



Stellungnahme des
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zu den Reformplänen
**der Krankenhausreform des Gesundheitsministers
Prof. Dr. Karl Lauterbach**

Dr. med. Ruth Hecker, APS-Vorsitzende
Joachim Maurice Mielert, Generalsekretär
Dr. med. Christian Deindl, Stellvertretender Vorsitzender

Berlin, 05.05.2023

Das APS begrüßt grundsätzlich die Reformpläne für das deutsche Gesundheitssystem, da es entscheidende Schwachstellen adressiert, die einer Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit entgegenstehen:

- Trotz der höchsten Pro-Kopf-Ausgaben in der EU mit 4.505 Euro jährlich ist die vermeidbare Sterblichkeit seit 2011 stabil geblieben, während sie in vielen anderen Ländern gesunken ist. Die Arzt-Patient-Quote pro Bett ist im EU-Vergleich gering und die der Pflegekräfte pro Bett die niedrigste in der EU. Stationäre Behandlungen für die ambulant-sensitiven chronischen Krankheiten Asthma, COPD, kongestive Herzinsuffizienz und Diabetes sind häufiger als im EU Vergleich¹.
- Das nach DRGs finanzierte Abrechnungssystem stellt einen starken Anreiz zur stationären Überversorgung dar, da es nicht durch den patient:innenseitigen Bedarf, sondern durch aus Klinikperspektive lukrative Behandlungen gesteuert wird. Die Übergänge in die ambulante Versorgung sind unzureichend, was die Quote von 12,9 % Wiedereinweisungen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung verdeutlicht². Die massenhafte Inanspruchnahme ambulanter Versorgung von Patient:innen mit akutem, aber nichtdringlichen Gesundheitsproblemen in Notaufnahmen ist ein Indikator für einen unzureichenden Zugang in die ambulante Versorgung. Auch im ambulanten Bereich sind die Anreize zur Patientenversorgung gesteuert durch eine budgetorientierte Finanzierung, die Erkrankte mit bestimmten Beschwerden und/oder die Zeitpunkte ihrer Nachfrage unattraktiv machen. Dies schlägt sich in teilweise sehr langen Wartezeiten und Problemen bei der Spezialärztlichen Versorgung nieder. Der Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung ist aufgrund der strikten Sektorentrennung schlecht organisiert und trotz verbindlichem Entlassmanagement weiterhin eine strukturelle Schwachstelle im Versorgungsprozess.
- Positiv zu erwähnen ist, dass in Deutschland keine Zugangssteuerung in das Gesundheitssystem stattfindet, Patient:innen haben weitgehende Wahlfreiheit ihrer Behandler:innen und einen nahezu lückenlosen Versicherungsschutz. Mit 0,3 % ungedecktem medizinischen Bedarf gehört Deutschland zu den fünf EU-Ländern mit den niedrigsten Raten³.

O.g. Daten zeigen, dass es im deutschen Gesundheitssystem noch ausreichende Ressourcen (personell und finanziell) gibt, **die optimiert für eine stärkere qualitative und sichere Versorgung eingesetzt werden können**. Das ist das Ziel der geplanten Krankenhausreform des Gesundheitsministers. Allerdings ist die konkrete Zielsetzung der Reformpläne sehr vage und der bei einem Bettenabbau notwendige strukturelle Aus- und Umbau des ambulanten Versorgungssystems und die sektorenverbindende Qualitätssicherung sind weder in der Planung noch faktisch vorbereitet. Ergänzend stellen wir die Frage, ob ausreichend an die regionalen Unterschiede gedacht wurde. **Patientensicherheit wäre ein erstrebenswertes und messbares Ziel dieser Krankenhausreform.**

Die Reformpläne sind grundsätzlich gute Voraussetzungen für die Erhöhung der Patientensicherheit. Allerdings ist die Einführung von Versorgungslevels, spezialisierten Zentren und die Förderung ambulanten Operierens bzw. eine Hybridversorgung sowie die Abkehr von der reinen DRG-Finanzierung noch keine hinreichende Bedingung für die Erhöhung der Patientensicherheit. Vielmehr muss der Gesetzgebungsprozess sicherstellen, dass die Patientensicherheit allen Planungen als Leitthema voransteht und in die Versorgungsstrukturen implementiert wird. Eine Voraussetzung

¹ EU-Länderreport Gesundheit: State of the Health in the EU Deutschland Länderprofil Gesundheit 2021. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_de_german.pdf

²https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_Ueberarbeitung_2019-10-18.pdf

