

PRESSEMAPPE ZUR PRESSEKONFERENZ

Patientensicherheit stärken:

Petition des Aktionsbündnis Patientensicherheit für bessere Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung

Montag, 25. November 2024, 11.00 bis 12.00 Uhr

- **Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit** Patientensicherheit jetzt nachhaltig stärken: Warum Transparenz und politischer Wille für eine sichere Gesundheitsversorgung unerlässlich sind und warum wir den Nationalen Aktionsplan Patientensicherheit fordern
- **Dr. Christian Deindl, Stellvertretender Vorsitzender Aktionsbündnis Patientensicherheit** Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung und wie der Nationale Aktionsplan Patientensicherheit die medizinische Versorgung stärken könnte
- **Joachim Maurice Mielert, Generalsekretär Aktionsbündnis Patientensicherheit** Daten, Digitalisierung und internationale Vernetzung für Patientensicherheit: Vom Globalen Aktionsplan zur nationalen Umsetzung
- **Gabriele Overwiening, ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände** Warum unterstütze ich die Idee und rufe auch zum Unterstützen auf?
- **Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen** Warum unterstütze ich die Idee und rufe auch zum Unterstützen auf?

Anschließend Zeit für Fragen und Diskussion

Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zu unserer heutigen Pressekonferenz unter dem Motto: *„Petition Patientensicherheit, endlich stärken: Warum Transparenz und politischer Wille für eine sichere Gesundheitsversorgung unerlässlich sind und warum wir als Aktionsbündnis Patientensicherheit den Nationalen Aktionsplan Patientensicherheit fordern“.*

Patientensicherheit ist kein Luxus, kein nice to have.



Da Gesundheit und Gerechtigkeit konditionale Güter sind, muss Patientensicherheit die Leitplanke der Entscheidungen im Gesundheitswesen sein.

Tatsächlich ist es wieder passiert und dann - dann passiert tatsächlich nichts...
Wieder passiert sind 2023 über 150 Never Events (die Zahl ist deutlich unterschätzt, ich gehe später nochmal darauf ein), jedes Jahr werden wieder und wieder dieselben Never Events gemeldet - der Medizinische Dienst Bund könnte auch nächstes Jahr einfach das Video aus diesem Jahr zeigen – das würde vermutlich keiner merken und ... - wir schauen uns das seit Jahren an - und es passiert nichts!

Never Events werden deutlich unterschätzt!

Erst einmal, weil nicht jeder Never Event in Deutschland dem MD Bund gemeldet wird und weil es ein weiteres Transparenzgap gibt - oder glauben Sie ernsthaft, dass der Tod oder Schaden durch einen Medikationsfehler regelmäßig gemeldet wird? Das gleiche gilt für Tod oder Schaden durch eine Sauerstoffunterversorgung.

Die zuvor genannten 150 Fälle sind die 150 Schneeflocken auf der obersten weißen und sanften Spitze des Eisberges.

Auch das wissen wir seit Jahren und es passiert nichts. Wir sehen Schulterzucken allerorts, so ist es halt.

Es gibt keinen Willen zur Transparenz, es gibt kein Never Event Register und keine Verpflichtung der Einrichtungen, Prozessstandards zu überprüfen.
Und wenn sie dann mal überprüft werden, dann gibt es auch nur Schulterzucken, so z.B., wenn die Händehygiene compliance nur bei 60% bis 80% liegt.
Die klassische Qualitätssicherung ist zudem zu einem Bürokratiemonster angewachsen, Effekte gibt es mittlerweile kaum mehr, ist sie nicht vielleicht gescheitert?

Ja, jeder sagt, dass Patientensicherheit wichtig ist. Und dann? **Mündliche Bekundungen ohne sichtbare Umsetzung bringen uns nicht weiter!**

Uns werden immer wieder Totschlagargumente entgegengebracht, dass wir die Krankenhäuser schlecht reden, die Ärzt:innen schlecht reden – bemerkenswerterweise kommt die Kritik nicht von den Pflegenden...

Und jetzt bitte ich Sie, mir genau zuzuhören – wir betreiben KEIN Ärztebashing, denn in den seltensten Fällen liegen die Fehler in der reinen Fachlichkeit von Ärzt:innen, Pflegefachkräften oder anderen Gesundheitsberufen. Wir betreiben auch kein Krankenhausbashing, denn Krankenhäuser, garantieren zunächst Sicherheit durch hohes persönliches Engagement des Personals.

Das persönliche Engagement hat aber Grenzen, denn wir sind Menschen, und das ist jetzt nicht neu: Menschen machen Fehler, und Menschen sind nur sehr

begrenzt in der Lage, Organisations-, und Prozessprobleme dauerhaft zu antizipieren, um Patient:innen sicher zu versorgen.

Wir sprechen hier von einem Dominoeffekt:

Die fehlerbegünstigenden Faktoren liegen zum Teil darin, dass Entscheidungen auf politischer Ebene getroffen werden, die Auswirkungen auf die Organisationsebene haben, diese wiederum trifft Entscheidungen, die Einfluss auf die Abteilungsebene haben, und diese Entscheidungen treffen dann auf die Menschen, die in diesen Organisationen arbeiten.

Kurzum: die landes- und bundespolitischen Entscheidungen haben einen wesentlichen Einfluss auf den Arbeitsalltag der HealthCare Worker.

Patientensicherheit ist kein Entscheidungskriterium und kein Investitionskriterium!

Die Flugindustrie hat investiert: In regelmäßiges Training und Ausbildung von Personal, Teamtraining, Human Factortraining, Simulation – und eben auch in sicherheitsgerichtete Verhaltenstrainings. Es wäre undenkbar, dass Sicherheitsstandards in Frage gestellt werden oder die Compliance der Sicherheitsstandards, es ist undenkbar, dass die Einhaltung der Checklisten nicht bei 100% liegt. (Seltene Fälle, trotzdem Checklisten-treue)

Die Autoindustrie, sie hat insbesondere in Sicherheit investiert, sie verdient sogar Geld damit.

