



Stellungnahme des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zum

**Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies
Gesundheitswesen**

Dr. med. Christian Deindl, Stellvertretender Vorsitzender

Berlin, 16.08.2024

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.

Zunächst finden Sie eine Übersicht der wesentlichen Anmerkungen zum Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen im Sinne der Patientensicherheit, sowie Verweise auf relevante Strategien aus dem Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit (GPSAP) 2021-2030:

Zu I. Das APS fordert eine verstärkte wissenschaftliche Forschung zur Patientensicherheit und eine klare Priorisierung von Themen, die vulnerable Gruppen betreffen. Die Schaffung einer zentralen Koordinierungsstelle zur Systematisierung der Forschungsaktivitäten wird als notwendig erachtet. Ergebnisse von Forschungsvorhaben müssen zeitnah umgesetzt werden, um Patientensicherheit zu gewährleisten. (siehe GPSAP, Strategisches Ziel 6)

Zu II. Eine stärkere und strukturierte Patientenbeteiligung, insbesondere in Entscheidungsprozessen, muss im Vordergrund stehen. Es muss sichergestellt werden, dass Patientenvertretungen in allen relevanten Gremien vertreten sind und ihre Perspektiven aktiv einbringen können. Die Schulung und Unterstützung dieser Vertreter:innen wird als unerlässlich angesehen. (siehe GPSAP, Strategisches Ziel 4)

Zu III. Die Notwendigkeit, den Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderungen zu verbessern wird betont. Dies umfasst die Entwicklung und Umsetzung von barrierefreien Gesundheitsangeboten und die Verpflichtung von Akteur:innen zur Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen. (siehe GPSAP, Strategisches Ziel 1)

Zu IV. Das APS fordert zudem die kontinuierliche Weiterentwicklung von Leitlinien und Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention, mit einem Fokus auf barrierefreie und inklusive Angebote. Die Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in die Entwicklung und Umsetzung dieser Maßnahmen wird als entscheidend angesehen. Es wird zudem auf die Notwendigkeit hingewiesen, gesetzliche Vorgaben zu evaluieren und sicherzustellen, dass diese auch umgesetzt werden. (siehe u.a. GPSAP, Strategisches Ziel 1)

Zu V. Die Digitalisierung ist eine bedeutende Chance, jedoch müssen digitale Gesundheitsangebote barrierefrei und inklusiv gestaltet werden. Der Dialog mit Patientenvertretungen und die Einbindung in die Entwicklung und Umsetzung digitaler Technologien sind dabei entscheidend. Es wird gefordert, dass technische Standards und Regularien streng überwacht und eingehalten werden. (siehe GPSAP, Strategisches Ziel 6)

Zu VI. Das APS unterstützt Maßnahmen zur Förderung von Diversität und gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen. Es wird eine stärkere Vernetzung von Beratungsstellen sowie die Förderung kultursensibler Angebote gefordert. Besonderes Augenmerk soll auf die Bedürfnisse geflüchteter Menschen gelegt werden. Eine flächendeckende und leistungsgerechte Förderung von Selbsthilfegruppen ebenso wie eine umfassende Datenerhebung zur Diskriminierung im Gesundheitswesen sind notwendig. (siehe GPSAP, Strategisches Ziel 3)

Zu den Maßnahmen I – IV des Aktionsplans nimmt das APS wie folgt detailliert Stellung:

Ad I. Barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung

1.1. Das APS begrüßt es außerordentlich, wenn Patienteninformationen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) zukünftig, d.h. bereits kurzfristig in leichter Sprache durch Organe der Selbstverwaltung (KV, ÄK, GKV und DKG) sowie durch den G-BA bereitgestellt werden.

Ergänzend schlägt das APS vor, im Rahmen der Ambulantisierung und Krankenhausreform das ASV-Spektrum zu erweitern, um komplexe Erkrankungen zunehmend ambulant zu behandeln und deren Diagnostik und Therapie sowie operative Eingriffe und invasive Prozeduren sektorenunabhängig/-verbindend auf hohem fachlichen Qualitätsniveau und unter bestmöglichen Patientensicherheitsaspekten zu garantieren. Beides ist in der kollektiven EBM-Systematik nicht immer durchgehend gewährleistet. Mehr ASV ohne den derzeitigen hohen Bürokratieaufwand kann zur Effizienzsteigerung und Kostenreduktion im Gesundheitswesen führen.

1.2. Dem BMG-Vorstoß, per Gesetz Barrieren bei der Terminvergabe abzubauen, stimmt das APS zu. Gleichzeitig sei der Hinweis erlaubt, dass viele Vertragsarztpraxen und -zahnarztpraxen neben einer telefonischen Terminvereinbarung bereits andere Buchungsmöglichkeiten (digital, SMS oder E-Mail) bereitstellen. Ihr Engagement und ihre Vorbildfunktion sollten hervorgehoben und gefördert werden, um eine möglichst große Akzeptanz in der Ärzteschaft und Öffentlichkeit zu schaffen. Von den KVen erwartet das APS ein gesteigertes proaktives Handeln in Bezug auf die Webseite ihrer Terminservicestellen.

1.3. Eine gesetzliche Regelung einzusetzen, die zahnärztlichen KVen verpflichtet, im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten ihrer Vertragszahnärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur barrierefreien Versorgung (Barrierefreiheit) zu informieren, entspricht den zahnmedizinischen Bedürfnissen innerhalb der Bevölkerung. Eine bedarfsgerechte zahnärztliche Behandlung und die unverzichtbare Patientensicherheit sind die eigentlichen Leitplanken, an denen sich Richtlinien im SGB V anzupassen haben, und nicht die erstgenannten an den starren und in Teilen überholten Rahmenbedingungen.

1.4. Das BMG wird dieser o.g. APS-Forderung gerecht, wenn es sich für eine gesetzliche Regelung einsetzt, welche die Verpflichtung der Vertragspartner (KBV, KZBV, Bundesfachstelle Barrierefreiheit und Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten nach § 140f SGB V) zum Ziel hat, sich regelmäßig auszutauschen und besagte Richtlinie (§ 75 Absatz 7 Nummer 3a SGB V) anzupassen. Vor allem gilt es die berechtigten Interessen der davon betroffenen Patient:innen an einer bedarfs- und zeitgerechten sowie möglichst wohnortnahen und standortunabhängig sicheren Behandlung zu vertreten.

1.5. Dazu bedarf es wiederum einer durchgängigen Meldepflicht und einer bundeseinheitlichen Zusammenführung und Veröffentlichung von barrierefreien (zahn)medizinischen Einrichtungen.

