



16. Rettungsdienstsymposium des DRK-Landesverbandes Hessen e.V.

**"Auf den Kopf gestellt!"
Notdienst, Notarzt, Notaufnahme
Bündelung der Kräfte als
Zukunftsmodell?**

Jochen Metzner,
Referatsleiter Krankenhausversorgung,
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration,
Hohenroda, 10. November 2016

Auf den Kopf gestellt

- Vielleicht heißt das ja
- die Perspektive wechseln
- eingefahrene Abläufe in Frage stellen und
- z.B. das Gesundheitssystem aus der Sicht des Patienten betrachten



Patientensicht

- der Patient hat das subjektive Gefühl, sofortige ärztliche Hilfe zu benötigen (Ausnahmen ausgenommen)
- wer versteht die Unterscheidung zwischen ärztlichem Notdienst und Notaufnahme eines Krankenhauses?
- in anderen Ländern meist immer das KH zuständig
- wer kennt die 116/117? Wer kann sein gesundheitliches Problem richtig einschätzen?
- ist es nicht verständlich, wenn Patienten eine zentrale Anlaufstelle wünschen?
- dem Patienten mit echtem Notfall ist die Hilfsfrist, die Transportzeit und die Wartezeit im Krankenhaus egal, er will innerhalb der richtigen Zeit im richtigen Krankenhaus behandelt werden

Probleme

- Abstimmung Rettungsdienst, ÄBD, Kliniken nicht optimal
- zu viele Leitstellen (mein Haus, mein Auto, mein Landkreis, meine Leitstelle...)
- zu wenig integrierte Leitstellen für Notfall/ÄBD
- keine zentralen Anlaufstellen an Kliniken, oft nicht einmal eine zentrale Notaufnahme
- Übersicht über Aufnahmekapazitäten der KHS nicht überall vorhanden (**IVENA**)
- notwendige (Mindest-) Ausstattung der Kliniken für Notfallversorgung unklar
- zeitweise bereits Mangel an Intensivkapazitäten

aktuell diverse Aktivitäten

**Gemeinsame Arbeitsgruppe
des Ausschusses Rettungswesen und der AG Krankenhauswesen
zum Thesenpapier „Die Zukunft des Rettungsdienstes“**

Beschluss 12. Juli 2016

Die AG Krankenhauswesen und der Ausschuss Rettungswesen sind sich einig, eine gemeinsame Position zur Zukunft des Rettungsdienstes als Teil der Notfallversorgung bis zum Frühjahr 2017 zu erarbeiten.

Ausgehend von einem ganzheitlichen Blick, bei dem die Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten nach einem Notfall im Mittelpunkt steht, sollen folgende Punkte vertieft bearbeitet werden:

1. Krankenhausplanung und Rettungsdienst müssen grundsätzlich in einen engen räumlichen und fachlichen Bezug gestellt werden.
2. Von zentraler Bedeutung ist es, Leitstellen zu Vermittlern medizinischer Hilfeersuchen weiterzuentwickeln.
3. Chancen des Berufsbildes der Notfallsanitäterin/des Notfallsanitäters als C-Präklinischer Behandlungsmöglichkeiten

Sitzung der AG Krankenhauswesen der AOLG am 24./25. September in Stuttgart

TOP 10 Zwischenbericht der AG Notfallversorgung (Berichterstatter Berlin)

Hintergrund:

Die AOLG erteilte mit dem Beschluss der 35. Sitzung am 18/19. März in Mainz der AG Krankenhauswesen den Auftrag, die Strukturen der Notfallversorgung durch Krankenhäuser durch Einbeziehung von Experten zu analysieren, etwaige Weiterentwicklungsbedarfe zu identifizieren und über mögliche Lösungsansätze bis zur 37. AOLG zu berichten.

**38. Sitzung
der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
am 9./10. November 2016 in Stralsund**

TOP 12.2

Honorarärzte in der Notfallrettung

Antragsteller: Brandenburg
(Vorsitzland Ausschuss Rettungswesen)

in Berlin statt. Es wurden
Rettungsdienst
enden
(12.2015) die
hört werden,
ler AG zu
sollen Best

Die Zukunft des Rettungsdienstes

Die Akut- und Notfallmedizin in Deutschland basiert vorwiegend auf drei Bereichen. Konkret sind dieses der kassenärztliche Notfalldienst, der Rettungsdienst und die Notfallbehandlungseinrichtungen der Kliniken.