Hier war der Einfluss der Politik besonders deutlich:

Die Gurt- und Airbagpflicht und die Frage, wie der Kindersitz eingebaut werden soll und wie nicht.

Hier gibt es Regeln, um die Sicherheitsstandards einzuhalten, diese werden auch nicht diskutiert und nicht in Frage gestellt.

Jedes Jahr kommt es in unserem Gesundheitssystem zu vermeidbaren Fehlern, die oft schwerwiegende Konsequenzen für Patientinnen und Patienten haben. Studien zeigen, dass Patientensicherheit durch gezielte Maßnahmen erheblich verbessert werden kann. Dennoch fehlt es häufig an systematischer Umsetzung, Transparenz und dem politischen Willen, diese Herausforderung entschieden anzugehen.

Ich habe gestern den Begriff *resolute Transformation* gehört, der passt sehr gut!

Wir sind nicht konsequent, nicht resolut!

Die jüngste Debatte, um das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) und das Krankenhaus-Notfallreformgesetz (KHVVG) zeigt, dass strukturelle Reformen zwar dringend notwendig sind, aber die Dimension der Patientensicherheit dabei oft zu kurz kommt. Wir fordern deshalb eine ganzheitliche Strategie – einen *Nationalen Aktionsplan Patientensicherheit*, der konkrete Maßnahmen, klare Verantwortlichkeiten und eine verbindliche Umsetzung garantiert.

Transparenz ist unerlässlich!

Patientensicherheit beginnt mit Ehrlichkeit. Es reicht nicht, Fehler zu vermeiden – wir müssen sie sichtbar machen, analysieren und aus ihnen lernen. Transparenz schafft Vertrauen und eröffnet die Möglichkeit, an Fehlern zu wachsen. Die Einführung von Fehler-Meldesystemen sowie die systematische Auswertung von Behandlungsfehlern sind deshalb zentrale Forderungen.

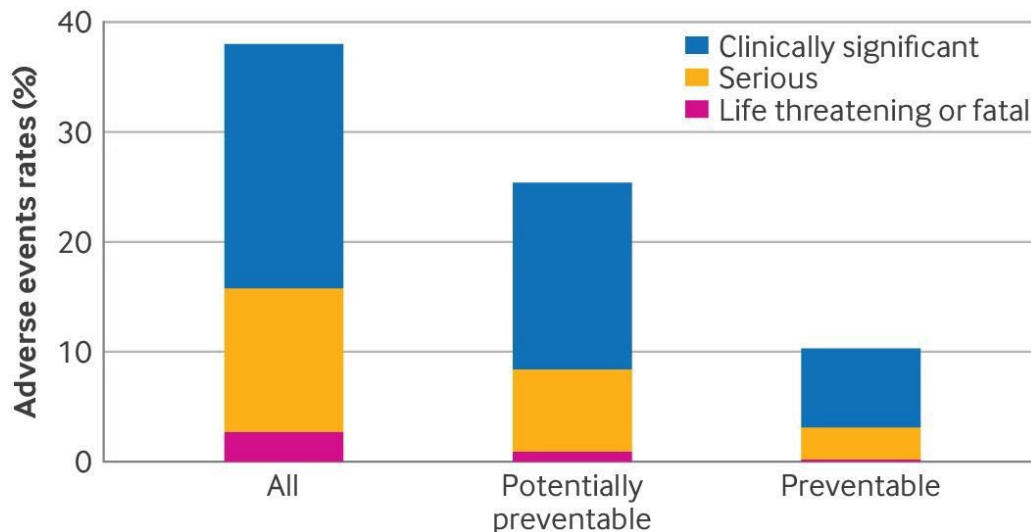
Ein Beispiel aus einer aktuellen Studie:

Ich möchte die Ergebnisse einer soeben veröffentlichten Studie zusammenfassen:

Safety of inpatient care in surgical settings: cohort study

BMJ 2024; 387 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-080480> (Published 13 November 2024) Cite this as: *BMJ* 2024;387:e080480

Severity of adverse events weighted rates for each admitted patient according to preventability.



Antoine Duclos et al. *BMJ* 2024;387:bmj-2024-080480



©2024 by British Medical Journal Publishing Group

Setting 11 US hospitals.

Participants 1009 patients from a randomly selected sample of 64 121 adults admitted for surgery during 2018.



+Bei 38% aller chirurgisch versorgten Patienten wurde mindestens ein adverse event gefunden.

Und in 15.9% der Patienten ein größeres unerwünschtes Ereignis (definiert als seriöser Schaden, der einen erheblichen Eingriff oder eine langwierige Genesung, ein lebensbedrohliches Ereignis oder den Tod zur Folge hatte)

Zur Vermeidbarkeit: Unter allen versorgten Patienten wurde bei 25,6 % Patienten mindestens ein unerwünschtes Ereignis als potenziell vermeidbar eingestuft, wobei 10,2 % als wahrscheinlich oder definitiv vermeidbar eingestuft wurden.

Was für Arten unerwünschter Ereignisse wurden klassifiziert?:

Die häufigsten unerwünschten Ereignisse betrafen chirurgische Eingriffe und machten 49,3 % der insgesamt festgestellten unerwünschten Ereignisse aus, gefolgt von unerwünschten Arzneimittelereignissen (26,6 %), therapieassoziierten Infektionen (12,4 %), Ereignissen bei der Patientenversorgung (11,2 %) und Bluttransfusionsreaktionen (0,5 %).

