

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit sieht die Ziele einer gelungenen Strukturreform immer noch in weiter Ferne und die Patientensicherheit weiter gefährdet

1. Allgemeine Betrachtungen mit Bezug auf die Bund-Länder-Kommission, die Krankenhaus- und Pflegereform sowie die Ambulantisierungsoffensive

Die wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Menschen in Deutschland ist eine der großen Errungenschaften unseres Sozialstaates. Hinzu kommt das im Grundgesetz verankerte Recht auf Unversehrtheit. Dazu bedarf es einer ausreichenden Zahl an Krankenhäusern sowie Haus- und Facharztpraxen. Medizinischer Fortschritt und Spezialisierung stehen inzwischen nicht mehr an allen ambulanten und stationären Standorten zur Verfügung. Zudem schwindet infolge des medizinischen Fachkräftemangels das medizinisch-therapeutische Leistungsangebot in seiner bisherigen Tiefe und Breite. Sowohl medizinische Unterversorgung, vorwiegend in der Peripherie, als auch vor allem in Ballungsgebieten immer noch vorherrschende Überversorgung zeugen von einer nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten gerecht werdenden Bedarfsplanung. Die große und zunehmende Vielzahl an Initiativen und Selbsthilfegruppen von Patient:innen und deren Angehörigen sind begrüßenswert und für viele Patient:innen eine unverzichtbare Hilfestellung, zumal eine bedarfsgerechte und gesicherte medizinische Versorgung nicht mehr für alle Menschen aus allen sozialen Schichten und in jedem Lebensalter selbstverständlich geworden ist. Dieser Besorgnis erregende Umstand ist in hohem Maße auch dem gesundheits- und sozialpolitischen Reformstau der letzten Jahrzehnte geschuldet, an dem viele Akteure aus unterschiedlichen Entscheidungsebenen im Gesundheitswesen und aus der Gesundheitspolitik tatkräftig mitgewirkt haben.

Anfangs unabhängig vom Arbeitsmarkt und seinen branchenübergreifenden Mangelercheinungen begleiten das Gesundheitssystem immer schon standortbedingte Qualitätsschwankungen und deren unmittelbare Auswirkungen auf die Patientensicherheit. Denn eine Behandlung hat nur dann aus Patientensicht einen Sinn, wenn damit die Patientensicherheit in keiner Weise beeinträchtigt wird. Völlig zu Recht wurden und werden Mindestmengen an Eingriffen und Personaluntergrenzen eingefordert, wobei das Messen von Quantität nicht das alleinige Qualitätskriterium sein darf. So sind weitere Mindeststandards bei der Strukturqualität unverzichtbar, hängt doch davon wiederum die Qualität von allen weiteren Behandlungsprozessen und deren Ergebnisse ab. Das APS vermisst bei dieser Diskussion die Miteinbeziehung der Patient:innensicht, denn nur diese garantiert eine vollständige Transparenz bei der Bewertung von Qualitätskriterien und rechtfertigt von einer Transparenzoffensive zu sprechen.

Gemessen an den Gesamtausgaben des Gesundheitssystems erscheinen Qualität und Patientensicherheit immer noch unterfinanziert zu sein. Die finanziellen, strukturellen und personellen Ressourcen gilt es endlich bedarfsgerecht, effektiv und effizient einzusetzen im Sinne einer am

Patientenwohl ausgerichteten und somit maximal sinnstiftenden Ökonomie. Keine der großen Volkswirtschaften verfügt über unbegrenzte finanzielle Ressourcen, dennoch darf deren Verteilung nicht zu Lasten von Patient:innen mit Behandlungsbedarf und deren Sicherheit oder von medizinischen Fach- und Pflegeberufen vollzogen werden, wie dies nicht erst seit Corona zu beobachten ist. Ein weiteres No-Go ist die Zweckentfremdung von Sozialbeiträgen für versicherungsfremde Leistungen. Die Gesetzlichen Krankenkassen sprechen in diesem Kontext von einem Finanzvolumen in Höhe von 10 Mrd. Euro, das seinem eigentlichen Zweck der Gesundheitsversorgung und somit auch der Patientensicherheit jährlich bewusst entzogen wird.