1.6.-1.8. Parallel dazu sollten innerhalb einer gesetzlichen Frist Maßnahmen zur Verbesserung der Barrierefreiheit erfolgen, die den Mindeststandards für Barrierefreiheit entsprechen und keine baulichen Maßnahmen erfordern. Das APS empfiehlt in diesem Kontext, hierbei auf bewährte Erfahrungswerte aus nicht aufgeführten Vertragspartnern des Gesundheitswesens wie z.B. die gesetzlichen Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen zurückzugreifen, um diesen Transformationsprozess zur Barrierefreiheit so zügig und mittelfristig zu realisieren. Zur Zulassung für die Versorgung von Schul- und Arbeitsunfällen gelten klar definierte Kriterien einschließlich Barrierefreiheit. Es wäre zudem zweckdienlich, aus den Mitteln des Strukturfonds nicht nur zukünftige Maßnahmen zu fördern, sondern die bereits erfolgten Vorleistungen von Einrichtungen, die eigenfinanziert für Barrierefreiheit vorgesorgt und sich somit in den Dienst auf Barrierefreiheit angewiesener Patientengruppen gestellt haben. Qualitätsmerkmale im Gesundheitswesen unterliegen so lange einer Schwankungsbreite, solange kollektiv und nicht selektiv derartige Qualitätskosten anerkannt und vergütet werden.

1.9. Die Länder im Rahmen ihres Mitberatungsrechtes in das Projekt barrierefreies Gesundheitswesen miteinzubeziehen ist richtig und entspricht dem föderalen Grundgedanken unseres Staates.

Allerdings sind die einzelnen Bundesländer mit ihrer eigenen Barrierefreiheit auf sehr unterschiedlichem Fortschrittsniveau. Dieses Gefälle darf es beim Fortschrittsbalken bzgl. der barrierefreien Patientenversorgung nicht geben.

1.10. Der Begriff Sicherstellungsauftrag ist ein seit Jahren umkämpfter bzw. verteidigter Ausdruck von Besitzstandswahrung. Der Bezug zur wohnortnahen und bedarfs- und zeitgerechten Versorgung gerät immer mehr in den Hintergrund. Mit dem Spezialisierungsgrad steigen Wartezeiten und Anfahrtswege. Ebenso ist eine sektorenverbindende gemeinsame Patientenbetreuung als bundesweiter Standard noch in weiter Ferne.

Dabei ist die imaginäre Sektorengrenze wohl die größte und somit risikostärkste Barriere im Gesundheitswesen. Ohne ihre Abschaffung gibt es kein barrierefreies Gesundheitswesen. Wer die Selbstverwaltung mit dem Projekt Barrierefreiheit betraut, muss wissen, dass deren Organe die eigentlichen Verfechter dieser Grenze darstellen. Die Richtlinie Entlassungsmanagement und ihre täglich praktizierte Nichteinhaltung belegen diese Feststellung. Hier vermisst das APS seit Jahren eine Intervention des BMG, auch im Interesse der Patientensicherheit.

1.11.-1.12. Selbstredend müssen die gesetzlichen Vorgaben für Barrierefreiheit für alle Formen der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung und für deren Nachbesetzung gültig sein. V.a. Bestandschutz darf kein Ausnahmetatbestand mehr sein.

1.13. Hierbei handelt es sich mit dem Bewertungsmaßstab um einen zentralen Punkt, ob Barrierefreiheit und weitere für Menschen mit Behinderung notwendige Struktur- und Prozessqualitäten vorgehalten werden oder nur auf dem Papier existieren. Die Vorgabe von Punktsummen- und Finanzneutralität bedeutet, dass innerhalb der jeweiligen Gesamtvergütung lediglich umverteilt wird. Bereits jetzt ist ein Rückgang der Bereitschaft, Menschen mit Behinderung aufwändig zu behandeln, am Beispiel von zeitintensiven Zahnsanierungen, zu verzeichnen. Das APS schlägt vor, streng an fachlichen Standards orientierte und nicht niederschwellige Qualitätsindikatoren für die Behandlungen von Menschen mit Behinderung vorzugeben und die jeweiligen Prozeduren leistungs- und aufwandbezogen zu vergüten. Ein Bewertungsmaßstab ist keine ökonomische Richtgröße und beruht auf keinen belastbaren betriebswirtschaftlichen Grundlagen, sondern unterliegt den Mehrheitsverhältnissen innerhalb der Selbstverwaltung. Zur Aufrechterhaltung einer sicheren und bedarfsgerechten Patientenversorgung bedarf es sicherer äußerer Rahmenbedingungen, für die dann der Begriff langfristig zutreffend wäre.

1.14.-1.15. Die Ergänzung um Pflege- und mobile Einrichtungen ist eine probate Antwort auf den aktuellen suboptimalen Status quo.

1.16.-1.17. Die zahnärztlichen Versorgungsengpässe sind hinreichend bekannt und sind die Folgen von Honorarkürzungen unterhalb einer betriebswirtschaftlichen Mindestrentabilitätsgrenze, ab der Qualität und Patientensicherheit in Mitleidenschaft gezogen werden können. Wo an Qualität Einsparungen vorgenommen werden, kommt es z.B. im Rahmen von Narkosen zu Schadensfällen.

Ein runder Tisch ergibt nur dann Sinn, wenn Vertreter:innen der betroffenen Patient:innen bzw. deren pflegende Angehörigen, sowie ambulant operierende Fach- und Zahnärzt:innen und ambulant tätige Narkoseärzt:innen mit eingeladen sind.

1.18. Begleitende Bezugspersonen sind für Menschen mit Behinderung eine *Conditio sine qua non* und ein wichtiger Garant für Patientensicherheit. Außerdem entlasten sie medizinisches Fachpersonal.

1.19. Das Entlassungsmanagement bedarf für alle Patient:innen einer konsequenteren Umsetzung als bisher. Damit ließe sich auch die Zahl an unnötigen, weil vermeidbaren stationären Wiederaufnahmen reduzieren. Analog zum Hygieneplan muss ein einrichtungsbezogener Prozessablauf er-

arbeitet und umgesetzt werden. Wäre die altbekannte APS-Forderung nach regelmäßigen Patientenbefragungen (PREMS und PROMS) umgesetzt worden, gäbe das Feedback der Patient:innen sehr schnell Aufschluss darüber, wie ihre Entlassung aus der stationären Behandlung und die Überleitung in die ambulante Weiterversorgung verlaufen sind, und bei welchen Punkten Optimierungsbedarf besteht.

1.20.-1.23. Das APS wiederholt seinen Standpunkt, dass alle patientennahen Akteur:innen im Gesundheitswesen am Projekt Barrierefreiheit und an der Versorgung von Menschen mit Behinderung beteiligt werden müssen, sich proaktiv und aktiv selbst daran beteiligen sollen und im kontinuierlichen Austausch stehen müssen. Dazu zählen ergo auch Einrichtungen für Rehabilitationen, Apotheken, und Heilmittelerbringer. Auf diese Weise können die einzelnen Kompetenzen im Gesundheitswesen vernetzt und kontinuierlich verbessert werden.