(Studienaussage Ende)

Doch Transparenz endet nicht bei der Fehleranalyse. Wir brauchen auch klare und verständliche Informationen für die Bevölkerung, damit Patientinnen und Patienten ihre Rechte wahrnehmen können. Hier schließt das Patientenrechtegesetz an, dessen Weiterentwicklung wir aktiv vorantreiben müssen.

Der politische Wille: Worten müssen Taten folgen!

Reformen im Gesundheitswesen müssen die Patientensicherheit ins Zentrum rücken. Wir appellieren an die politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, endlich den Mut zu beweisen, diese Priorität umzusetzen.

Unsere Forderung: Der Nationale Aktionsplan Patientensicherheit

Wir fordern die Bundesregierung und die zuständigen Ministerien auf, sich mit Nachdruck für diesen Aktionsplan einzusetzen. Nur so kann Deutschland ein Gesundheitswesen garantieren, das nicht nur gut organisiert, sondern vor allem sicher ist.

Patientensicherheit darf kein Lippenbekenntnis bleiben. Sie muss gelebt, gefordert und umgesetzt werden. Lassen Sie uns gemeinsam für ein Gesundheitssystem eintreten, in dem die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden immer an erster Stelle steht.

Ich ende mit der Aussage von Dr. W Edwards *Deming*: „A bad system will beat a good person every time“.



Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und stehe jetzt für Ihre Fragen zur Verfügung.



Dr. Christian Deindl, Stellvertretender Vorsitzender Aktionsbündnis Patientensicherheit

Was hat der Nationale Aktionsplan Patientensicherheit mit der ambulanten medizinischen Versorgung zu tun?

Oder anders gesagt: Warum Ende 2030 nicht das Erzählte reicht, sondern nur das Erreichte zählt.

Und hierzu fällt die Zwischenbilanz bei der Umsetzung des Globalen Aktionsplan Patientensicherheit 2021 – 2030 der WHO auch im ambulanten Setting noch sehr optimierungsbedürftig aus.

I. Einleitung

Lassen Sie mich diese Feststellung im Folgenden an einigen Beispielen und Kennzahlen konkret verdeutlichen und zur Frage überleiten, was laut dem Aktionsplan hochzuverlässige Systeme wie die ambulante medizinische Patientenversorgung auszeichnen sollte:

1. Beschäftigung mit Fehlern

Fehlanzeige, da keine systematische Erfassung, geschweige denn ein ambulantes Never Event – Register vorliegen, ebenso wenig eine einheitliche Qualitätssicherung. Positive Ausnahmen sind zertifizierte Einrichtungen wie z.B. Ambulante OP-Zentren oder Endoskopie-Standorte, weil nicht nur ein Risiko- und Fehlermanagement feste Bestandteile des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind und regelmäßig auditiert wird. Im Kollektivvertragssystem ein freiwilliges, nicht vergütetes Qualitäts- und Sicherheitssiegel, an dem sich Patient:innen orientieren können. Bei den wenigen noch verbliebenen Selektivverträgen werden diese überdurchschnittlichen Standards vorausgesetzt und von den gesetzlichen Kassen vergütet.

Statt mit einer transparenten Sicherheitskultur ausgestattet zu werden, wurde das Gesundheitssystem zunehmend von einer Kultur des Misstrauens und der Unterstellungen infiltriert. Kliniken und Praxen werden auffällig häufiger und medial wirksamer des Abrechnungsbetruges bezichtigt als für ihre Arbeit wertgeschätzt.

2. Abneigung gegenüber Vereinfachung

Das Gegenteil ist der Fall. So wird der ambulante Bereich unseres Gesundheitssystems von politischen Entscheidungsträgern oft als überflüssig erachtet (s. Narrative der doppelte Facharztschiene) und medial und ökonomisch systematisch abgewertet. Einzelne Prozessabschnitte im Verlauf von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden zu Komplexen zusammengefasst und dadurch nicht mehr als Einzelleistung erkennbar auch nicht leistungsgerecht und kostendeckend vergütet.

3. Sensibilität für die Betriebsabläufe

Auch diese fehlt an den Stellen des Systems, an denen die o.g. Ist-Analyse zutrifft. Exemplarisch dafür ist die Betrachtungsweise von Gesundheitspolitik und Kosten-

trägern, dass ambulante Operationen und Narkosen nur aus der sogenannten Schnitt-Naht- Zeit bestünden und die sorgfältige Diagnose- und Indikationsstellung sowie Aufklärungsgespräche und die postoperative Nachbetreuung nicht adäquat vergütet werden müssen.

Diese auch gegenüber vielen anderen Bereichen der ambulanten Versorgung voreingenommene Betrachtungsweise bewirkt, dass ambulante Leistungen nicht mehr in dem notwendigen Umfang angeboten werden. Die Diskussion über ambulante HNO-Eingriffe hält seit über einem Jahr an, ohne politische Rücksichtnahmen auf die betroffenen Eltern und Kinder sowie auf medizinische Spätfolgen und deren Folgekosten.

4. Streben nach Resilienz

Gesundheitsberufe hat immer schon ihre Anpassungsfähigkeit an veränderte gesellschaftliche und gesundheitspolitische Veränderungen ausgezeichnet. Gerade in der ambulanten Versorgung sind Flexibilität, Mehrfachkompetenzen und Empathie gegenüber sehr unterschiedlichen Bedürfnissen gefragt. Während der Pandemie und der Corona bedingten Krise des stationären Gesundheitssystems hat der ambulante Versorgungsbereich einmal mehr ein hohes Maß an Resilienz bewiesen. Solange Veränderungsprozesse kontinuierlich verlaufen und kommuniziert werden, so lange kann die Resilienz der davon Betroffenen Schritt halten. Seit über einer Dekade ist das deutsche Gesundheitssystem von dysfunktionalen und diskontinuierlichen Entscheidungen geprägt. Die Resilienz weicht zunehmend einer Desillusionierung, so dass Angehörige von Gesundheitsberufen dem Gesundheitssystem den Rücken kehren. Damit wird der Fachkräftemangel verstärkt, wenn nicht sogar ursächlich ausgelöst.