Die Einhaltung dieser medizinisch, sozial, ethisch und ökonomisch begründeten Richtlinien zum Ziele der Patientensicherheit zeichnet verantwortungsvolle Gesundheitspolitik aus und ist nicht nur für das Aktionsbündnis Patientensicherheit nicht verhandelbar. Denn Patientensicherheit ist kein Add on oder steuersubventioniertes Almosen von Gesunden an Kranke bzw. des Kollektivs an das Individuum, sondern eines unserer wichtigsten Kulturgüter seit Hippokrates (Kos, 450 v. Chr.) und somit bereits lange vor der Aufklärung Standard bei jedweder Behandlung. Umso peinlicher, diese Selbstverständlichkeit im 21. Jahrhundert immer wieder mit Nachdruck einfordern zu müssen. Und dies ohne Aussicht auf 100 % Erfolg!

2. Krankenhausreform aus Patientensicht

Das APS begrüßt grundsätzlich den Konzentrationsprozess medizinischer Evidenz und Expertise innerhalb der Kliniklandschaft unabhängig davon, ob diese Strukturreform nach einer Einteilung in Levels oder Leistungsgruppen vollzogen wird. Wichtig ist in beiden Fällen, dass dieser Reformprozess in einem partei- und länderübergreifenden größtmöglichen Konsens geschieht, der dann hoffentlich sehr lange Bestand hat und nicht dem nächsten Regierungswechsel als Opfer anheimfällt. Patientinnen und Patienten, aber auch Pflegende, medizinische Assistenzberufe und Ärztinnen und Ärzte haben nach so vielen Jahren diskontinuierlicher und streckenweise dysfunktionaler Entscheidungen ein Recht auf Verlässlichkeit und Nachhaltigkeit. Das schafft Vertrauen in die Versorgungsstrukturen, aber auch in die verantwortliche Gesundheitspolitik. Beides ist aus den genannten Gründen stückweise abhandengekommen und erschwert zusätzlich die zwischenmenschliche Gesamtsituation im sehr angespannten Gesundheitssystem.

Statt die anstehende Reform überschwänglich als Revolution auszurufen, wäre es wesentlich hilfreicher und dringlicher, endlich lebensbedrohliche Dauerbaustellen in Sachen Patientensicherheit abzarbeiten. Seit Generationen drohen immer noch – wenn auch seltener geworden – lebensgefährliche Verwechslungen wie bei der Verabreichung von NaCl (Natriumchlorid) und KCl (Kaliumchlorid) oder bei den Schlauchsystemen an Narkosegeräten. Die Verantwortlichen im APS sind der festen Überzeugung, dass solche Missstände längst Vergangenheit wären, gäbe es das Amt eines/r hauptamtlichen Beauftragten für Patientensicherheit. Patientenschutz muss endlich der politische Stellenwert zugestanden werden, wie dies im Fall des Daten- und Tierschutzbeauftragten bereits längst Realität geworden ist. Bei letzterem in einigen Bundesländern sogar seit 30 Jahren.

Transsektorales Denken hilft allen, sektorales Denken schadet v.a. Patient:innen

Damit erinnert das APS an seine 2021 formulierten 7 politischen Forderungen, die über die besagte level- und/oder leistungsgruppenbezogene Krankenhausreform hinausreichen. Wo bleiben eine deutlich verbesserte Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Praxen und die überfällige Verpflichtung zur sektorenverbindenden Qualitätssicherung, wo bleibt die Regelung der Notfallversorgung und der ärztlichen Weiterbildung in Kliniken und Praxen? Die kontrovers diskutierten zu-