1.24. Im parlamentarischen Verfahren zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) Vorschläge zur Etablierung von Gesundheitskiosken aufzugreifen, setzt voraus, konkrete Standorte und deren Zielvereinbarungen und nicht eine bloße Zahl zu benennen. Hier muss einer bedarfsgerechten Versorgungsqualität Vorrang vor Quantität eingeräumt werden. Der Begriff Kiosk mag gut gemeint sein, er wird aber nicht assoziationsfrei von den Krankenhauskiosken sein. Davon gibt es weit über 1000. Das APS schlägt deshalb vor, nach einem anderen Ausdruck zu suchen wie z.B. Medizinische Anlaufstelle. Auch diese ambulanten Standorte müssen barrierefrei sein.

1.25.-1.26. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist eine wichtige Säule unseres Gesundheitssystems und wurde lange in seiner Bedeutung und Breitenwirkung verkannt. Daher rühren auch seine chronische Unterfinanzierung und unzureichende Ausstattung her. Er sollte eigentlich als eine der ersten Einrichtungen barrierefrei sein.

Das APS unterstreicht einmal mehr den in vielen vergleichbaren Ländern bereits nachhaltig verwirklichten Präventionsgedanken. Während der ÖGD an einer Erhebung arbeitet, muss in Bildungseinrichtungen, in Praxen und Kliniken parallel dazu die Prävention in die Gespräche mit Patient:innen, Angehörigen und Erziehungsberechtigten implementiert werden. Die beste Form der Patientensicherheit ist die Vermeidung oder das Hinauszögern, Patient:in zu werden.

1.27. Das APS erachtet diesen Punkt als selbstverständlich und als Voraussetzung jeder Zulassung von Medizinprodukten.

1.28.-1.32. Das APS unterstreicht die Notwendigkeit, medizinische Standorte und deren Ärzteschaft sowie Patientenorganisationen in die Entscheidungsprozesse mit einzubinden. Damit werden Expertise und Akzeptanz gewonnen.

1.33.-1.34. Barrierefreiheit in Bezug auf die Arzneimittelsicherheit gilt nach dem Dafürhalten des APS auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene, zumal viele Medikamente und pharmazeutische Produkte außerhalb Deutschlands hergestellt und vertrieben werden. Diese Forderung muss sich auch auf nicht verschreibungspflichtige und deshalb frei verkäufliche Medizinprodukte beziehen, da Überdosierung oder Interaktion mit anderen Substanzen durchaus die Patientensicherheit gefährden können.

1.36. Es ist mehr als nur ein Gebot der Stunde, mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) zusätzliche psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungsaufträge für vulnerable Gruppen zu schaffen, um ihnen den Zugang zur Versorgung zu erleichtern. Ein erster Ansatz wäre die zusätzliche sozialpsychiatrische Expertise bei den integrierten Rettungsleitstellen, um so frühzeitig wie möglich eine adäquate Behandlung von Patient:innen, die aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände einen erschwerten Zugang zur Versorgung haben, zu garantieren. Damit ließe sich auch die häufige Chronifizierung einer niederschwellig therapiebaren psychischen Krise hin zu einem manifesten psychiatrischen Krankheitsbild in Teilen verhindern und somit das

Gesundheitssystem entlasten. Voraussetzung dafür ist wiederum eine Anpassung der regionalen Bedarfsplanungen.

1.37. Das APS möchte daran erinnern, dass sich seit einer Dekade trotz einer Reform der Patientenrechte an den Defiziten in der Patientensicherheit teils nur wenig geändert hat. Noch immer ereignen sich sog. Never Events mit vermeidbaren Patientenschaden und sog. Beinahe-Zwischenfälle, bei denen es nur dem Zufall oder einem glücklichen Umstand zu verdanken ist, dass kein Patientenschaden entstanden ist.

Es ist dem APS weiterhin unverständlich, warum es in Deutschland noch kein verpflichtendes CIRS-Meldesystem und NEVER Events-Register gibt. Erste Trendmeldungen aus verschiedenen CIRS-Projekten zeigen eine ansteigende Fehlerkurve. Selbstverständlich müssen Patient:innen vom Gesetzgeber mit entsprechenden Rechten ausgestattet werden, um ihre berechtigten Ansprüche auch durchsetzen zu können.

1.38. Für alle Aspekte um Schwangerschaft und Geburt gilt das bereits Gesagte.

1.39.-1.41. Partizipation von Kindern und Jugendlichen gehört in jede Leitlinie. Kompetenzen von davon betroffenen Gesundheitsberufen und von Eltern und Angehörigen zu stärken, ist dringend notwendig.

1.42. Der Erhalt, die Förderung und die Wiederherstellung von seelischer und körperlicher Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgaben, und wurden trotzdem lange vernachlässigt. Ein gesundes Kind ist die wichtigste Voraussetzung für ein späteres gesundes und eigenständiges Leben als Erwachsene:r.

1.43. Die Transition von der Kinder- und Jugend- in die Erwachsenenmedizin muss ähnlich dem Entlassungsmanagement nach bundesweit geltenden und verlässlichen Regeln erfolgen.

1.44. Auch unter dem Aspekt der Inklusion gilt nicht nur im Notfall das Postulat einer lückenlosen Verfügbarkeit aller relevanten medizinischen Daten inkl. Medikationsplan (z.B. bei Krampfleiden und antiepileptischer Therapie) durch die ePA.

1.45.-1.48. Das Kapitel Impfung ist nicht erst seit der Corona-Pandemie schwierig, da bereits zuvor eine Impfmüdigkeit zu verzeichnen war. Deshalb sind vertrauensbildende Maßnahmen enorm wichtig, die alle Bevölkerungs- und gesellschaftliche Gruppen ansprechen und nicht bildungsabhängig sein dürfen. Dies bedeutet kontinuierliche Infoangebote, welche diese Kriterien erfüllen, die Länder in die Pandemiepläne miteinzubeziehen, mit ihnen gemeinsam diese regelmäßig aktualisieren, mobile und stationäre Impfstandorte festzulegen und den Schutz vulnerabler Gruppen wie Menschen mit Behinderung bereits im Vorfeld zu organisieren.