5. Respekt vor Fachwissen

Dieser herrscht innerhalb und zwischen den unterschiedlichen unmittelbar an der Patientenversorgung mitwirkenden Professionen unstrittig vor. Mit zunehmender Patientenferne und Fach- und Sachkenntnis nimmt der Respekt Dritter gegenüber Gesundheitsberufen stark ab. Vor dieser Entwicklung sind auch ordnungspolitische Diskussionen und Entscheidungen nicht gefeiert. Zu deren Respektlosigkeit gegenüber den Kompetenz- und Leistungsträger:innen in den unterschiedlichen patientennahen Professionen zählt auch die mangelnde materielle und immaterielle Wertschätzung, während eine optimale Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft politisch und medial ausdrücklich befürwortet und begrüßt wird.

II. Worin liegen die Ursachen für Defizite in der ambulanten Versorgung

1. Allgemeine Betrachtung

Da keiner dieser oben genannten fünf basalen Qualitätsindikatoren für ein stabiles Gesundheitssystem und für eine sichere ambulante Patientenversorgung ausreichend erfüllt wird, muss der Globale Aktionsplan der WHO für Patientensicherheit mit seinen insgesamt 35 Strategie- und Maßnahmenvorschlägen Eingang in einen verbindlichen nationalen Aktionsplan und damit in die ambulante Versorgung finden, wie es der erste Strategiepunkt zur Entwicklung einer umfassenden Sicherheitspolitik vorsieht. Das APS versteht sich in diesem Kontext als parteipolitisch neutrale Plattform und als

nationales Netzwerk für die Patientensicherheit. Nach unserem Dafürhalten muss Medizin ideologiefrei sein und bleiben; und die aktuelle Gesundheitspolitik muss es erst wieder werden. Dieses Neutralitätsgebot wird nicht konsequent und anlassbezogen sogar bewusst nicht eingehalten. Verunglimpfungen via Printmedien oder per Funk und Fernsehen sind keine Lösung, sondern Ursache von Problemen und Ausdruck von persönlicher Überforderung, Hilfslosigkeit und Handlungsunfähigkeit. Keiner der gesundheitspolitischen Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag wurde praxistauglich umgesetzt. Die Erfahrungen der letzten beiden Jahrzehnte haben gezeigt, wie wichtige politische Entscheidungen in Bezug auf das komplexe Gesundheitswesen im entscheidenden Moment parallel zu den eigenen Kernkompetenzen getroffen wurden.

Passend zum bevorstehenden Wahlkampf wird immer schon der freie Zugang zur bestmöglichen medizinischen ambulanten Behandlung suggeriert. Der damit ausgelösten hohen Erwartungshaltung steht eine zunehmende Unterfinanzierung von Praxen und Klinikambulanzen gegenüber. Politik umschreibt diesen Destabilisierungsprozess als „Bergen von Effizienzreserven.“

2. Worin bestehen die Widersprüche in der ambulanten Versorgung zum Aktionsplan 2021 - 2030?

Als Gegenpart zum oben beschriebenen Ist-Zustand möchte ich von den sieben strategischen Zielen des Globalen Aktionsplans für Patientensicherheit 2021-2030 besonders Nummer 7 hervorheben und zitieren:

„Die Entwicklung und Aufrechterhaltung von sektorübergreifenden und multinationalen Synergien, Partnerschaften und Solidarität zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualität der Versorgung“.

a) Sektorengrenzen als Risikozonen für Patient:innen

Lassen Sie mich die Begriffe sektorübergreifend, Synergien und Versorgungsqualität herausgreifen und näher beleuchten: Das deutsche Gesundheitswesen leistet sich immer noch den vermeintlichen Luxus von zwei gegeneinander abgeschotteten medizinischen Versorgungsbereichen, nämlich einen ambulanten und einen stationären Sektor. Diese beiden sind strikt voneinander getrennt durch eine zwar imaginäre, aber in den Köpfen der verantwortlichen meist patientenfernen Entscheidungsträger umso präzisere Sektorengrenze. Keine versorgungswissenschaftliche Publikation, kein gesundheitspolitisches Statement innerhalb der letzten Dekaden, bei denen nicht die Abschaffung der Sektorengrenze gefordert wird, ohne dass diverse Absichtserklärungen jemals in die konkrete Umsetzung gelangen.

b) Kommunikationsprobleme an Schnittstelle ambulant/stationär

Dabei stellt der abrupte Übergang von ambulant zu stationär (Stichwort „blutige Entlassung“) und umgekehrt eine der kritischen Schnittstellen im Gesundheitswesen dar, die besonders Risiko behaftet im Sinne der Patientensicherheit sind. Denn es kann dabei zu Fehlern bei der Weitergabe von wichtigen Informationen kommen, weil es immer noch keine einheitlichen und verbindlichen Standards für die Kommunikation

zwischen verschiedenen medizinischen Standorten gibt. Eine fehlerfrei funktionierende ePA in Kombination mit dem e-Medikationsplan können zur Verbesserung solcher Defizite beitragen, bei technischen Unzulänglichkeiten allerdings selbst zum Risiko werden.