³ EU-Länderreport Gesundheit: State of the Health in the EU Deutschland Länderprofil Gesundheit 2021. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_de_german.pdf

dazu ist die verbindliche Forderung nach **Verantwortlichen für Patientensicherheit** in der Politik, in Aufsichtsräten und Geschäftsführungen von stationären und ambulanten Einrichtungen. Weiterhin müssen Versorgungsprozesse **transparent** sein, so dass deren Qualität und wesentliche Indikatoren der Patientensicherheit laufend überprüft werden können. Wenn die Daten, einschl. kleinteiliger Real-time Struktur- und maßgeblich auch Prozessdaten (z.Zt. in D unterschiedlich erhoben: QS, Zertifizierungsbedingungen) auch der Einrichtungen (Personalbestand, Qualifikation, Geräteausstattung, u.ä.), abrufbar sind, kann unmittelbar darauf reagiert werden. Die Digitalisierung, die strukturierte Datenerhebung in Real Time muss zur Erhöhung der Patientensicherheit eingesetzt werden. Digitale Technologien können wesentlich dazu beitragen, die Kooperation zwischen medizinischen Einrichtungen zu verbessern, den Austausch von medizinischen Informationen zu erleichtern und die therapeutischen Ziele patientenverständlich zu formulieren. (Hierzu werden wir in den nächsten Tagen eine umfassende und ergänzende Stellungnahme einreichen).

Ziele des Globalen Aktionsplanes Patientensicherheit der WHO 2021-2030 umsetzen

Als APS setzen wir uns seit unserer Gründung im Jahr 2005 für eine sichere Gesundheitsversorgung ein. In unserem Gesundheitssystem erleiden Patient:innen durch eine unsichere Versorgung Behandlungsschäden, die bis zum Tod führen. Es wird davon ausgegangen, dass bis zu 15 % der Kosten für stationäre Behandlungen auf Sicherheitsmängel zurückzuführen sind (OECD (2017)).⁴ Wenn die Patientensicherheit an die erste Stelle der strukturellen und prozessualen Veränderungen gesetzt wird, erfüllt dies auch die Anforderungen des Globalen Aktionsplan Patientensicherheit der WHO 2021-2030. Dieser enthält strategische Ziele, die mit definierten Strategien erreicht werden sollen. So soll die Patientensicherheit bei allen Planungen Priorität erhalten, die Erfahrung und Kompetenz von Patient:innen eingebunden werden und ein kontinuierlicher Wissens- und Informationsfluss sichergestellt werden. Sektorübergreifende Synergien sollen genutzt werden⁵.

In Umsetzung des strategischen Ziels 2 der WHO: ‚Aufbau hochzuverlässiger Gesundheitssysteme, die Patient:innen täglich vor Schaden bewahren‘ fordern wir bei der Umsetzung der Reformpläne folgende Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit:

- Einen nationalen Aktionsplan Patientensicherheit, dessen Umsetzung durch eine beim Bundesgesundheitsministerium angesiedelte Nationale Koordinierungsstelle oder vom BMG beauftragte Koordinierungsstelle für Patientensicherheit überwacht wird
- Die Entwicklung und Verstetigung sowie Entgegennahme und Analyse relevanter international anerkannter Patientensicherheitsindikatoren und die öffentliche Berichterstattung über die jeweils aktuelle Patientensicherheitslage erfolgt durch die Nationale Koordinierungsstelle für Patientensicherheit
- Zur Sicherstellung des Erhalts der notwendigen Daten für die Erfüllung dieser Aufgabe, wird eine gesetzliche Verpflichtung zu einer transparenten und systematischen Übersicht über die Qualitätsdaten und Patientensicherheitsindikatoren der Leistungserbringung verabschiedet
- Damit Patientensicherheit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens ein Entscheidungskriterium wird, die dazugehörige Datenerhebung und kontinuierliche Erhöhung der Versorgungssicherheit als Ziele anerkannt werden, werden Patientensicherheitsverantwortliche verpflichtend auf den obersten Leitungsebenen aller Gesundheitseinrichtungen und Institutionen und der Politik angesiedelt (analog Datenschutz)
- Die geplante stärkere Ambulantisierung von operativen Behandlungen erfordert die verbindliche Umsetzung sektorenverbindender Patientensicherheits- und weiterer Qualitätskriterien,

⁴ Slawomirski, L., A. Aaraaen and N. Klazinga (2017), "The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", OECD Health Working Papers, No. 96, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.

⁵https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/WHO_Global_Patient_Safety_Action_Plan_2021-2030_DE.pdf

- um die Risiken unregelmäßiger Ambulantisierung insbesondere in ländlichen Regionen zu minimieren
- Ein nationales bei der Koordinierungsstelle angesiedeltes Risikoregisters mit ‚Never events‘-Ereignissen⁶ wird eingeführt unter Einbeziehung von Vorfällen in der stationären, ambulanten oder hybriden Versorgung

Die Krankenhausreform wird insbesondere Auswirkungen auf die breite Bevölkerung haben und wen kann man besser fragen, als die Gruppe, die diese Veränderungen erlebt, ob das Ziel der Krankenhausreform erreicht wird und ob es regionale Unterschiede gibt?

Deshalb fordern wir:

- Die funktionale und relationale Qualität und wahrgenommene Sicherheit der Patientenversorgung durch Patient-Reported Experience Measures (PREMs) zu messen ⁷
- Die patientenseitige Messung der Versorgungsqualität sollte einen bundeseinheitlich verbindlicher Standard haben, damit eine Vergleichbarkeit möglich ist, dies ist zur Zeit in Deutschland nicht möglich.