künftigen Krankenhäuser mit niedrigen Level- oder weniger umfangreichen Leistungskompetenzen müssen nicht aus ökonomischen Gründen weichen, sondern sind zukünftig im Rahmen der Klinikreform und deren Umstrukturierungsprozesse die regional verortete sektorenverbindende Schnittstelle zwischen bisheriger streng getrennter stationärer und ambulanter Versorgung. Gerade an der bisher als unüberwindbar angesehenen „Sektorengrenze“ lässt sich ein großes Gefährdungspotenzial für die Patientensicherheit eruieren. Folglich ein gewichtiger Grund mehr, exakt an dieser Stelle den Reformprozess zu beschleunigen und von Eigeninteressen gesteuerte Blockadehaltungen definitiv aufzugeben im Interesse einer bestmöglichen und maximal sicheren Patientenversorgung. Der eigentliche Paradigmenwechsel liegt darin, dass letzterer sich alle anderen Reformschritte und Handlungsprozesse unterzuordnen haben. Bisher standen Einsparpotenziale, standes- und gesundheitspolitisches Prestigedenken sowie patientenferner Lobbyismus stets im Vordergrund.

Das APS möchte zu bedenken geben, dass bereits mit Ablauf des Jahres 2022 und dem IGES - Gutachten, mit dem Innovationsfonds-Projekt Einheitliche Sektorengleiche Vergütung, mit den Plänen der Krankenhauskommission und mit der nicht weniger wichtigen Teilexpertise aus der Selbstverwaltung und aus den betroffenen Verbänden erst- und zugleich einmalig in der Historie des deutschen Gesundheitswesens die für eine umfassende und nachhaltige Gesundheitsreform notwendigen Vorarbeiten geleistet und den politischen Entscheidungsträgern zur Verfügung gestellt wurden. Auf dieser Basis und mit entsprechendem Gestaltungswillen hätten wichtige Reformelemente bereits umgesetzt und damit die kritische Lage vieler Patientinnen und Patienten, von deren Familien und Angehörigen deutlich verbessert und auch mit Patientensicherheit nicht zu vereinbarende unerwünschte Ereignisse und deren Folgen vermieden werden können. Die sektorengleiche Verpflichtung zur Qualitätssicherung ist in diesem Zusammenhang ein sehr wichtiges Instrument im Rahmen jeglicher Reformbemühungen. Sie nur dort einzusetzen, wo Qualitätsschwankungen erwartet werden bzw. vorhanden sind, greift zu kurz, verhindert gezielte Verbesserungsprozesse auf allen Versorgungsebenen und verfestigt evtl. sogar noch unerkannt gebliebene Qualitätsdefizite und deren Risiken für die Patienten- aber auch Mitarbeitersicherheit. Gleichzeitig müssen der überbordende Bürokratieaufwand im Gesundheitswesen und seine Kosten-Nutzen-Schiefelage mit dem Rotstift auf das notwendige Minimum eingehengt werden. Der Aufwand für eine bedarfsgerechte Dokumentation und umfassende Qualitätssicherung soll datengestützt erfolgen einschließlich Patientenerfahrungsberichte (PREMs) und gesundheitlicher Ergebnisse (PROMs) als wichtige Datenbasis für Patientensicherheit, aber auch unter bisher ebenfalls vernachlässigten versorgungswissenschaftlichen Aspekten.