c) Entlassungsmanagement stationär / ambulant

Mangelnde Kommunikationsbereitschaft kann in Wahrheit auch Ausdruck dafür sein, an Begrifflichkeiten wie ambulanter beziehungsweise stationärer Sektor weiter festhalten zu wollen. Dieses Verharren in überholten Denkmustern trägt zur Verstetigung der besagten Sektorengrenzen und nicht zu einer verbesserten Patientensicherheit bei. Ganz im Gegenteil. Wer, wie häufig üblich, an einem Freitag aus dem Krankenhaus entlassen wurde, weiß von was die Rede ist.

d) Vergütung hat sich an erbrachten medizinischen Leistungen zu orientieren und nicht umgekehrt

Was sind die Beweggründe dafür: In erster Linie die Aufrechterhaltung von verschiedenen Vergütungsmodelle und Abrechnungssystematiken in Kliniken und Arztpraxen. Beide sind oft nicht mehr und nicht immer kostendeckend. Beide Male sinken die Budgets, wachsen der Zeit- und ökonomische Druck durch immer kürzere Verläufe und damit das Risiko für Patient:innen. Die ökonomische Realität beim kostenintensiven, aber dennoch unterfinanzierten ambulanten Operieren gestaltet sich konträr zum Patientennutzen, der v.a. in der Vermeidung eines unnötigen und nicht risikofreien Klinikaufenthaltes liegt bei gleichwertig hohem Qualitätsstandard.

e) Druck erzeugt Stress und schadet Patient:innen und Mitarbeiter:innen

Unter den geschilderten Bedingungen und Zwängen arbeiten zu müssen, führt zu Verunsicherung und Stress bei den Beschäftigten. Der Mensch ist in der Regel ein, wenn nicht der entscheidende Garant für Sicherheit; unter Stress wird der Mensch selbst zum Risikofaktor.

III. Wo und wie kann der Aktionsplan helfen

1. Ambulante Versorgungslage

a) Leuchtturm schief, weil Apotheken und Praxen geschlossen

Falls das deutsche Gesundheitssystem jemals ein Leuchtturm und Deutschland die Apotheke der Welt waren, so sind diese Leuchttürme in Schiefelage geraten, besonders die ambulante Versorgung. Sie wird immer wohnortferner und immer weniger flächendeckend durch Praxis- und Apothekenschließungen. Sogar in Ballungsräumen sind nicht mehr in allen Bezirken auch alle relevanten Fachgebiete ambulant vertreten. An Randgebieten kommen Klinikschließungen hinzu, so kann der nächste Spezialist 50 Kilometer und weiter entfernt anzutreffen sein. Wer nicht mobil genug ist, wird u.U. nicht mehr adäquat medizinisch versorgt.

b) Unterschiedliche Versorgung zwischen Stadt und Land schafft Zweiklassen-Medizin

Demographischer Wandel in Kombination mit solchen Strukturdefiziten erfordert verstärkte Anstrengungen bei der staatlichen Bringschuld zur Daseinsfürsorge. Ansonsten müssen im Sinne der gebotenen Transparenz ähnlich dem Klinikatlas Regionen und ihre medizinischen Versorgungskapazitäten gelistet werden. Und es darf die Frage in den öffentlichen Raum gestellt werden, warum gesetzlich Versicherte für eine unzureichende oder nur erschwert erreichbare medizinische Versorgung dieselben GKV-Beiträge zu leisten haben wie Versicherte mit Normal- oder gar Überversorgung. Wenn der Begriff einer Zweiklassen-Medizin zutrifft, dann doch eher bei dieser objektiv betrachteten asymmetrischen Konstellation als bei der ideologisch eingefärbten Unterscheidung zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen.

c) Arzneimitteltherapiesicherheit, eine Blackbox in der ambulanten Versorgung

Bereits vor 10 Jahren übte der 3. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (2014) Kritik an zu viel und oft falsch verschriebenen Arzneimitteln. So erhielten 20 % der über 70-jährigen 13 und mehr Medikamente täglich. Die Patient:innen waren außerdem multimorbid und jeweilige Arzneimittelstudien haben sich nur auf ein Krankheitsbild bezogen. Aus dem AOK - Bericht 2022 geht hervor, dass im Jahr 2022 von 16 Mill. Versicherten über 65 Jahren bei 8 Mill. mindestens einmal eine Arzneimittelverwechslung stattgefunden hat. Erschwerend kommt hinzu, dass die zunehmenden Hitzewellen die Dosierung z.B. von Blutdruckmitteln durch Gefäßdilatation verstärkt und zu ernsthaften Kreislaufproblemen führen kann. In diesem Kontext tragen Arztpraxen und Apotheken gemeinsam eine große Verantwortung. Zudem wird ein sorgfältiges und fehlerfreies Schnittstellen-/Entlassungsmanagement eingefordert. Polypharmazie und hohes Lebensalter erhöhen die Gefahr eines Sturzes, damit auch die oft damit einhergehende Pflegebedürftigkeit sowie den erhöhten Ressourcenbedarf.

Deshalb wird unter Strategie 3.2 die Implementierung eines Programmes zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit auf Basis der der 3. Globalen Kampagne der WHO zur Förderung der Patientensicherheit „Medikation ohne Schaden“ gefordert. Die erforderlichen Maßnahmen reichen von der Benennung eines Verantwortlichen oder eines Teams für die Arzneimitteltherapiesicherheit über Sensibilisierung für Arzneimittelrisiken, Einführung von Sicherheitspraktiken wie Pharmakovigilanzsysteme, praktizierte Sicherheitskultur und Meldung von medikamentenbedingten Schäden bis zu App-basierte Lösungen. Neu hinzugekommen ist in Deutschland die von Apotheken angebotene beratende pharmazeutische Dienstleistung (pDL) als Kassenleistung, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind. Das APS wünscht sich in diesem Zusammenhang eine patientenorientierte Kommunikation zwischen Praxen und Apotheken.