1.50.-1.51. Kommunikation als solche ist ein hohes soziales Gut und in Bezug auf die Patientensicherheit unverzichtbar. Sprachbarrieren müssen im Bedarfsfall per Dolmetscher:innen überwunden werden. Im Rahmen einer medizinischen Behandlung muss diese Zusatzleistung von den Kostenträgern übernommen werden. Deshalb befürwortet das APS deren Aufnahme in den Leistungskatalog des SGB V, damit aus den genannten Gründen eine barrierefreie Kommunikation auch in Ausnahmefällen im Sinne einer bestmöglichen Patientensicherheit gewährleistet ist.

1.52. Grundsätzlich muss im Bedarfsfall die medizinische Versorgung von Menschen in Deutschland gewährleistet sein im Sinne der staatlichen Daseinsfürsorge. Der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung bei ungeklärtem Versicherungsstatus darf allerdings nicht zu Lasten der regulär Versicherten und ihrer Versorgung gehen. Niederschwellige medizinische Anlaufstellen an sozialen Brennpunkten und in soziokulturell schlechter gestellten Stadtteilen und die selektive Finanzierung solcher Einrichtungen durch dafür ausgewiesene Finanzmittel wären eine transparente Lösung dieses Problems und die Chance, Chronifizierungen und vermeidbare Notfallsituationen einzudämmen.

Ad II. Barrierefreiheit in der Langzeitpflege

2.1. Der Austausch des BMG mit den Ländern in den entsprechenden Gremien ist unerlässlich, wenn es darum geht, dass diese im Rahmen ihrer Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen die Schaffung von Barrierefreiheit mitberücksichtigen.

2.2. Es muss regelmäßig geprüft werden, ob Schwierigkeiten beim Zugang zur Versorgung für Pflegebedürftige mit besonderen Beeinträchtigungen vorliegen und nach verantwortlichen Ursachen zu forschen. Die Haus- und fachärztliche Versorgung nimmt mit Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ab, und insbesondere eine fachärztliche Versorgung bricht häufig sogar vollständig ab. Anhand von Routinedaten könnte zusätzlich geprüft werden, wie häufig Pflegebedürftige mit besonderen Beeinträchtigungen Kontakt zu Fachärzt:innen haben. Es geht nicht nur um einen formalen Austausch, sondern um die Sichtbarmachung der tatsächlich zur Verfügung stehenden Versorgung.

2.3. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und der kommunalen Ebene muss dort, wo sie nicht gelebt wird, unbedingt verbessert werden, um die an der Pflege beteiligten Akteur:innen hinsichtlich ihres gesetzlichen Auftrags einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nach Kräften zu unterstützen. Dies schließt den Datenaustausch im Sinne einer besseren lokalen und regionalen Pflegestrukturplanung ein.

2.4. Das APS unterstützt das Gesetzesvorhaben zum KHVVG, Leistungen der vollstationären Kurzzeitpflege (nach § 42 SGB XI) sowie der teilstationären Tages- und Nachtpflege (nach § 41 SGB XI) auch durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V-E zu erbringen. Ziel muss sein, das Angebot der pflegerischen Versorgung mit Plätzen der Kurzzeitpflege sowie der Tages- und Nachtpflege auszuweiten und damit dem gestiegenen Bedarf anzupassen, die pflegerische Infrastruktur vor Ort zu verbessern.

2.5. Gemeinschaftliche Wohnformen sollen im SGB XI Berücksichtigung finden, da sie dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Bewohner:innen entsprechen und ein medizinisch vertretbares Maß an Autonomie zulassen. Dafür müssen rechtlich verlässliche Regelungen im Vertrags-, Leistungs- und im Qualitätssicherungsrecht der Pflegeversicherung abgebildet sein. Allen Beteiligten attraktive und rechtlich sichere Gestaltungsmöglichkeiten bieten zu wollen, ist ein ambitioniertes Vorhaben, das nicht durch ein übermäßiges Prüfungswesen an besagter Attraktivität verlieren darf.

2.6. Das BMG ist aufgefordert, im Rahmen der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier gemäß § 123 SGB XI auch zu fördern, um den Zugang zu vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern und Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf-, auszubauen und zu stabilisieren.

2.7. Spezielle Pflegekurse für Familien mit pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen mit Pflegebedarf sind sinnvoll im Sinne einer patientenorientierten Gesundheitskompetenz. Da pflegende Angehörige die größte Gruppe an Pflegenden darstellen, müssen solche Pflegekurse umgehend eingeführt bzw. ihr Bekanntheitsgrad gesteigert und der Zugang vereinfacht werden.

2.8. An die Pflegeselbstverwaltung zu appellieren, als Ergänzung zu den bestehenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe bei dem Abschluss von Versorgungsverträgen nach dem SGB XI die speziellen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und Pflegebedarf verstärkt zu berücksichtigen, klingt gut, aber wenig erfolgsversprechend. Hierzu bedarf es nach Meinung des APS klarer sozialgesetzlicher Vorgaben, sonst endet auch diese Absichtserklärung analog zur Kindergrundsicherung.

2.9.-2.10. Das Angebot und die (Nicht)Inanspruchnahme digitaler Beratungsstrukturen bedürfen v.a. in der Implementierungsphase einer transparenten Evaluation (nach § 7a Absatz 9 SGB XI).

Deren Ergebnisse wiederum dienen als Basis für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der gegebenenfalls weitere gesetzliche Maßnahmen erfordert.

2.11. Um die Verfügbarkeit der spezialisierten Beratungsangebote zukünftig durch den Ausbau der barrierefreien digitalen Beratungsangebote wirksam zu verbessern, müssen zuerst die dafür nötige digitale Infrastruktur geschaffen und die Bandbreite an Digitalkompetenzen unter potenziellen Interessenten erfasst werden.

2.12. Den Zeitraum, in dem jede zweite Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI auf Wunsch der pflegebedürftigen Person per Videokonferenz durchgeführt werden kann, aktuell bis zum 31. März 2027 zu verlängern, wird den Bedarfen gerecht. Um wie geplant im Herbst/Winter 2026/2027 dann unter anderem auf Grundlage des vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorzulegenden Berichts gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI über eine Entfristung dieser Regelung zu entscheiden, schlägt das APS einen entsprechenden Zwischenbericht Ende 2025 vor, um Verbesserungsmaßnahmen frühzeitig vorzunehmen.

2.13.-2.14. Das APS vermisst Hinweise auf die versorgungswissenschaftliche Datenlage.

Ad III. Inklusion durch Personal

3.1.-3.2. Das APS nimmt positiv zur Kenntnis, dass das BMG im Zuge der Reformprozesse der bundesrechtlich geregelten Ausbildungen der ärztlichen und anderen Heilberufe in den Berufsgesetzen die Berücksichtigung besonderen Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen, Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen, insbesondere zu Aspekten der Diversität, Inklusion und Barrierefreiheit, beabsichtigt. Gleichzeitig gibt das APS zu bedenken, dass die Reform der Approbationsordnung für Ärzt:innen frühestens ab 2027 in Kraft tritt und somit bereits um 7 Jahre in Verzug ist. Inklusion, Barrierefreiheit und Diversität dürfen nicht Inhalt später nachfolgender Berufsrechtsreformprozesse nach langwierigen Prüfprozessen und ergebnisoffenen Absichtserklärungen sein, sondern müssen zeitnah umgesetzt werden.