3. Ambulantisierung ja, aber nicht zu jedem Preis

Und schon gar nicht auf Kosten der Patientensicherheit. Es ist bekanntlich nicht so, dass in Deutschland sich nicht schon seit 20 bis 30 Jahren die ambulante Medizin etabliert hätte und somit dem seit den 1980er Jahren zunehmenden Patientenwunsch nach mehr ambulant als stationär nicht entsprochen worden wäre. Allerdings liegt die Bundesrepublik im internationalen Vergleich mit ihrer Ambulantisierungsquote ziemlich am Ende der Rangliste. Vor allem im Bereich der ambulant möglichen Operationen. Wissenschaftliche Studien und Gutachten zu diesem Thema wurden von der Politik bisher konsequent negiert. Erst mit zunehmendem Kostendruck und Fachkräftemangel im Gesundheitswesen wird der Verlagerung von medizinischen Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich die nötige Aufmerksamkeit geschenkt. Allerdings mit 20jähriger Verspätung und unter dem Primat einer massiven Kosteneinsparung. Begriffe wie Behandlungsqualität und Patientensicherheit und die dafür erforderlichen finanziellen, personellen und strukturellen Ressourcen drohen wieder einmal der fiskalischen Macht des Faktischen und deren eindimensionalen Erwartungshaltung weichen zu müssen.

Vor dieser sich anbahnenden Entwicklung warnt das APS ebenso eindringlich, wie es jedem erdenklichen Angriff auf die Patientensicherheit eine Absage erteilt. Der Ratschlag des APS lautet daher: Jede Reform mit dem glaubhaften Ziel einer Verbesserung der Patientenversorgung erfordert zunächst kluge Investitionen für den notwendigen Strukturwandel. Diese Investitionskosten amortisieren sich ab Beginn der positiven Effekte. Bereits die Stabilisierung der Ausgaben im Gesundheitswesen ist als Erfolg zu verzeichnen, der durch den zusätzlichen effizienten und effektiven Mitteleinsatz nochmals verstärkt wird. Zudem garantiert eine einheitliche sektorengleiche – Qualitätssicherung und Patientenbefragung standortunabhängig eine konstant hohe Behandlungsqualität und Risikominimierung und somit die Vermeidung von Fehlerfolgekosten, die mit bis zu 15 % der Gesamtausgaben beziffert werden und bei gebotener Sorgfalt und Umsicht sowie qualitätsorientierten Rahmenbedingungen vermeidbar sind.

4. Parallel zur Klinikreform vollzieht sich ähnlich retardiert die Pflegereform

Pflegekrise und Pflegenotstand vollzogen sich über viele Jahre mit Ansage. Kaum ein gesellschaftspolitisches Statement ohne Erwähnung des Begriffes „Demographischer Wandel“. Finanzknappheit und zu wenige Plätze in Pflegeeinrichtungen standen lange Jahre an oberster Stelle der Sorgenliste. Jetzt dominiert der Mangel an Pflegekräften mit der Folge, dass bei Unterschreiten der Personalbemessungsgrenze vorhandene Pflegeplätze nicht mehr mit zu Pflegenden belegt werden dürfen, folglich diese wichtige und knappe Infrastruktur ungenützt bleibt und die häusliche Pflege zwangsweise an Bedeutung gewinnt. Damit steigt der Erwartungs- und Handlungsdruck auf mit der Pflege zu betrauenden Angehörigen noch mehr als bisher. Auch hier gilt, dass das Wohl und die Sicherheit des zu pflegenden, meist alten Menschen ausnahmslos schützenswert sind. Mit einem Mehr an Geld kann man vieles ändern und verbessern, aber sich nicht von Überforderung und Überlastung freikaufen. Hier bieten sich regionale Gesundheits- und Versorgungszentren wie für eine teil-/kurzstationäre Behandlung auch als Kurzzeitpflegeeinrichtungen an. So manches bereits geschlossene meist peripher gelegene Krankenhaus hätte diese wichtige Schlüsselrolle übernehmen können, statt die darin getätigten und noch einsatzbereiten Investitionen nutzlos brachliegen zu lassen oder gar einzuebnen. Entscheidungsbefugte Projektentwickler denken zu sehr Zentren affin und nicht hinreichend patientenorientiert im Sinne einer auch regional flächendeckenden und wohnortnahen Versorgungskette. Deren schwächstes Glied entscheidet über den Grad an Patientensicherheit in einer Region.

