



Stellungnahme des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.

zum Referentenentwurf aus dem Bundesministerium für Gesundheit für den

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

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

Berlin, 30.04.2024

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist eine Netzwerkorganisation, deren satzungsgemäßer Zweck die Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit und zum Aufbau des Risikomanagements in der Gesundheitsversorgung ist. Entsprechend beschränken sich Stellungnahmen des APS auf Aspekte, bei denen ein Zusammenhang mit der Patientensicherheit in Deutschland besteht. Das APS bedankt sich für die mit der Aufforderung zur Stellungnahme verbundene Möglichkeit, den Aspekt der sicheren Patientenversorgung in den Anhörungsprozess einzubringen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit zur Stellungnahme und kommentieren wie folgt:

Zu den in A drei benannten zentralen Zielen:

1. Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität

Dem 186-seitigen Referentenentwurf fehlt eine Gesamtschau, was erreicht werden soll. Die Paradigmen „Behandlungsqualität“ und „Patientensicherheit“ finden keine hinreichende Erfüllung durch eine technische und sachliche Überversorgung in am Ende nicht optimal prozessqualifizierten Krankenhäusern, die Prozesse im Sinne hoch erlösbringender Behandlungen initiieren.

2. Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patient:innen

Hier wird ein Ziel formuliert, für welches das Problem jedoch nicht abgebildet wurde. Mit 7,76 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner:innen liegt Deutschland an der Spitze von bereitgestellter Ressource in Europa. Deutschland hat keinen Mangel an Klinikbetten, aber an deren flächendeckenden und fächerspezifischen Verteilung. Der Referentenentwurf bezeichnet nur schemenhaft die Absicht, weniger, aber bessere Krankenhausversorgung bei konservierter Wohnortnähe zu erreichen.

3. Entbürokratisierung

Sowohl die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung als auch das Ministerium und die Fraktionen im Gesundheitsausschuss des Bundestages verlangen übereinstimmend eine signifikante Entbürokratisierung.

Eine Hauptquelle für die Bürokratie im Krankenhaus sind die Kodierungen im DRG-System, wofür in aller Regel Spezialist:innen eingestellt sind, die ausschließlich Erlössteigerungen im Blick haben. Den Ärzt:innen und Pflegekräften entstehen dadurch erhebliche bürokratische Mehraufwendungen.

In diesem Sinne ist es sinnvoll die Digitalisierung voranzutreiben, um jenseits des DRG-Systems neue Finanzierungsmodelle zu schaffen, die Leistungsdaten erfassen.

Als Vorbild könnten hier die Entwicklungen im australischen Gesundheitssystem gesehen werden.

Über ein neues Vergütungssystem, das deutlich bürokratieärmer wäre und Leistungsdaten erfasst, sollte zwingend nachgedacht werden, denn nur so kann sich die Ressource Personal mit Patient:innen im Maße einer sicheren Versorgung auseinandersetzen.

Die folgenden Punkte müssen aus der Sicht der Patientensicherheit im Entwurf des KHVVG zudem verbessert werden:

4. Digitalisierung muss mehr im Fokus stehen

Der Referentenentwurf nimmt kaum die Vakanzen im Bereich der Digitalisierung in den Blick. Die Digitalisierung ist eine Methode, die die Patientensicherheit an sich erhöht, weil mehr Transparenz und Kommunikationsverbindungen geschaffen werden. Zwar werden Adaptionen zu den Bestimmungen im SGBV genannt, aber die eigentlichen Vakanzen in Dokumentation und Kommunikation auf digitalen Ebenen müssen detaillierter behandelt werden. Wie bereits angeführt kann die Digitalisierung zudem durch die Entlastung aktueller zeitintensiver Prozesse das Personal langfristig entlasten und dadurch die Patientensicherheit erhöhen.

5. Verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen und Fehlermeldesysteme

Patientensichere Ergebnisqualität erfordert einrichtungsübergreifend die Verpflichtung zu Qualitätssicherungsmaßnahmen, Fehlermeldesystemen und Risikomanagement. Hierzu verweist das APS auf den § 135 SGBV und dessen bisherige unzureichende Berücksichtigung.

In diesem Zusammenhang muss zum wiederholten Mal die Einführung eines Never Event-Registers eingefordert werden. Denn nur so lassen sich Struktur- und Prozessdefizite analysieren und die kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit erzielen.