Betrachtet man die Entwicklung des Rettungsdienstes, so zeigt sich, dass sich das Rettungsdienstsystem wesentlich verändert hat. Der Rettungsdienst hat sich von ei-

KBV: Portalpraxen für Notfälle

dpa, 24.07.2016 11:49 Uhr



Gassen kritisiert: Die Anfang des Jahres in Kraft getretene Krankenhausreform erfülle ihren Zweck nicht. Foto: Elke Hinkelbein

Berlin - Die Krankenhausreform der Bundesregierung verfehlt nach Einschätzung der Kassen-Ärzte die beabsichtigte Wirkung. Die Anfang des Jahres in Kraft getretene Reform werde kein Problem der Klinikstrukturen in Deutschland wirklich lösen, sagte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen. Vielmehr Sorge sie dafür, dass einige für die Patientenversorgung unnötigen Krankenhäuser weiter mit durchgeschleppt würden.

Stand: 18.10.2016

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Erstfassung der Regelungen zu einem
gestuften System von Notfallstrukturen in
Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

neue Konzepte in der Notfallversorgung in der Diskussion


Thesenpapier des Ausschusses Rettungswesen der Länder

- Verzahnung der Disposition des Rettungsdienstes mit dem ÄBD der KVen
- Veränderung der Definition zur erweiterten Hilfsfrist ("therapeutisches Intervall")

08:55
stmi.bayern.de

Konzepte – Stellungnahmen – Leitlinien

Notfall Rettungsmed
DOI 10.1007/s10049-016-0187-0
© Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

 CrossMark

M. Fischer^{1,2} · E. Kehrberger^{1,3} · H. Marung^{4,5} · H. Moecke⁵ · S. Prückner⁶ · H. Trentzsch⁶ · B. Urban⁶ · **Fachexperten der Eckpunktepapier-Konsensus-Gruppe**

¹Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e. V. (agswn), Filderstadt, Deutschland
²Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinik am Eichert, Göppingen, Deutschland
³Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Kreiskliniken Esslingen – Paracelsus-Krankenhaus, Ruit, Deutschland
⁴Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland
⁵Institut für Notfallmedizin (IfN), Asklepios Kliniken Harburg, Hamburg, Deutschland
⁶Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik

Zusatzmaterial online
Die Empfehlungen der Konsensusgruppe zu den sechs Tracerdiagnosen und eine vollständige Adressaufstellung aller Autoren finden Sie als zusätzliches Material. Dieses Supplemental finden Sie unter dx.doi.org/10.1007/s10049-016-0187-0.

ten Organisationen. Neue medizinische Erkenntnisse und Veränderungen im Gesundheitswesen erfordern eine Aktualisierung und Weiterentwicklung des Eckpunktepapiers.
In der hier vorliegenden Überarbeit-

Instrumente des Qualitätsmanagements betrachtet. In einem weiteren Dokument werden die jeweiligen Anforderungen und Besonderheiten der Tracerdiagnosen bei der Versorgung pädiatrischer Patienten aufgeführt. Außerdem enthält

- Behandlung im KH 90 Minuten nach Alarmierung
- **einheitliche und transparente Kriterienkataloge**, welche KHs als "nächstgelegenen geeignet" in Frage kommen, um Herzinfarkt, Schlaganfall, Schädel-Hirn- und Polytrauma, Sepsis und Reanimation bei plötzlichem Kreislaufstillstand behandeln können

höhten Anfall von Verletzten unterhalb der Katastrophenschwelle

- Angaben in tabellarischer Form zu Rettungsmitteln im Luft-, Berg- und Wasserrettungsdienst im Rettungsdienstbereich unterteilt nach den Vorhaltungen des Rettungsdienstes, des Brandschutzes und des Katastrophenschutzes
- Rettungsmitteldienstplan in tabellarischer Form
- Inkrafttreten.

Die Struktur der Bereichspläne kann per Erlass durch das zuständige Ministerium geregelt werden.