3.3.-3.4. Das APS erachtet es als bedenklich, wenn das BMG beratende Kommission und GKV-SV dazu auffordern muss, die Aufnahme von Pflichtschulungen für Anbieter:innen von Präventionsleistungen bezüglich der Kommunikation mit Menschen mit geistiger Behinderung und besonderen Gesundheitsbedarfen in den Leitfaden Prävention zu prüfen. Dieser Vorgang hätte schon längst proaktiv von Seiten der genannten Institutionen erfolgen müssen. In der Regel dauern Änderung von Leitfäden sehr lange, so dass dieses Verzögerungsmoment auch bei der Prävention zu erwarten ist. Den persönlich betroffenen Menschen, ihren Angehörigen und ihrem sozialen Umfeld wird diese tradierte Art von Problemlösung nicht mehr gerecht.

3.5. Wenn das BMG gegenüber den Ländern und den Kommunen auf die Sicherstellung eines gleichberechtigten Zugangs von Menschen mit Behinderungen zur notfallmedizinischen Versorgung hinwirken möchte, dann bedeutet diese Feststellung im Umkehrschluss, dass diese rechtsstaatliche Selbstverständlichkeit im Sinne des Gleichheitsprinzips ebenso wenig als selbstverständlich zu betrachten ist, wie die Gewährleistung der Kommunikation mit den Rettungsleitstellen. Digitale Alternativen machen nur dann Sinn, wenn sie näher definiert und vereinheitlicht werden und nicht nur lokale/regionale Insellösungen darstellen.

3.6.-3.8. Das BMG soll sich nicht nur gegenüber den KVen dafür einsetzen, dass in Abstimmung mit den Betroffenenverbänden eine kostenfrei verfügbare Fortbildung zu Barrierefreiheit und dem Umgang mit Menschen mit Behinderung für Behandelnde im ambulanten Gesundheitssektor geschaffen und zur Verfügung gestellt wird. Gleiche Appelle müssen an die DKG als Vertreter:innen der Kliniken und an den GKV-SV als Repräsentant der gesetzlichen Kostenträger:innen ergehen. Fortbildungen im Gesundheitswesen müssen, wie bei allen anderen Professionen im Dienstleistungssektor, als reguläre Arbeitszeit deklariert und entsprechend in die Vergütungen und Erlöse eingepreist werden. Da dies nicht durchgehend gewährleistet ist, finden viele dringend notwendige Fortbildungen nicht statt.

Aspekte der Kultursensibilität in Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals und wie aller Akteur:innen in der gesundheitlichen Versorgung müssten schon seit Dekaden Berücksichtigung finden. Erkenntnisse aus bisherigen BMG-geförderten Modellprojekten zur Kultursensibilität müssen transparent kommuniziert werden und umgehend Eingang in den Versorgungsalltag finden. Statt der perspektivischen, d.h. in ungewisser Zukunft, angedachten Förderung für ein weiteres Pilotprojekt zur Ausbildung von kultur- und rassismussensiblen Mentor:innen auf den Stationen, die sowohl dem Personal als auch den Patient:innen in missverständlichen und konflikthafter Situationen beiseite stehen und vermitteln, müssen diese Qualitätsindikatoren unverzüglich in den human-/zahnmedizinischen Lernzielkatalog, in die Pflegecurricula sowie in die Ausbildung aller (zahn)medizinischen Assistenzberufe aufgenommen werden.

3.9.-3.11. Das BMG soll im Kontakt mit dem MFT nicht alleinig nur berücksichtigen, dass der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) Lerninhalte zu Medizin für Menschen mit Behinderungen und zu seltenen Erkrankungen enthält, sondern verbunden mit der Deadline 2027 unmissverständlich deren Umsetzung einfordern.

3.10. Schon längst müsste der Pflegeleitfaden des Deutschen Schwerhörigenbund e.V. (DSB) als Kommunikationsleitfaden für Pflegekräfte im Gesundheitswesen in der Pflegeausbildung und in Pflegeeinrichtungen berücksichtigt sein und nicht erst auf dem Radar des BMG erscheinen. Erkannte Versäumnisse erfordern zügiges Handeln, um den verursachten und noch zu erwartenden Schaden zu lindern bzw. zu verhindern.

3.11. Mit einem Deutschen Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) existiert zwar ein weiteres von vielen Qualitätsinstituten mit eigenen Beratungen und Materialien, von einer gelungenen Integration internationaler Pflegefachkräfte kann allerdings nicht die Rede sein. Die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen ist nicht nur für Integrationsmaßnahmen von Bedeutung, sondern betrifft alle in der Pflege beschäftigten Menschen ungeachtet ihrer Herkunft und Nationalität. Nicht Projekte, sondern der normale Versorgungsalltag muss gezielt gefördert werden.

3.12. Das BMG sollte nach den Vorstellungen des APS als Gesetzgeber proaktiv agieren und darf sich nicht weiter nur auf seine Rolle als Mitglied der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und Gesundheitsförderung reduzieren. Änderungen des Leitfadens Prävention dahingehend anzuregen, dass für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen Schulungen zu der jeweiligen Behinderung, zu Versorgungsangeboten und Präventionsmöglichkeiten angeboten werden, greift viel zu kurz.

3.13-3.14. Schon das Antidiskriminierungsgesetz reicht aus, dass die Belange von Menschen mit Behinderungen in allen Phasen des Medizinstudiums berücksichtigt werden. Es ist davon auszugehen, dass es statt ungewisser Modellprojekte bereits Leuchtturmprojekte gibt, die es gezielt herauszufinden und zu unterstützen gilt.

3.15. Gegenüber der Bundesärztekammer eine mögliche Entwicklung einer Zusatzbezeichnung „Medizin für Menschen mit Behinderung“ anzuregen, die zusätzlich zur Facharztprüfung absolviert werden könnte, würde bedeuten, dass erst nach dem Erwerb der Approbation die spezifische fachliche Qualifikation beginnt. Es ist unstrittig, dass ein frühzeitiges, d.h. zum frühestmöglichen Ausbildungszeitpunkt beginnendes Training bessere Langzeitergebnisse erzielt als der spätere Erwerb von Kompetenzen (s. Flugsicherheit). Es müssen kontinuierlich von Ausbildungsbeginn an Möglichkeiten zur Weiterbildung angeboten werden.