6. Erhöhung von Lohn der Pflegehelfer:innen

Was dem Referentenentwurf völlig fehlt, ist die Nennung positiver Beispiele aus anderen Ländern. Deutschland belegt Platz 19 bei der Lebenserwartung in Europa. Deutschland prospektiert einen Pflegepersonalmangel, hält aber einen der höchsten Versorgungsschlüssel in Europa vor. Es fehlen Pflegehelfer:innen. Diese allerdings werden in Deutschland unterdurchschnittlich entlohnt, wodurch wenige in diesen Beruf einsteigen möchten.

Vergleicht man, was oft politisch argumentiert wird, die Situation in Deutschland mit der in Dänemark, dann ist zu benennen, dass dort Pflegehelfer:innen nur marginal schlechter bezahlt werden, als Krankenpflegefachkräfte. Eine entsprechende Anpassung des Lohns wäre in Deutschland daher wünschenswert.

7. Pflegebudget

Die Einführung eines Vorhaltebudgets (§3b. ein Vorhaltebudget nach § 6b) ist grundsätzlich zu begrüßen. Dass aber das Pflegebudget Teil des Vorhaltbudgets ist, ist kritisch zu sehen, da dies dazu führen wird, erneut an pflegerischen Leistungen und damit an der Versorgung und Sicherheit zu sparen. Die teilweise Abkehr von Fallpauschalen ist ebenfalls zu begrüßen, im Sinne der Vermeidung einer Überversorgung.

8. Pflege mehr Verantwortung übertragen

Die Umwandlung der ursprünglichen Level 1-Krankenhäuser unter pflegerischer Leitung in „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ (§115h) für die medizinisch-pflegerische Versorgung ist ein Schritt rückwärts.

§115h (1) stellt fest, dass für die dort versorgten Menschen „eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist, weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht.“ Ein Bedarf entsteht folglich aus dem pflegerischen, weshalb hier die Verantwortung der Pflege übertragen werden muss.

Pflege muss eigenständig und eigenverantwortlich arbeiten können. Nur so kann die Versorgungslücke geschlossen werden, die durch die zunehmende Zahl älterer und immer multimorbiderer Patient:innen entsteht, die keine Hochleistungsmedizin, sondern gute pflegerische Versorgung benötigen.

9. Pflegekompetenzgesetz berücksichtigen

Auch die zunehmende gewollte Ambulantisierung wird den pflegerischen Unterstützungsbedarf außerhalb von Krankenhäusern erhöhen. Es wäre wünschenswert, im KHVVG das noch ausstehende Pflegekompetenzgesetz zu berücksichtigen.

Begründung:

Das in Rede stehende Gesetz ist umfangreich und wichtig. Alle Mitarbeitenden im Gesundheitswesen und auch die Träger:innen der Kliniken sind sich dessen bewusst. Dennoch greift der Referentenentwurf hinsichtlich der Problemanalyse nur vage und bezeichnet keinerlei valide Daten. Ohne exakte Erfassung und Messbarmachung der inszenierten Agenda des Gesetzes ist auch für die Zukunft keine Lösungskontrolle denkbar. Es wäre daher wichtig, die Kernprobleme deutlicher zu listen und Lösungsstrategien zu definieren, wie das Gesetz die beabsichtigten Ziele im Wege welcher Maßnahmen erreichen und wie das Erreichen gemessen werden soll.

Das Kernziel jedes Gesundheitssystems muss die sichere Versorgung der Patient:innen sein. Eine bedarfsgerechte Versorgung ist nur zu erkennen, wenn umfassende und explizit bezeichnete Parameter der Patientensicherheit erfüllt werden. Das betrifft

ebenso die Agenda der Ambulantisierungsbemühungen. Die Problemanalyse im Referentenentwurf ist in Teilen oberflächlich, in Teilen unvollständig und in Teilen aus unserer Sicht falsch.

Der Entwurf wird den Bedarfen einer zeitgemäßen Patientensicherheit nicht ansatzweise gerecht. Die entworfenen Gesetze sind Abbild von juristischer Expertise. Die Jurist:innen stehen jedoch nicht am Patientenbett, sondern die Mitarbeitenden der Gesundheitsversorgung. Diese sind – ebenso wie die Zielgruppe Patient:innen – nahezu komplett bei den Planungen ausgeklammert worden.