5.3 Kurzzeitige Erhöhung der Rettungsdienstlichen Vorhaltung

Vorhalteerhöhungen nach § 15 Abs. 5 HRDG bedürfen nicht der Beratung des Bereichsbeirates sofern die Großveranstaltung dem Träger nicht mindestens drei Monate vor Veranstaltungstermin bekannt ist.

Dies gilt auch, wenn sich kurzfristig eine andere Lagebeurteilung ergibt.

6. Zulassung von Ausnahmen (Experimentierklausel)

Das für den Rettungsdienst zuständige Ministerium kann im Interesse der Weiterentwicklung des Rettungsdienstwesens von den Regelungen dieses Rettungsdienstplans Ausnahmen zulassen. Die Ausnahme genehmigung kann unter Bedingungen und Auflagen erteilt werden. Die Träger des Rettungsdienstes haben dem Antrag die Stellungnahmen der im jeweiligen Rettungsdienstbereich tätigen Leistungserbringer beizufügen.

Solche Projekte sind nach dokumentierter Verfahrensweise und vorher festgelegten Kriterien (z. B. Vorher-nachher-Prüfung etc.) durchzuführen und in der Regel wissenschaftlich zu begleiten.

Ausnahmeregelungen inkl. der Auflagen und Auswertungen werden den Trägern des Rettungsdienstes durch das HMSI zur Information zur Verfügung gestellt.

7. Visionen / Ziele

Schnittstelle Rettungsdienst / Krankenhaus

Insgesamt hat sich die Qualität des Rettungsdienstes in den letzten Jahren teils erheblich verbessert und es wird eine hochqualifizierte Erstversorgung vor Ort

und eine entsprechende Weiterversorgung während des Transportes sichergestellt. Die präklinische Behandlung endet bisher mit der Übergabe in der Notaufnahme. Für die Zukunft des Rettungsdienstes und der Zentralen Notaufnahmen ist diese Betrachtungsweise jedoch unzureichend. Um eine optimale Patientenversorgung zu erreichen, muss sich im Krankenhaus die zeitkritisch notwendige Versorgung unmittelbar anschließen. So nützt es z.B. dem Patienten mit einem ST – Hebungsinfarkt wenig, wenn er schnell im Krankenhaus angeliefert wird, er aber auf die definitive Therapie, nämlich den Herzkatheter, längere Zeit warten muss. Gefordert wird künftig eine Betrachtung des Gesamtprozesses von der Notfallstelle bis zur definitiven Versorgung im Krankenhaus. Hierzu muss der Rettungsdienst seinen Beitrag leisten. Wie diese ganzheitliche Betrachtung aussehen soll und welche messbaren Parameter wo erhoben werden müssen, ist derzeit noch offen und ist im Wege der Forschung zu ermitteln.

Wesentlicher Parameter für den Rettungsdienst ist bisher die (leicht messbare) Hilfsfrist. Künftig wird die Fokussierung auf die Hilfsfrist möglicherweise im oben genannten Sinn nicht mehr ausreichend sein.

Von verschiedenen Seiten wird die gestaffelte Hilfsfrist –Prähospital-Zeitintervall (PHZ) ins Gespräch gebracht. Dieses Konstrukt der Versorgungsforschung betrachtet neben der Hilfsfrist das gesamte präklinische Zeitintervall, nämlich von Eingang des Notrufs bis zur Übergabe im Krankenhaus. Die Analyse der einzelnen Zeitprozesse kann an verschiedenen Stellen Regelungsmöglichkeiten bieten, um die Prähospitalzeit zu verkürzen.

Es ist folglich notwendig, dass der Patient eine geeignete Zielklinik in frühestmöglicher Zeit erreicht (golden hour of shock).

Aber auch die PHZ hat ihre Einschränkungen. Falsch wäre es in diesem Zusammenhang, nur auf die Zeiten zu achten, das würde einem „scoop and run“ – System Vorschub leisten, welches sich nur bei perforierenden Verletzungen als überlegen erwiesen hat. Mehrere Untersuchungen haben inzwischen nachgewiesen, dass die adäquate (schnelle, gründliche und zielgerichtete) Versorgung vor Ort das „outcome“ des Verletzten / Erkrankten verbessern.

