerwiegender der Notfall, werden Notaufnahmen der
entsprechenden Notfallstufen von den Rettungsdiensten
angefahren. Ein ähnliches Konzept ist in der Versorgung
von schwersten Brandverletzungen bereits etabliert und
findet sich in den Fachabteilungen des Unfallkrankenhau-
ses Berlin wieder. Die Bereitstellung von maximal versor-
genden Notaufnahmen ist aus regionaler Sicht und auch
medizinisch-pflegerischer Sicht nicht sinnvoll. Daher bie-
tet das Stufenkonzept die Möglichkeit, dass die breite Ver-
sorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann und
gleichzeitig keine Zeit verloren geht, wenn die Rettungs-
dienste die falsche Notaufnahme anfahren.

Die weitere Digitalisierung der Rettungsdienste ist drin-
gend erforderlich. Berlin geht mit dem System IVENA ei-

160 Personal gerettet wird. Daher wäre, im Sinne der dualis-
 161 tischen Finanzierung, dringend geboten, dass das Land
 162 Berlin seine Investitionen in die Ausstattung der Not-
 163 aufnahmen und angeschlossenen diagnostischen Einrich-
 164 tungen erhöht und auf die zukünftigen Aufgaben vorbe-
 165 reitet. Weiterhin muss das Personal kostenneutral durch
 166 die Krankenversicherungen finanziert werden. Pauschal-
 167 beträge können die Aufwendungen für einen individuel-
 168 len Notfall nicht adäquat abbilden. Daher ist es geboten,
 169 dass sämtliche Maßnahmen, die medizinisch-pflegerisch
 170 indiziert sind, von der Krankenversicherung getragen wer-
 171 den.

172

173 **Wir fordern daher:**

- 174 • Die Reformierung der Finanzierung von Notaufnah-
 175 men
- 176 • Regelmäßig verpflichtende Weiterbildungen für das
 177 an der Notfallversorgung beteiligte Personal
- 178 • Ausbau von Portalpraxen mit kostendeckender Fi-
 179 nanzierung durch die kassenärztliche Vereinigung
 180 und mit verlässlichen Öffnungszeiten, zu denen kei-
 181 ne praxisärztliche Versorgung mehr gewährleistet
 182 ist
- 183 • eine Imagekampagne für den Bereitschaftsdienst
 184 der KV (116 117) mit dem Ziel, die Patient*innenkom-
 185 petenzen zu stärken und die Rettungsdienste zu
 186 entlasten
- 187 • eine bessere Ausstattung der Notaufnahmen und
 188 Zentralisierung der Notfallversorgung
- 189 • Die kassenärztliche Vereinigung muss Anreize
 190 schaffen, um die Sprechzeiten niedergelassener
 191 Hausarzt*innen im allgemeinen auszuweiten und
 192 ggf. Bereitschaftszeiten einzurichten und neue
 193 Praxen zu eröffnen
- 194 • Die Erhöhung der Krankenhausinvestitionen durch
 195 das Land Berlin, um den Investitionsstau innerhalb
 196 von 10 Jahren zu beseitigen, und ein Sonderinvesti-
 197 tionsprogramm zur Modernisierung der Notaufnah-
 198 men
- 199 • Die Modernisierung der Einsatzfahrzeuge der Berli-
 200 ner Feuerwehr und anderer Dienstleister

201

202

203

nen ersten Schritt, aber das reicht noch nicht. Bereits im
 Krankenwagen kann mit der Diagnostik begonnen wer-
 den, jedoch müssen diese Daten auch ins Krankenhaus ge-
 langen. Eine über die Zuständigkeitsgrenzen hinweg ver-
 netzte Notfallinfrastruktur ist dringend geboten und ret-
 tet Leben.

Neuordnung des Finanzierungskonzepts

Dazu bedarf es auch neuer Ansätze zur Finanzierung der
 Notaufnahmen. Bisher zahlen die Krankenkassen ein Pau-
 schalbetrag für die Diagnose - egal ob die*der Behand-
 lte diese in einer Praxis erhält oder in der Notaufnahme.
 Im Gegenzug muss die Klinik jedoch ein ungleich höheres
 dieses Betrages ausgeben, um die Abläufe der Notaufnah-
 me sicherzustellen. Nicht dringliche Behandlungen belas-
 ten daher die Kliniken finanziell. Ein neues Finanzierungs-
 modell zur Notfallversorgung ist daher parallel zum Aus-
 bau der Portalpraxen dringend notwendig. Dies darf je-
 doch nicht dazu führen, dass niedergelassene Ärzt*innen
 weniger Geld für ihre Behandlungen erhalten. Im Gegen-
 teil sollten Anreize geschaffen werden, Bereitschaftszeit-
 en einzurichten und die Praxen für Patient*innen mit ge-
 ringfügigen Beschwerden auch außerhalb der regulären
 Öffnungszeiten zur Verfügung zu stellen. Außerdem soll-
 te es für niedergelassene Ärzt*innen attraktiver werden,
 sich zur*m Notfall- und Akutmediziner*in weiterzubilden zu
 lassen.

Es ist nicht hinnehmbar, dass Einrichtungen zur Rettung
 von Leben, den Grundgedanken der Krankenhausfinan-
 zierung folgen müssen. Jeder Mensch hat es verdient,
 dass es durch die beste Einrichtung und dem nötigen
 Personal gerettet wird. Daher wäre, im Sinne der dualis-
 tischen Finanzierung, dringend geboten, dass das Land
 Berlin seine Investitionen in die Ausstattung der Not-
 aufnahmen und angeschlossenen diagnostischen Einrich-
 tungen erhöht und auf die zukünftigen Aufgaben vorbe-
 reitet. Weiterhin muss das Personal kostenneutral durch
 die Krankenversicherungen finanziert werden. Pauschal-
 beträge können die Aufwendungen für einen individuel-
 len Notfall nicht adäquat abbilden. Daher ist es geboten,
 dass sämtliche Maßnahmen, die medizinisch-pflegerisch
 indiziert sind, von der Krankenversicherung getragen wer-
 den.