2. Eigeninteressen gehen vor Patientenwohl und Patientensicherheit

a) Die Selbstverwaltung ist in der Verantwortung

Das deutsche Gesundheitswesen ist von Partikularinteressen durchzogen. Die Selbstverwaltungsorgane (KVen, DKG und GKV) finden zu keinem Konsens mehr und

neutralisieren sich gegenseitig, statt sich konstruktiv zu ergänzen und gemeinsam zu gestalten. Das Bundessozialgericht und drei seiner Senate werden mit Prozessen jeder gegen jeden überhäuft, während im Versorgungsalltag zu viel Talk und Show dominieren und zielführende Aktionen ersetzen sollen. Die Medienpräsenz korreliert zunehmend mit der Anhäufung von Defiziten und Versäumnissen. Ähnlichkeiten und personelle Schnittmengen mit der ehemaligen Ampel-Konstellation sind nicht zufällig oder beabsichtigt, sondern unvermeidbar. Die Zeiten sind auch deshalb unruhig, weil aus den genannten Gründen keine Ruhe ins Gesundheitswesen einkehrt und eine Rückbesinnung auf Patientensicherheit als unverhandelbares Grund- und Menschenrecht ausbleibt.

b) Patient:innen tragen mit ihrem Feedback zur eigenen Sicherheit bei

Deshalb sind Patientenbefragungen und Patienten-Feedbacks auch im ambulanten Bereich unverzichtbar und werden vom APS konsequent eingefordert. Zur Vereinfachung und zur besseren Vergleichbarkeit in sektorenverbindender Ausführung, denn neben anderen Sicherheitsfaktoren muss eine bestmögliche Transparenz ein weiterer wichtiger Qualitätsindikator für ein sicheres Gesundheitssystem mit hoher Behandlungsqualität sein. Für das ambulante Operieren steht seit fast 25 Jahren der AQS1-Patientensicherheitsfragebogen zur Verfügung und leistet seither mit über einer Million Auswertungen einen großen proaktiven Beitrag auch bei der Erfüllung der WHO-Kriterien.

c) Sicherheitskultur erhöht Behandlungs- und Mitarbeitersicherheit

Nur so können Qualitätsdefizite erfasst und Behandlungsprozesse systematisch verbessert werden, ohne einzelne Personen anzuschuldigen und verantwortliche Systemfehler weiterhin unangetastet zu lassen. International spricht man in diesem Zusammenhang von Sicherheitskultur, die in Deutschland weder in der Ausbildung von Gesundheitsberufen noch im laufenden Gesundheitsbetrieb die nötige Aufmerksamkeit genießt. Auch im Entwurf zur neuen Approbationsordnung kommen Begriffe wie Transparenz, Kommunikation, Arbeiten und Lernen im Team, Qualitäts- und Risikomanagement oder Qualitätssicherung nicht in dem erforderlichen Ausmaß vor, um bei Eintritt ins Berufsleben über die nötigen Vorkenntnisse zu verfügen. Gleiches gilt für die patientensicherheitsrelevante Hygiene. Alle diese genannten Aspekte gehören auch in die ambulante Versorgung implementiert. Denn ein gesundes Gesundheitswesen bedarf v.a. mental gesunder Mitarbeiter, die nicht durch Fehler aufgrund fahrlässiger Strukturdefizite in die Rolle eines Opfers 2. Rangordnung gedrängt werden dürfen.

3. Begründung und Optionen zur Verbesserung der Patientensicherheit in der ambulanten Medizin

a) Prävention vor Schadensregulierung

So wird unter dem Strategischen Ziel Nr. 2 der Aufbau hochzuverlässiger Gesundheitssysteme und -organisationen gefordert, die Patientinnen und Patienten täglich vor Schaden bewahren sollen. Dieser präventive Ansatz kann nur gelingen durch eine Kultur des Respekts, der Offenheit und der Transparenz, die das Lernen aus

Zwischenfällen und Fehlern sowie aus gut verlaufenen Vorgängen in jeder patientenversorgenden Einrichtung fördert anstelle von Schuldzuweisungen und Sanktionen.

b) Transparenz schafft Vertrauen, Aufklärung verschafft Sicherheit

Deshalb sei an die eingangs geforderte Sicherheitskultur und Umsetzung von Maßnahmen erinnert, welche die Patientensicherheit verbessern, aber auch die Transparenz gegenüber den Patient:innen und deren Zugang zu ihren Krankenakten. Eine Selbstverständlichkeit sollte der WHO-Hinweis sein, dass die Einwilligung erst nach umfassender Aufklärung zu erfolgen hat. Aus der durch die AQS1-Auswertungen gewonnenen Patientenperspektive steht die Patientensicherheit beim Ambulanten Operieren in direkter Beziehung zur präoperativen Aufklärung und postoperativen Betreuung. Diese Kausalität steht im Einklang mit den WHO-Forderungen, aber nicht mit den diametralen Vorstellungen von Gesundheitspolitik und Kostenträgern.

c) Patientensicherheit ist Menschen- und Grundrecht

Ein weiter so auf dem Weg bisheriger Legislaturen bedeutet für das deutsche Gesundheitssystem und seinen ambulanten Bereich, dass das Beste nicht noch kommen wird, sondern bereits hinter ihm liegt, aber dafür Schlimmeres in der Zukunft bevorsteht. Wir bewegen uns auf patienten-desorientierte Zustände zu, wenn sie nicht bereits an manchen Orten Realität geworden sind. Terminsuchende Patienten werden diese Einschätzung bestätigen.