Für diesen Prozess fehlen derzeit angemessene Beschreibungen, hier ist die notfallmedizinische Forschung gefragt, geeignete Formate zu finden.

Das Land Hessen hat sowohl die rechtlichen als auch organisatorischen Voraussetzungen geschaffen, damit die „golden hour“ eingehalten wird. Das HRDG sieht eine Hilfsfrist von zehn Minuten vor.

Damit in Hessen eine flächendeckende Versorgung mit Akutkrankenhäusern gewährleistet ist, die die

Nicht unerwähnt bleiben sollte auch, dass bislang oft nur bis an die Türen der Notaufnahme gedacht wurde. Wenn man die Zukunft des Rettungsdienstes betrachten möchte, bedarf es aber eines darüber hinausgehenden ganzheitlichen Ansatzes. Für den Patienten ist es sicherlich gut und beruhigend, wenn schnelle erste Hilfe naht – aber im Ganzen betrachtet, ist entscheidend wie schnell wird er der klinischen Versorgung zugeführt. Zugeführt kann hier nicht heißen, bis zu den Türen der Notaufnahmen. Zugeführt muss hier mit dem Start der notwendigen klinischen Untersuchungen und den daraus resultierenden Behandlungen verstanden werden.

Die Notaufnahme ist damit wesentlicher Bestandteil der Rettungskette.

Rettungsdienstplan des Landes Hessen



Rettungsdienstplan des Landes Hesen Aktualisierung 2016


IVENA hilft

Hessenweite Steuerung der Patientenzuweisung

26 Zentrale Leitstellen
129 Krankenhäuser

IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis

Abmelden | **Regelversorgung** | Übersicht KHS | Alarmierungen | Schließungen | MANV | Mehr

Hessisches Sozialministerium 
Sie sind angemeldet als **Hans Georg Jung** (Version 3.9)

Krankenhaus-Auswahl für
● **PZC 232 45 2 (Thorax geschlossen/stumpf, 45 Jahre, Stationäre Versorgung)**

Fachbereichssteuernde Kriterien: Intensivpflichtig Reanimiert Beatmet Ansteckungsfähig

Fachlich einschränkende Kriterien: Schockraum Herzkatheter Arbeitsunfall Schwanger Freiheitsentzug

PZC-Eingabe:
Diagnose
↓ ↓ ↓

BZ (3)

DA (4)
DaDi (1)
FB (4)
GG (2)
GI (4)
HEF (0)
HG (2)
HP (3)
KrOF (2)
KS (5)
LW (2)
MK (4)
MTK (1)
MaBi (0)
OF (2)
OW (1)
RTK (3)
VB (2)
WI (2)
LDK (2)
FD (3)
ESW (0)
BU (3)

Leitstelle Frankfurt		14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	LFR	SR	Rö	CT	MRT	GEE	HKU	IIS	IIB	CIS	CIB	SU	NIS	KIS
Bürgerhospital Frankfurt am Main, PÜP: ZNA, Liegandanfahrt (Allgemein- und Viszeralchirurgie)			1	1	1																	
BG-Unfallklinik Frankfurt am Main, PÜP: ZNA, Liegandanfahrt (Unfallchirurgie)			1	1	1																	
Elisabethen Krankenhaus Frankfurt am Main, PÜP: ZNA, Liegandanfahrt (Allgemein- und Viszeralchirurgie)			1																			
Hospital zum Heilig Geist Frankfurt am Main, PÜP: ZAA, Liegandanfahrt (Unfallchirurgie)			2	1 1 1	1 1	2																
KH-Sachsenhausen Frankfurt am Main, PÜP: ZNA, Liegandanfahrt (Unfallchirurgie)			1																			
Klinik Maingau Frankfurt am Main, PÜP: Aufnahme EG. (Unfallchirurgie)																						
Klinikum F-Höchst Frankfurt am Main, PÜP: ZNA (Unfallchirurgie)			1	2 1	2	2	1 1															
Krankenhaus Nordwest Frankfurt am Main, PÜP: ZNA, Liegandanfahrt (Unfallchirurgie)			1 1	1	1 1	1																
Markus Krankenhaus Frankfurt am Main, PÜP: ZNA, Liegandanfahrt (Unfallchirurgie)			1																			
Universitätsklinik Frankfurt am Main, PÜP: ZNA, Haus 23 C, Liegandanfahrt (Unfallchirurgie)				1 1	2 2	1 1 1	1 1 1	1														