Ad IV. Inklusive Gesundheitsförderung und Prävention

4.1 Die erstmals 2016 verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) sind bundeseinheitliche Leitlinien für die Prävention und Gesundheitsförderung in

verschiedenen Lebenswelten und sollten kontinuierlich weiterentwickelt werden. Eine eingehendere Erwidern dieser Absichtserklärung würde den Rahmen dieser Stellungnahme sprengen. Es genügt das Fazit, dass in acht Jahren keine signifikanten Fortschritte erzielt wurden und es deshalb wenig Sinn ergibt, die Liste unerledigter Aufträge zu verlängern.

4.2.-4.4. Dem APS fehlt ein definierter Zeitrahmen, innerhalb dessen der GKV-SV gemeinsam mit dem GKV-Bündnis für Gesundheit und den Krankenkassen passgenaue innovative, digitale und barrierefreie Formen der Leistungserbringung im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten entwickeln soll. Die Sicherstellung einer barrierefreien Partizipation von Menschen mit Behinderungen an der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit darf nicht nur eine Empfehlung darstellen, sie sollte vielmehr als klare Forderung des BMG an den GKV-SV adressiert sein.

Wenn der GKV-Leitfaden Prävention um den Aspekt der verhaltensbezogenen Primärprävention weiterentwickelt wird, muss gewährleistet sein, dass besagter Leitfaden auch zur Anwendung kommt und Eingang in die Versorgung der betroffenen Menschen findet. Leitfäden und Leitlinien sind nur dann von Patientennutzen, wenn sie konsequent zur Anwendung kommen und nicht nur als Richtschnur bei der Aufarbeitung von Behandlungsfehlern dienen.

4.4.-4.5. Der GKV-SV und die Kooperationsgemeinschaft „Zentrale Prüfstelle Prävention“ werden nach der festen Überzeugung des APS nicht nur darauf hinzuwirken haben, dass barrierefreie Angebote zur verhaltensbezogenen Primärprävention gesondert ausgewiesen werden. Sie müssen dazu möglichst zeitnah gesetzgeberisch verpflichtet werden, inklusive der regelmäßigen unaufgeforderten Evaluierung ihrer Bemühungen. Grundsätzlich sollte die Verpflichtung bestehen, betroffene Leistungsempfänger:innen sowie Leistungserbringer:innen in solche wichtigen und nachhaltigen Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen.

4.6.-4.8. Bevor das BMG ein Modellvorhaben zur Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Curriculums zur Ausbildung von Peers für die Suchtprävention für in Werkstätten tätige geistig behinderte Menschen auf den Weg bringt, empfiehlt das APS, zuvor den Ist-Zustand zu diesem Themenkomplex per Umfrage zu überprüfen.

Es hinreichend bekannt, dass der barrierefreie Zugang von Menschen mit Behinderungen zu zielgruppenspezifischen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention suboptimal ist. Falls auf diesem Gebiet weiterer gesetzgeberischer Bedarf besteht, so sind die Probleme mit einem neuen Gesetz nur dann gelöst, wenn gesetzliche Bestimmungen auch eingehalten bzw. umgesetzt werden und bewusstes vorsätzliches Negieren sanktioniert wird.

Ergebnisse aktuell laufender Vorhaben der Nationale Präventionskonferenz zur Erprobung der Verbesserung der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention müssen so detailliert aufgeschlüsselt sein, dass der Gesetzgeber daraus seinen Handlungsbedarf auch ablesen kann.

4.9.—4.10. Der GKV-SV sollte nach dem APS-Verständnis seinen Leitfaden Prävention stets regelrecht überprüfen und dabei u.a. gezielt darauf achten, ob und wie die auf vulnerable Zielgruppen ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten im Bereich der Suchtprävention verbessert werden können. Solche internen Audits sind eigentlich Selbstverständlichkeit und zudem unverzichtbarer Bestandteil eines einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagements.

4.11-4.13. Das APS begrüßt das Vorhaben des BMG, im Rahmen der Nationalen Präventionsinitiative gemeinsam mit den Verbänden der Menschen mit Behinderung, den Krankenkassen und weiteren Akteure:innen Wege zur Entwicklung inklusiver Gesundheitsförderungsstrategien zu erörtern; verbunden mit der großen Hoffnung, dass dieses ohne großen Aufwand umsetzbare Projekt zeitnah realisiert und nicht in die nächste Legislatur hinein verschoben wird.

4.14. Selbstverständlich muss der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ durch den GKV-SV dahingehend überprüft werden, ob die Ausrichtung der präventiven Leistungen der Pflegekassen auf die Präventionsbedarfe pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung noch gestärkt werden kann. Wenn dies unter Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise geschehen soll, so sollten auch Vertreter:innen aus der aktiven Pflege in Einrichtungen als auch der zu pflegenden Bewohner:innen und ggf. deren Angehörige ihre wichtige Expertise und Lebenserfahrung beitragen können.

Nur gemeinsam können sinn- und nutzenstiftende, d.h. praxisnahe Änderungen des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ erarbeitet werden. Nachgereichte Inhalte aus dem Beschwerdemanagement können die Fehler aus einer einseitig besetzten Expertenrunde nicht kompensieren.

4.15.-4.17. Ein G-BA, der sich erst auf Bitten des BMG aufgefordert sieht, über die besonderen Belange von Menschen mit (kognitiven) Behinderungen in Hinblick auf die Vermeidung von Seh- und Hörverlust und ihrer Berücksichtigung in Untersuchungs- oder Screeningprogrammen zu berichten, sollte wie an anderer Stelle bereits vom APS von anderen Akteur:innen gefordert, sich zukünftig eigenständig kontinuierlich einen Überblick bzgl. des Versorgungsniveaus aller Alters- und Gesellschaftsgruppen verschaffen.

Ansonsten droht im Kontext Inklusion, Barrierefreiheit und Diversität die übliche Verzugsdauer von bis zu einer Dekade, wenn es gilt, den medizinischen Fortschritt in die ambulante Versorgung zu transferieren (s. ambulante VAC-Therapie od. Cardio-CT bei kardiovaskulären Risikofaktoren).

Als hinreichende Berücksichtigung erachtet das APS jeden erforderlichen Behandlungsbedarf, somit auch in Bezug auf zusätzliche Screeningleistungen. Nicht die Schaffung eines gesetzlichen Anspruchs auf solche ist zu prüfen, sondern die medizinische Notwendigkeit. Gleichheitsgrundsatz und Diskriminierungsverbot sind die Leitplanken, innerhalb derer der G-BA in dieser Sache zügig zu handeln hat.

Wenn gleichzeitig zu lesen ist, dass die Aufgabe bereits an den G-BA übertragen ist, das Nähere zu Art und Umfang der Leistung in seinen Richtlinien festzulegen, dann stellt sich die Frage nach ersten vorzeigbaren Ergebnissen.