Dabei haben Bürgerinnen und Bürger Anrecht auf ein verfassungsrechtliches Existenzminimum, das im GKV-Bereich das Maß des Notwendigen (Untermaßverbot) vorgibt und Rationierungsmaßnahmen nur bis zur Minimumgrenze zulässt, damit so Mindeststandards vor deren Unterschreitung geschützt bleiben.

Das 3. Strategische WHO-Ziel beinhaltet die Gewährleistung der Sicherheit aller klinischen Prozesse via Identifikation aller risikobehafteten klinischen Prozeduren. Gemeinsames Ziel ist die Risikoverminderung unter gleichzeitiger Berücksichtigung nationaler und lokaler Prioritäten. Die Nutzung selektiver Gesetzgebung zur Förderung einer sicheren Patientenversorgung dient dem Schutz von Patientinnen und Patienten und Gesundheitspersonal vor vermeidbaren Schäden.

d) Werte, Rechte und Ansprüche in der Gesundheitsversorgung

Die Lehre der reinen Kosteneffektivität von medizinischen Prozeduren ist das ökonomische Hauptkriterium in der ambulanten Versorgung unter Inkaufnahme der Gefahr einer Priorisierung ohne Indikationsbezug. Der Ressourceneinsatz verspricht größtmöglichen kollektiven Nutzen und reduziert individuelle Rechtsansprüche. Individuelle Patientenbedürfnisse werden nachrangig, so auch der Patientenwunsch nach ambulant vor stationär.

Das überbewertete Wirtschaftlichkeitsgebot (Paragraf 12,1 SGB V) stellt diese bewiesene Tatsache immer wieder in Frage und stellt Kliniken und Praxen unter den Generalverdacht der fortgesetzten Unwirtschaftlichkeit. Die Klageführer berufen sich auf die Belastbarkeit der Beitragszahler und auf die volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit.

Paradoxerweise steigen trotzdem jährlich die Gesamtkosten im Gesundheitssystem bei stagnierender bis abnehmender Qualität und Patientensicherheit. Denn Qualitäts- und Sicherheitsmängel erzeugen vermeidbare Mehrkosten, die bis zu 15% der Gesamtausgaben betragen können. Die bisher immer noch vorherrschende stationäre Maximalkostenstruktur auf der Basis einer maximalen Bettenauslastung verweigert die überfällige Förderung einer sektorenunabhängigen Prozessqualität. Der stetige Anstieg der Gesamtausgaben erreichte im Jahr 2023 die Summe von 513 Mrd. €, das entspricht seit 2018 einem jährlichen Plus von 5,5%. Und dies ohne Nachhaltigkeit, ohne mittel- bis langfristig stabile Rahmenbedingungen, ohne Reformfortschritte, ohne Gedanken an Prävention oder Gesundheitskompetenzen. Im EU-15-Vergleich liegt die Bundesrepublik bei den Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner weiterhin mit 60 Prozent über dem Durchschnitt an der Spitze. Beim ambulanten Operieren mit 30% weit abgeschlagen hinter dem internationalen Durchschnitt von 70%. Wer einerseits von Kostenexplosion im Gesundheitswesen spricht, und andererseits der Kostenspirale mit einer ordnungspolitischen Reformspirale immer weiter Antrieb verleiht, verkennt die Reformansprüche an ein modernes patienten- und mitarbeiterorientiertes Gesundheitssystem und verweigert sich bereits umsetzbar ausgearbeiteten Lösungswegen (s. IGES- und Schreyögg- Gutachten, 2022).

12 Jahre dauert nun schon das Warten auf die Bedarfsplanung und deren intelligente Umsetzung für die jeweiligen Regionen auf Landesebene und auf Grundlage der Richtlinien des G-BA, um Planungsfehler aus der Vergangenheit durch das seit dem 01.01.2012 geltende GKV- Versorgungsstrukturgesetz zu kompensieren mit folgenden Aufträgen an den G-BA: Flexibilisierung der Planungsbereiche und Anpassung der Verhältniszahlen (Einwohner – Arzt – Relation). Aktuell sind 6000 KV-Sitze unbesetzt, 5000 davon betreffen Hausarztpraxen.

e) Ethische Aspekte der Fairness und Chancengleichheit im Gesundheitssystem

Die offensichtliche Kollision des Artikels 3 Grundgesetz bei ausschließlich ökonomischer Ausrichtung des Gesundheitswesens auf einen gesamtgesellschaftlichen Gesamtnutzen steht im Widerspruch zur in der Grundordnung verankerten Würde und zu den Individualrechten. Allokationsentscheidungen werden dann problematisch, wenn ex ante eine bestimmte Patientengruppen nachteilig und intensiv betroffen ist (s. defizitäre Kindermedizin, Krise in der (Alten)Pfleger...). Entscheidungsprozesse müssen sich wieder an dem Demokratieprinzip (Artikel 20 Absatz 2 GG) und dem Rechtsstaatsprinzip (Artikel 20 Absatz 3 GG) orientieren. Dies bedeutet den klaren Anspruch auf Teilhabe und Transparenz im Rahmen staatlicher Maßnahmen für Patient:innen, Pflegende und Ärzteschaft. Daraus lässt sich der Anspruch auf Patienten- und Mitarbeitersicherheit ableiten.