Letzte Aktualisierung: 18:22:48

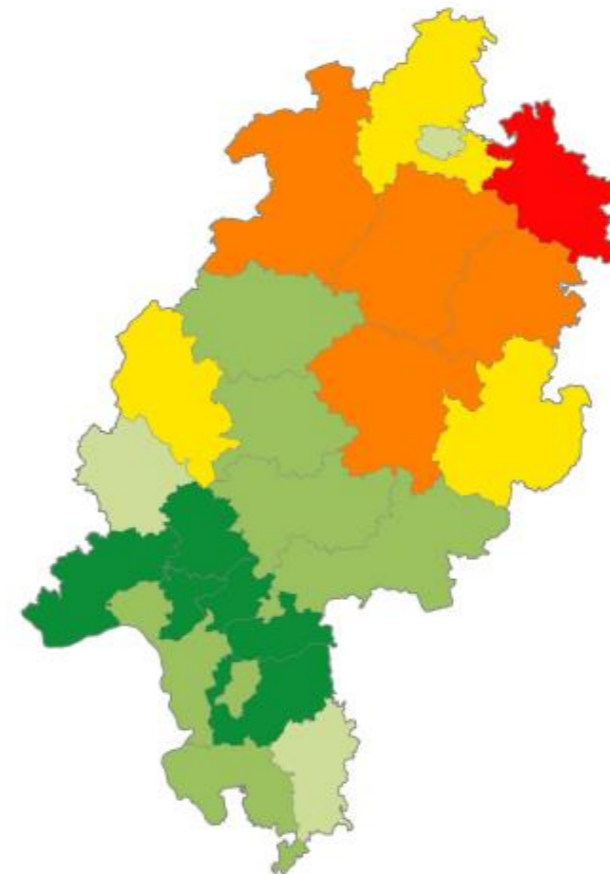
Demographische Entwicklung - Auswirkungen auf die Krankenhaus- versorgung



Hessisches Ministerium für
Soziales und Integration



Auswirkungen des demografischen
Wandels auf das vollstationäre
Leistungsgeschehen der Krankenhäuser
in Hessen bis zum Jahr 2030



HessenAgentur

HA Hessen Agentur GmbH

An **Hessen** führt kein Weg vorbei.

Tabelle 6: Top 10 Diagnosen in Hessen im Jahr 2030 sowie Veränderung zum Jahr 2014

Rang	ICD-Code	Beschreibung	Anzahl Fälle 2030	Rang 2014	Änderung 2014-2030	
					absolut	relativ
1	I50	Herzinsuffizienz	39.100	1	+9.100	+30,3%
2	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	21.900	4	+3.600	+19,5%
3	I63	Hirninfarkt	21.800	5	+4.200	+23,6%
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	21.500	3	+3.100	+16,8%
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	20.400	7	+3.700	+22,3%
6	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	20.000	2	-1.300	-6,2%
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	19.700	9	+3.400	+20,7%
8	I20	Angina pectoris	19.100	8	+2.800	+16,9%
9	I21	Akuter Myokardinfarkt	18.600	11	+3.100	+19,6%
10	S72	Fraktur des Femurs	18.200	14	+4.300	+30,8%

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

Tabelle 7: Entwicklung ausgewählter Prozeduren in Hessen 2014 bis 2030

Jahr	Anzahl OPS				
	Geriatrische Komplex- behandlung (8-550)	Intensivmedi- zinische Kom- plexbehandlung (8-890)	Neurologische Komplexbehand- lung Schlaganfall (8-891 und 8-98f)	Komplexbehand- lung multiresis- tenter Erreger (8-897)	Palliativmedizi- nische Komplex- behandlung (8-892 und 8-98e)
2014	29.700	25.800	18.400	10.100	4.300
2020	33.100	27.800	20.000	11.000	4.700
2030	38.700	30.600	22.500	12.200	5.200
2014-2030 abs.	+9.000	+4.900	+4.100	+2.100	+900
2014-2030 in %	+30,3%	+18,8%	+22,5%	+21,0%	+21,3%

Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

Aktuell spannend

gestuftes System der Notfallversorgung (§136c Abs. 4 SGB V), zu entwickeln durch G-BA bis ~~31.12.2016~~ (wird nun verlängert bis **31.12.2017**)

Sinn: Vorhaltung soll besser finanziert werden

eine Stufe der Nichtteilnahme sowie drei Stufen der Teilnahme zu erwarten, ggfs. auch z.T. Neutralität (kein Zu-, kein Abschlag)

Selbstverwaltung legt Höhe der Zu- und Abschläge fest

Vorgabe Kostenneutralität, möglich zur Finanzierung Senkung Landesbasisfallwert, wenn Abschläge zu gering sind, um Zuschläge zu decken

Vorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft völlig inakzeptabel (halten für Zuschlag weder CT, noch Schockraum, noch Intensivbeatmung für nötig)

Fehlsteuerungen in der Notfallversorgung in Deutschland

- Notfallambulanzen der Krankenhäuser „laufen über“

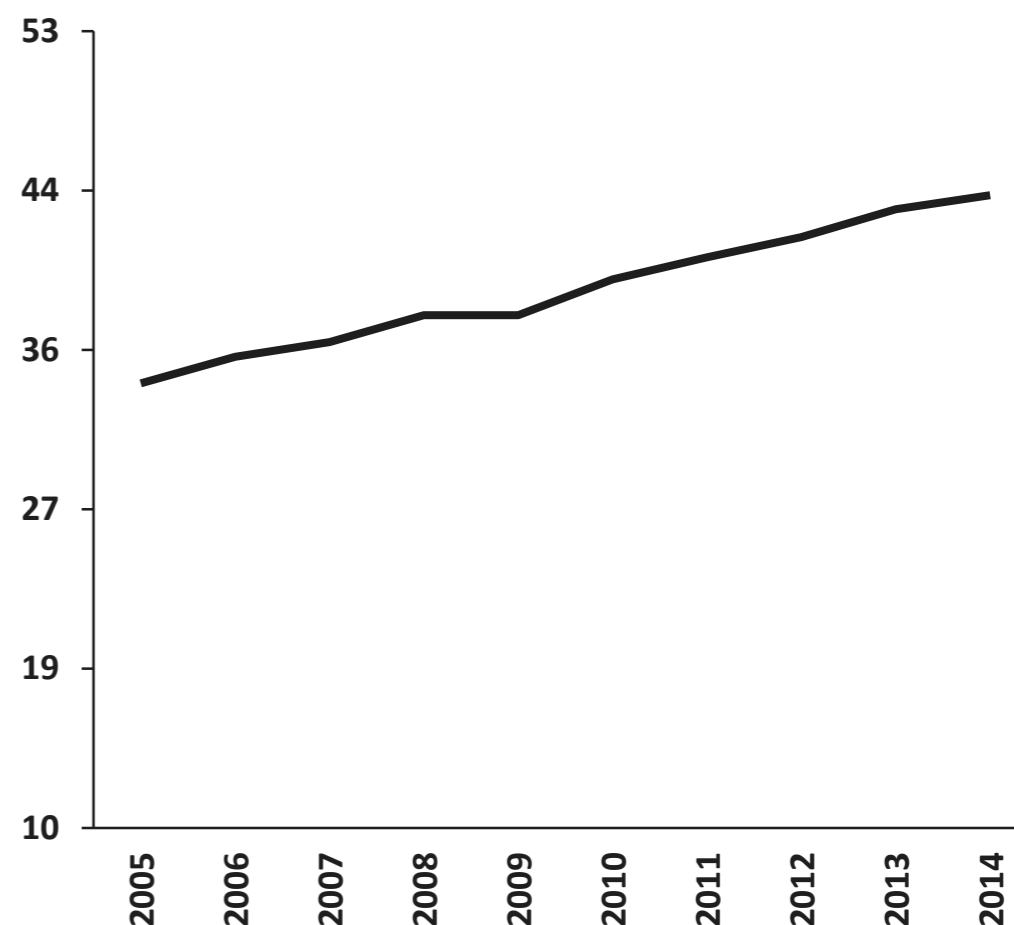
Gutachten vdek (2016)

- Bis zu 25 Mio. Menschen jährlich in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelt
- Steigende Tendenz
- Aussagen von Fachgesellschaften: 1/3 der Patienten könnte bedenkenlos im niedergelassenen Bereich behandelt werden

Statistisches Bundesamt (2016)

- Immer mehr stationäre Fälle werden als Notfall ins Krankenhaus eingewiesen

Notfall als Aufnahmeanlässe in die akutstationäre Behandlung in % aller Anlässe (Stat. Bundesamt)



mögliche Lösungsansätze?