Wir haben einen relativen Fachkräftemangel, der sich aber noch verstärken wird, die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen sind das höchste Gut. Deshalb beziehen sich die letzten beiden Forderungen auf die Mitarbeitenden und deren Sicherheit:

- Eine Verpflichtung zur Psychosozialen Unterstützung von Second Victims, denn kritische Ereignisse haben nicht nur gravierende Folgen für die Patient:innen sondern auch für Behandelnde
- Eine Verpflichtung der Gesundheitseinrichtungen, Mitarbeitende regelmäßig (1-3J) nach der Sicherheitskultur zu befragen

Warum fordern wir das?

Etablierung einer konstruktiven Fehlerkultur

Die o.g. Maßnahmen werden eine nachhaltige Wirkung auf die Verbesserung der Patientensicherheit nur dann erzielen, wenn verantwortlichen Akteur:innen die Transformation von der ‚blame culture‘ zur konstruktiven Fehlerkultur gelingt. Das bedeutet, vermeidbare unerwünschte Ereignisse (VUE) nicht individuellem Fehlverhalten als schuldhaftes Abweichen von der Norm der ‚Fehlerlosigkeit‘ zuzurechnen, sondern die Übernahme der Verantwortung für das Auftreten von VUEs durch die Institution, die daraus lernt, wie sie zukünftig zu vermeiden sind. Dafür ist neben ausreichend Ressourcen (Personal, Zeit, Finanzen) eine aufgeschlossene Haltung der Leitung erforderlich. Die Ergebnisse der aktuellen KhaSiMiR 21 Studie⁸ zum aktuellen Stand des klinischen Risikomanagements in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen hat ergeben, dass die vom G-BA verpflichtenden Instrumente des klinischen Risikomanagements weitgehend implementiert sind und strukturiert angewendet werden. **Zugleich wurden zahlreiche Verbesserungspotentiale hinsichtlich der Durchdringung bei der Akzeptanz der Instrumente deutlich**, so wurden im Median jährlich nur 54 Meldungen pro Klinik in ein Critical Incident Reporting System (CIRS) eingegeben, was die tatsächliche Zahl an (Beinahe)Ereignissen bei weitem unterschreitet. **Qualitative Da-**

⁶ https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2021/09/SEVer-Liste_APS.pdf

⁷ Rogge A.; Fischer F, Otto L; Rose M. Empirische Erfassung patient*innenberichteter Merkmale: PROMs und PREMs. 2022. <https://www.thiemeconnect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1452-2788>.

⁸ <https://www.aps-ev.de/khasimir-21-krankenhausstudie>

ten ergaben, dass das Arbeitsklima und die Haltung seitens der Leitung entscheidenden Einfluss auf die Bereitschaft zur Verbesserung der Patientensicherheit auf allen Klinikebenen haben⁹.

Die Erfahrungen der Vergangenheit machen deutlich, dass die bisherigen Ansätze über Gesetzgebungen und Richtlinien die Versorgung sicherer zu machen, nicht ausreichend in die Praxis umgesetzt werden, wie beim Entlassmanagement und beim den Medikationsplänen deutlich wird. Patientensicherheit darf aber nicht dem freiwilligen Engagement überlassen werden. Daher fordern wir von der geplanten Reform die Sicherstellung der Einhaltung von Regeln. Wir sehen eine Umsetzungsverantwortung der Politik, die wir u.a. in unseren sieben politischen Anliegen formuliert haben¹⁰.

„If it is not safe, it is not care“ (Tedros Adhanom Ghebreyesus, Generaldirektor der WHO auf dem Global Ministerial Summit on Patient Safety, Montreux Februar 2023)

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist ein Netzwerk, das sich für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland einsetzt. Beteiligte aus allen Gesundheitsberufen und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zusammengeschlossen, um in gemeinsamer Verantwortung konkrete Lösungsvorschläge zur Steigerung der Patientensicherheit im medizinisch-pflegerischen Versorgungsalltag zu entwickeln, die als Handlungsempfehlungen allen Akteuren im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen.

Das APS steht für

- Glaubwürdigkeit durch Unabhängigkeit
- Bündelung von Fachkompetenzen
- interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung
- das Prinzip: von der Praxis für die Praxis
- sachliche und faktenbasierte Information
- lösungsorientierte und kooperative Zusammenarbeit
- Offenheit und Transparenz

Kontakt:

Dr. med. Ruth Hecker, Vorsitzende

Geschäftsstelle des APS

Alte Jakobstraße 81, 10179 Berlin

Tel. 030 3642 816 0

Email: info@aps-ev.de

Internet: www.aps-ev.de

⁹ <https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2023/01/KhaSiMiR-Abschlussbericht-Teil-III-Qualitative-Analyse.pdf>

¹⁰ https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2021/03/Politische-Forderungen-des-APS_2021-2025.pdf