Strukturqualität in den Versorgungsketten ist die Basis für sektorenübergreifende Prozessqualitäten und diese eröffnen sodann überhaupt erst Patientensicherheit. Sie reicht dennoch nicht aus, um Patientensicherheit herzustellen. Wir sehen die Notwendigkeit von bedarfsgerechter Versorgung und befürworten die Abkehr von pauschal initiiertes Überversorgung. Die Prozessqualität ist der Strukturqualität gleichwertig und wird aus unserer Sicht zu wenig berücksichtigt. Einfach formuliert: Vorhaltepauschalen und Strukturqualität können zur Ressourcenverschwendung führen, weil am Schluss durch mangelnde Prozessqualität die qualitativ hochwertige und sichere Versorgung der Patient:innen nicht gewährleistet ist.

Das entworfene Gesetz bildet ökonomische Regulationsbedarfe ab, an deren Ende die Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung neben den bekannten Fallpauschalen dann Vorhaltepauschalen vereinnahmt werden. Um beispielsweise damit die Beschäftigungslagen am Krankenbett und damit die Versorgung insgesamt zu verbessern, wäre dieser Aspekt begrüßenswert, obwohl damit keine Garantie verbunden ist, dass die Organisationen diese Vorhaltepauschalen auch für die patientensicherheitsrelevanten Aspekte z.B. der Personalressource oder der Hygiene einsetzen. Die Parameter einer Versorgungs- und Behandlungskette im Sinne konsequenter Patientensicherheit berührt der Referentenentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz nicht hinreichend.

Der Referentenentwurf lädt dazu ein, sich mit den Vakanzen, um nicht vollzogene Investitionen und die nun anstehende Investitionsplanung zu befassen. Es wird also neben den technischen und administrativen Bereichen zur Bedienung von Versorgungsketten um ökonomische Aspekte gehen, die aus Sicht der Patientensicherheit seit Jahrzehnten hinterfragt werden. Der Referentenentwurf bezeichnet zutreffende Begebenheiten um die demographische Entwicklung, katalogisiert den steigenden Kostendruck und beschäftigt sich mit angeblich nicht zureichender ökonomischer Perspektive, was zu Lasten einer hochwertigen medizinischen Versorgung gehen müsse.

Ein Aspekt, der dabei komplett außer Acht gelassen wird, ist, dass durch eine sicherere Versorgung automatisch positive ökonomische Effekte erzielt werden. Basierend

auf einer OECD-Studie von 2020 entstehen ca. 13% der gesamten Gesundheitsausgaben pro Jahr in den Industrienationen durch unsichere Versorgung. Laut dem Statistischen Bundesamt waren diese Gesamtausgaben beispielsweise 2021 474 Mrd. €, somit wären 61,62 Mrd. € durch eine sicherere Versorgung vermeidbare Kosten gewesen.

Zusammenfassung:

Der Referentenentwurf bleibt vage. Die Ziele werden nicht praxisnah katalogisiert, die herausfordernden Aspekte der Digitalisierung nicht gegliedert. Es gibt keine verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie ein Never-Event Register. Gerade mit Hinblick auf die immer größer werdende Versorgungslücke muss zum Schutz der Patient:innen der Pflege mehr Verantwortung und eine entsprechende Finanzierung eingeräumt werden.

Patient:innen werden im Ergebnis nur beiläufig in den Blick genommen, unter E.1 wird der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger angesprochen. Dort heißt es, Patient:innen müssen erkennen, dass „keine Veränderungen beim Erfüllungsaufwand infolge der gesetzlichen Änderungen“ erfolgen. Der Patientennutzen bleibt mit hin völlig unklar und ist nicht definiert.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit erkennt und bestätigt die Notwendigkeit einer strukturellen Reform in den Versorgungsketten. Diese müssen sich aber primär an einer Verbesserung und konsequenten Stabilisierung der Patientensicherheit orientieren, um langfristig eine sichere Versorgung im deutschen Gesundheitssystem zu ermöglichen. Es besteht in diesem Bereich Ergänzungsbedarf. Der Referentenentwurf hält schlussendlich nur Adaptionen in ökonomischen Belangen im Blick, die Prozessketten bleiben traditionell. Wir erkennen die Fortsetzung von Vakanzen, die in anderen Ländern besser gelöst wurden und bedauern es sehr, dass die ursprüngliche Ausrichtung der Krankenhausreform aufgrund der Länder-Bund Konflikte nur noch schemenhaft abgebildet ist.