- vorgeschaltete telefonische Anlaufstelle für Bagatellfälle? (Schweiz)
- zentrale Anlaufstelle am Krankenhaus mit sehr guter Triage;
- Rettungsdienst: Orientierung am Patienten, nicht am Landkreis
- Facharzt für Notfallmedizin wie in Berlin?
- in ländlichen Regionen Gesundheitszentren, verschiedene Modellversuche werden in Hessen gefördert
- KV-Sicherstellung für die Ewigkeit????
- moderne Technologien werden große Rolle spielen, heute noch kaum abschätzbar (z.B. Watson)

Und sonst? Digitale Revolution?



**Eugen Münch, Gründer
Rhön-Klinikum AG,
Mit seinem "Robo-Baby"**

o2-de+ 3G

09:45

rhoen-klinikum-ag.com

RHÖN-KLINIKUM AG | 25.02.2016

RHÖN-KLINIKUM AG kooperiert mit IBM bei Optimierung der Patientensteuerung

- Wichtiger Schritt zu besserer Versorgung und mehr Effizienz
- Erste Projektphase am Zentrum für seltene Krankheiten der Uniklinik Marburg

Bad Neustadt a. d. Saale, 25. Februar 2016

Die RHÖN-KLINIKUM AG wird mit IBM bei der Optimierung der Patientenbehandlung zusammenarbeiten. Ziel der Kooperation ist es, künftig bereits in der vorklinischen Phase eine **datengestützte, versorgungsgerechte Patientennavigation** entweder in den ambulanten oder den stationären Bereich sicherzustellen. Zeit- und kostspielige **Fehlzuweisungen können dadurch vermieden werden**. Zudem dient die Nutzbarmachung von Patientendaten dazu, **weitergehende Behandlungsempfehlungen zu unterstützen**.

IBM bringt in dieses Gemeinschaftsprojekt neue „Cognitive-Computing“-Technologien ein. **Kognitive Systeme verstehen natürliche Sprache**, können **logische Schlüsse ziehen** und sind **lernfähig**. Damit können Daten im Kontext **interpretiert und neue Einsichten gewonnen werden** – eine **wichtige Kompetenz für eine künftig immer stärker IT-gestützte und personalisierte Patientenbehandlung inklusive Diagnose- und Therapievorschlägen**. Mit „IBM Watson“ verfügt das Unternehmen zurzeit über eine weltweit führende Technologieplattform für das Cognitive Computing. In der ersten Phase soll das „Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen“ am Universitätsklinikum Marburg von einem kognitiven Assistenzsystem bei der arbeitsintensiven Bearbeitung dieser Fälle unterstützt werden. Das IBM Forschungszentrum Zürich ist für die technische Leitung des Projektes zuständig.

Die RHÖN-KLINIKUM AG sieht in der Kooperation die notwendige **technischen Informationen** sowie das medizinische Wissen als Betreiber von maximalversorgungsnahen, universitär angebundenen Krankenhäusern zur Verfügung. Darüber hinaus **verantwortet das Unternehmen die Einhaltung der eigenen IT-Systeme und kümmert sich um die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen**.

Nach Abschluss der ersten Projektphase am Universitätsklinikum Marburg sollen die gewonnen Erkenntnisse ausgewertet und für andere Kliniken des Konzerns nutzbar gemacht werden.

→ [Alle Neuigkeiten](#)

**Rhön will an Uniklinik
Marburg auch "Watson" nutzen**

**fertige Antworten gibt es noch nicht,
aber folgende Bündelung der Kräfte als
Zukunftsmodell:**

**Im Hessischen Sozialministerium
wird es ab 1. Januar 2017 ein Referat
für Krankenhausversorgung und
Rettungsdienst geben!**