Wenn der Terminus Bewertungsausschuss fällt, dann kommt sicher die GKV-Dauerforderung nach Punktsummen- und Kostenneutralität unausgesprochen zur Sprache. Hierzu verweist das APS auf das bis zu 15% der Gesamtausgaben betragende Einsparpotenzial hin, das durch eine bessere und sicherere Behandlungsqualität und durch Fehler- und Schadensvermeidung zu generieren ist. Dieses Potential gilt es zu bewerten und im Sinne der Versicherten, mit und ohne Behinderung, zu nutzen.

Ad V. Inklusiv Digitalisierung

5.1.-5.2. Als öffentliche Stelle im Sinne der Richtlinie (EU) 2016/2102 stellt das BMG eigene Websites (wie bundesgesundheitsministerium.de, gesund.bund.de) im Einklang mit den Bestimmungen des Behindertengleichstellungsgesetzes des Bundes (BGG) sowie der Barrierefreien-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2016/2102 barrierefrei zur Verfügung. Das BMG übernimmt hierbei eine wichtige Vorreiter- und Vorbildfunktion im Sinne politischer Führung. Allerdings sollte im öffentlichen Raum immer wieder niederschwellig und barrierefrei auf die kontinuierliche Beachtung bei Websites des BMG hingewiesen werden.

Da trifft es sich gut, dass das BMG einen Dialogprozess „Runder Tisch zur Barrierefreiheit von digitalen Versorgungsangeboten“ unter Beteiligung von Patientenvertretungen und Herstellerverbänden durchzuführen beabsichtigt.

5.3. Die lange Reihe an Fehlentwicklungen von digitalen Technologien und Anwendungen unter der Verantwortung der gematik dürfen sich nicht wiederholen. Der zuständige Beirat der gematik muss in Zukunft nicht nur verantwortungsvoll handeln, sondern auch für sein Handeln haften. Die Einbindung des Patientenbeauftragten und von Patientenorganisationen bei Nutzerbefragungen und Tests in Arztpraxen und in Modellregionen ist überfällig und eine *Conditio sine qua non*. Richtlinien und Vereinbarungen müssen in Bezug auf ihre strikte Einhaltung kontinuierlich überprüft werden.

5.4. GKV-SV, KBV und KZBV aufzufordern, die Barrierefreiheit in die technischen Anforderungen der Partner:innen des BMV-Ä und des BMV-Z an Videodienste aufzunehmen, ist selbsterklärend Aufgabe des BMG. Allerdings darf es bekanntlich nicht bei der alleinigen Aufforderung bleiben. Wichtig sind zusätzliche Zielvereinbarungen und ggf. nicht verhandelbare Sanktionen.

5.5. Dass das Gesundheitsdatennutzungsgesetz eine Widerspruchsregelung gegen die Ausleitung von Daten aus der elektronischen Patientenakte sowohl über das ePA-Frontend als auch gegenüber der Ombudsstelle der Krankenkassen vorsieht, ist Ausdruck des Selbstbestimmungsgrundrechts. Hier sei der APS-Hinweis erlaubt, dass es behandelnden Ärzt:innen und Pflegenden möglich sein muss, aus der ePA zu erkennen, ob diese der lückenlosen Patientenhistorie entspricht oder ob diese inkomplett ist. Nur auf diesem Weg lassen sich haftungsrelevante Fehlentscheidungen vermeiden. Patient:innen müssen von vornherein wissen, dass sie für die Vollständigkeit ihrer ePA-Mitverantwortung tragen und sich der Tragweite ihres (Teil)Widerspruches bewusst sein müssen. Auch dieser Aspekt ist Teil einer gewünschten umfassenden allgemeinen Gesundheitskompetenz. Hier sind nicht nur gematik, GKV und Pflegekassen gefragt, sondern die breite Gesamtheit der Leistungserbringer:innen und Leistungsempfänger:innen, bevor es zur rechtlichen Konkretisierung in einer Rechtsverordnung des BMG kommt.

5.6.-5.7. Haben etwa beim BfArM und der Vertrauensstelle beim RKI bisher gewonnene Daten nicht in dem erforderlichen Ausmaß zur Gesundheitsversorgung beigetragen, dass dieses Versäumnis durch den Aufbau eines Forschungsdatenzentrums mit dem Ziel der Bereitstellung von repräsentativen und unverzerrten Daten als Beitrag zu einer diversen, inklusiven und barrierefreien Gesundheitsversorgung kompensiert werden sollen?

5.8. Gesundheitsdatenkompetenzen in Deutschland verfügen über ein großes Optimierungspotenzial. Sie über ein BMG-Gesundheitsportal zu stärken ist sicher ein ehrenwertes Unterfangen, aber nicht der einzige Lösungsweg. Der Hinweis aus dem BMG auf die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Patientenvertretungen bzw. Patientenverbände, Selbsthilfe- und Forschungsverbänden unterstreicht diesen Eindruck.

5.9.-5.12. Der Vorbehalt verfügbarer Haushaltsmittel lässt wieder einmal nichts Gutes, nicht nur in Bezug auf ausgewählte Forschungsvorhaben zur Barrierefreiheit und zu den Bedarfen von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Ressortforschung, erahnen. Bei eingeschränkter Mittelverfügbarkeit müssen Mittelvergaben strenger als bisher auf ihren direkten Patientennutzen überprüft werden. Patientensicherheit muss dabei vom BMG oberste Priorität eingeräumt werden bei der Weiterentwicklung und Implementierung von Kriterien zur verstärkten Berücksichtigung von partizipativen Ansätzen verschiedener Gruppen.

Die vom BMG in diesem Kontext angedachte Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Partizipation von Ehrenamtlichen, beispielsweise im Rahmen von Fachgesprächen und Begutachtungssitzungen, ist aus Sicht des vorwiegend auf ehrenamtlichem Engagement basierenden APS außerordentlich zu begrüßen.

Ad VI. Diversität im Gesundheitswesen

6.1.-6.2. Vernetzung ist eines der Hauptanliegen des APS, weshalb es die Vernetzung bestehender Anlauf- und Beratungsstellen sowie die Ausrichtung und Erweiterung auf die Themenfelder

Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen nur gutheißen und dessen Unterstützung befürworten kann. Das APS ist sich sicher, dass auch zu diesem Themenkomplex bereits geeignete innovative Modellprojekte bestehen, die gezielt gefördert werden sollten.

Das gleiche Postulat gilt für kultursensible Angebote zur Verbesserung des niedrighschwelligigen Zugangs zur Gesundheitsversorgung und zur Stärkung der Selbsthilfe für Menschen jeder Herkunft.