5. Koordination von Patienteninteressenverbänden und Initiativen von Angehörigen unter dem Dach eines Nationalen Kompetenzzentrums für Patientensicherheit

Zudem ist es an der Zeit in Deutschland ein Nationales Referenz- und Kompetenzzentrum für Patientensicherheit zu etablieren und darin die vielen Einzelinteressensgruppen zu bündeln und dem hohen individuellen und kollektiven Gut Patientensicherheit einen gemeinsamen Sitz und Stimme zu verleihen. Ohne Zweifel wird deutschlandweit viel professionelles und ehrenamtliches Engagement zum Thema Patientensicherheit investiert. Dieser z.T. unübersichtliche Status quo birgt die Gefahr von ungewollten Doppelstrukturen und v.a. unerkannt gebliebener Lücken in sich. England ist auf diesem Gebiet in Europa mit seinen diesen Vorstellungen entsprechenden nationalen Institutionen beispielgebend vorausgegangen. Angrenzende Nachbarländer wie Österreich, Schweiz und die Niederlande sind im Begriff, diese Lücke zu schließen, während die Bundesrepublik den suboptimalen Status quo ressourcenintensiv verwaltet.

Das APS fordert nicht nur, es steht proaktiv bereit, diese verantwortungsvolle und gesamtgesellschaftlich überaus wichtige Aufgabe einer professionell geführten Dachorganisation für alle Belange im Kontext mit Patientensicherheit zu übernehmen und zukunftsfähig auszubauen. Erklärtes Ziel muss die Ernennung von hauptamtlich Beauftragten für Patientensicherheit sein in Analogie zur Datensicherheit und zum Verbraucherschutz. Das Beispiel der Institution des Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderung unterstreicht den praktischen Wert von gewährten Mitsprache- und Mitgestaltungsrechten und der Option eines begründeten Vetos.

Die Gründung und Existenz des APS sind Ausdruck eines solchen klaren Vetos gegen jegliche Abstriche bei der Patientensicherheit. Wohl kaum ein anderer Verband kann für sich in Anspruch nehmen, über 450 institutionelle Mitglieder unter einem Dach zu vereinen.

In seinen Publikationen bezieht das APS jeweils unmissverständliche Positionen zu aktuell dringlichen Problemen und deren Auswirkungen auf die Patientensicherheit (siehe <https://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/>).

Beispielgebend sind die [politischen Forderungen und konkreten Handlungsansätze des APS](#) vom März 2021 für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung durch mehr Patientensicherheit mit ihren Sieben Anliegen für die- inzwischen laufende - Legislaturperiode 2021-2025:

1. Umsetzungsverantwortung für Gesundheitspolitik stärken
2. Verantwortung für Patientensicherheit auf oberster Leitungsebene verankern
3. Transparenz über Qualität und Patientensicherheit schaffen
4. Arbeitssicherheit im Gesundheitswesen erhöhen
5. Bevölkerung in die Erhöhung der Patientensicherheit einbeziehen
6. Patientensicherheit umfassend in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe verankern
7. Barrierefreiheit als wesentlichen Teil der Patientensicherheit stärken

Und die erst kürzlich veröffentlichte [Stellungnahme des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zu den Reformplänen der Krankenhausreform des Gesundheitsministers Prof. Dr. Karl Lauterbach vom 05.05.2023](#).

6. Fazit

Jeder der aufgeführten einzelnen Schritte ist wichtig und unverzichtbar, ihre bestmöglich positive Wirkung entfalten sie jedoch nur gemeinsam. Nur wieder Stückwerk zu liefern, dafür sind die Zeiten einfach zu ernst und stehen die Zeiger bereits bei fünf nach zwölf. Unser Appell an die Verantwortlichen in den Selbstverwaltungsorganen und an den politischen Schalthebeln: Enttäuschen Sie uns diesmal nicht!

Berlin im Juni 2023

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.



Dr. Ruth Hecker
Vorsitzende



Dr. Christian Deindl
Stellv. Vorsitzender



Joachim Maurice Mielert
Generalsekretär