6.3. Geflüchtete Menschen sind oft traumatisiert. Diesem Aspekt wurde bisher auf Bundes- und Länderebene zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Psychosoziale Unterstützungs- und Hilfebedarfe bei der Versorgung von geflüchteten Menschen wurden und werden zu wenig erkannt und manifeste Erkrankungen werden somit nicht rechtzeitig verhindert bzw. behandelt.

6.4.-6.5. Eine strukturierte Weiterentwicklung der gesundheitlichen Selbsthilfe ist lobenswert im Sinne Hilfe zur Selbsthilfe, weshalb es Sinn macht, dass die GKV und der Verband der Ersatzkassen die Selbsthilfe nach § 20h SGB V weiterhin unterstützen werden.

Projekt- und Pauschalförderung erfüllen weder die Kriterien für eine flächendeckende noch für eine leistungsgerechte und kostendeckende Vergütung. Beides ist jedoch unerlässlich.

6.6.-6.7. Alleinige Wahrnehmung der Interessen von Patient:innen und der Selbsthilfe von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen und maßgeblichen Organisationen (§ 140f SGB V) mag vordergründig verständnisvoll und empathisch klingen, wird allerdings den Bedürfnissen und der Lebensrealität betroffener Menschen nicht gerecht. Das BMG wird zu deren konkreter Unterstützung aufgefordert.

Informationsangebote und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz müssen zielgruppengerecht ausgestaltet werden. BMG und seine nachgeordneten Behörden müssen sofort, ergo kurzfristig, tätig werden und verstärkt bzgl. verhaltens- und sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse. WHO und ihr empfohlener Ansatz „Behavioural and Cultural Insights“ (BCI) klingen gut. Noch besser klingt allerdings der Global Patient Safety Action Plan (GPSAP) 2021 – 2030, bei dem Deutschland im Rückstand ist.

6.8.-6.9. Allianzen für Gesundheitskompetenz zu den Themen Inklusion, Barrierefreiheit und Diversität sowie Antidiskriminierung ohne die Mitsprache der betroffenen Menschen agieren an deren Bedürfnissen und Bedarfen vorbei.

6.10. Das APS begrüßt den BMG-Ansatz, zusammen mit den Ländern Setting-Maßnahmen zur Förderung der Gesundheits- und Selbstkompetenz mit dem Ziel einer gesundheitskompetenten Organisation „Schule“ zu bewerben. Allerdings gibt das APS zu bedenken, dass hierzu die Kultusminister:innen und deren Konferenz gefragt und zu überzeugen sind. 2014 erfolgte ein KMK-Projekt zum Thema Laienwiederbelebung und deren Implementierung in den Schulunterricht, an dem sich am Ende nur drei der 16 Bundesländer beteiligt haben.

6.11. -6.12. Das BMG soll nicht in Gesprächen mit der Selbstverwaltung und dem GKV-SV für Barrierefreiheit und Inklusion für die Implementierung des Konzepts der organisationellen Gesundheitskompetenz werben, sondern im Interesse der betroffenen Menschen gesundheitspolitische Führung übernehmen.

6.13.-6.14. Dem BMG bleibt es unbenommen, auf seinem Portal „Migration und Gesundheit“ Informationsangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patient:innen mit Zuwanderungsgeschichte sowie des medizinischen Personals bereitzustellen und fortlaufend weiterzuentwickeln. Allerdings sollte dies in kontinuierlicher Absprache mit allen relevanten Akteur:innen im Versorgungsalltag geschehen. Nur dann können Schaffung und Verbreitung community-basierter Informationsangebote zu Gesundheitsthemen durch Schulung und den Einsatz von Multiplikator:innen erfolgreich gelingen.

6.15. -3.16. Mehrsprachige Informationen sind bereits seit vielen Jahren gängige Praxis wie z.B. im Rahmen von präoperativen Aufklärungen. Das Nationale Gesundheitsportal (gesund.bund.de) kann sich gerne diesem in ambulant operierenden zahnärztlichen und ärztlichen Praxen praktizierten Erfolgsmodell anschließen.

6.17. Die gesundheitliche Selbsthilfe bei Maßnahmen zur Verbesserung von Informationsangeboten nimmt eine entscheidende Schlüsselfunktion bzgl. des Fortbestands unseres Gesundheitssystems ein. Digitale Informationsangebote für Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sowie deren Angehörige sind allenfalls Unterstützungsprozesse auf dem Weg zu einer gerechteren und sichereren Gesundheitsversorgung. Sie können die persönliche Zuwendung, Empathie und individuelle Lösungen nicht ersetzen.

6.18. Wenn Krankenkassen und ihre Verbände Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer bestimmten Krankheit zum Ziel gesetzt haben, fördern, dann ist dies aus Sicht des APS ebenso zielführend wie Selbsthilfekontaktstellen, unter anderem auch bei Maßnahmen zur Verbesserung von Informationsangeboten (§ 20h SGB V). Für angedachte begrenzte Pauschal- und/oder Projektförderung ist der aufgelaufene Förderbedarf zu groß geworden. Allerdings müssen von Anfang an eine begleitende Evaluation und Zwischenberichtspflicht vorgegeben sein.

6.19. Die Studienergebnisse zur Messung der Gesundheitskompetenz (insbesondere zum Zusammenhang mit sozioökonomischen und gesundheitlichen Parametern und räumlicher Verteilung) sollen nicht nur in die Arbeit des BMG einfließen, sondern müssen transparent allen Gesundheitsberufen und patientenrelevanten Entscheidungsträger:innen zugänglich sein. Darüber hinaus vermisst das APS eine zentrale Stabsstelle, bei der ausnahmslos alle diese Studien- und Projektergebnisse zusammenlaufen, koordiniert und bzgl. Umsetzbarkeit begleitet werden.

6.20. Maßnahmen für die Verbesserung der Datenerhebung und -auswertung in Bezug auf Diskriminierung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte im Gesundheitswesen sollen primär gesundheitspolitisch geprüft und im Anschluss gezielt implementiert und umgesetzt werden.

6.21. Nicht das BMG wird in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat und den Pflegekammern die Zufriedenheit von zugewanderten Gesundheitsfachkräften erheben, sondern die genannten Institutionen werden unaufgefordert diese Daten fortlaufend im Eigeninteresse ihrer Mitglieder erheben und unaufgefordert an die Ländergesundheitsministerien und das BMG weiterleiten.

Berlin, den 16. August 2024

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 AkteurInnen 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. Christian Deindl, Stellv. Vorsitzender

Geschäftsstelle des APS

Alte Jakobstraße 81, 10179 Berlin

Tel. 030 3642 816 0

Email: info@aps-ev.de

Internet: www.aps-ev.de