f) Medizinische Versorgung zwischen Sozial- und Gesundheitspolitik

Das Gesundheitssystem befindet sich permanent im Spannungsfeld zwischen Grundrechten und Sozialrecht, wie mit folgenden Beispielen veranschaulicht wird: Kosten – Nutzen - Bewertungen versus Grundrechte der Bürger:innen und potentiellen Patient:innen im Kontext GG Artikel 2 Absatz 2 Satz 1, Artikel 1 Absatz 1, und

staatliche Schutzpflicht versus staatliche Bringschuld (=Sozialleistungen). Ergänzend kommen das Teilhaberecht an der staatlichen Daseinsvorsorge (= GG, Artikel 6, Absatz 4,5) und die Anpassung der Rechtslage an veränderte soziale und wirtschaftliche Verhältnisse hinzu, weil Sozialstaatlichkeit immer ressourcenabhängig ist. Schutz genießen Bürgerinnen und Bürger vor eindeutig unsozialer Politik und somit Willkür durch GG, Artikel 20. Die Entscheidung zur Kostenerstattung einer Behandlung darf niemals einem Urteil über das jeweilige Individuum gleichkommen, sondern muss eine objektive Bewertung der Behandlungsmethoden sein. Medizinisches Existenzminimum untersteht dem Schutz der Menschenwürde. Der Sozialstaat ist verpflichtet zur Sicherung eines menschenwürdigen Daseins, v.a. der physischen Existenz, so u.a. von Hygiene und Gesundheit. Trotzdem ereignen sich konstant jährlich immer noch 400 000 – 600 000 nosokomiale Infektionen vorwiegend in Kliniken mit 10 000 – 20 000 Todesfällen. 30 – 40% sind vermeidbar. Gesundheitsversorgung ist in diesen Fällen kaum mehr als das Minimum des Notwendigen, weil in lebenswichtigen Bereichen wie Hygiene medizinische Mindeststandards unterschritten werden.

g) Sektorengleiche Qualitätssicherung ein absolutes Muss

Die postoperative Erfassung chirurgisch/ anästhesiologischer Komplikationen gelingt nachweislich durch standardisierte PROMs und PREMs (= Gesundheitszustand- Erfahrungen der Patienten). Als Qualitätsindikatoren werden Schmerz, Wundinfektion, Blutung... erfasst mit dem Ziel des intersektoralen und transsektoralen Qualitätsvergleichs bei ambulanten Eingriffen und Narkosen im Sinne bestmöglicher Transparenz und Patientensicherheit. Vor dem Hintergrund, dass trotz Stagnation und fehlender politischer Unterstützung jährlich sechs Millionen ambulanter Eingriffe erfolgen, davon zwei Millionen an klinischen und vier Millionen an ambulant-vertragsärztlichen Standorten, ist die Frage berechtigt, warum immer noch keine einheitliche Qualitätssicherung verpflichtend ist.

h) Inakzeptabler Umgang mit vulnerablen Altersgruppen am Beispiel der Kindermedizin

Die medizinische Versorgung von Kindern in Deutschland im Zeitraum 2014-2024 sorgt für wichtige Vergleichsparameter wie die Anzahl der Krankenhausbetten für Kindermedizin nach jahrzehntelanger Diskussion über die sogenannte „Alten“- Republik und den demographischen Wandel und deren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem: Verringerung der medizinischen Versorgung von Kindern (s. Kinder Gesundheitsatlas für Deutschland von A. Göschel, Sozialforscher); 60 % Bettenabbau in der Kinderheilkunde in 14 Jahren; zum Vgl. 23 % Bettenabbau in der Erwachsenenmedizin im Vergleichszeitraum. Für Kinder unter 15 Jahren stehen noch 13 Betten pro 10.000 Kinder zur Verfügung (s. Süddeutsche Zeitung v. 20.10.2023), während für Erwachsene 73 Betten pro 10.000 Einwohner zur Verfügung stehen. Stand 2022: 25800 stationäre Kinderbetten entsprechen einem Minus von 1100 Betten in 10 Jahren (= 4%) mit der Folge, dass 22 % der Kinder in Landkreisen mit 40 % der nötigen Bettenkapazitäten leben. Erschwerend kommt hinzu lange Fahrerstrecken zu Kinderkliniken mit zusätzlicher zeitlicher und finanzieller Belastung. Eine adäquate pädiatrische Notfallmedizin wird so nicht mehr überall möglich sein. Umso wichtiger wird die

ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Praxen sein. Denn ein gesundes Kind ist die wichtigste Ausgangslage für ein späteres Leben als möglichst lange gesunder Erwachsener und für die Amortisation der Gesundheitskosten bei Kindern im späteren Erwerbsleben. Die UN-Kinderrechtskonvention garantiert u.a. allen Kindern das Anrecht auf eine optimale kindgerechte medizinische Versorgung (20.11.1959/02.09.1990, Art. 24). Wie lassen sich Zuzahlungen für ambulante medizinisch indizierte Leistungen und deren Nichtanerkennung als Kassenleistung noch rechtfertigen?

i) Gesundheits- und ordnungspolitische Forderungen

Sie lauten wie folgt: Implementierung transparenter Entscheidungsverfahren durch demokratisch legitimierte Organe; objektive Kriterien für Rangfolge jeweiliger Patientenansprüche /-rechte; Gesellschaftliche Werteentscheidung für individuellen Nutzen oder Maximierung des kollektiven Gesamtnutzens; Ansprechen von Ethik-Probleme hinsichtlich der Menschenwürde, wenn individuelle Bedürfnisse interpersonell verrechnet werden mit dem Ziel der Maximierung eines fiktiven Kollektivnutzens. Denn individuelles menschliches Leben bedeutet Würde, während fiktiver maximaler Kollektivnutzen nur ein Äquivalent mit Markpreis verkörpert. Dieser Grundsatz gilt umso mehr bei altersbedingter besonderer Schutzwürdigkeit (s. Grundgesetz Artikel 2: Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit)

j) Vertrauen, Kompetenz, Versorgung

Medizinischer Fortschritt erhöht Lebensqualität, Lebenszeit und Gesundheitskosten. Unser Solidarsystem reagiert mit Beitragserhöhungen oder zusätzlichen Finanzmitteln. Das Gesundheitswesen korreliert und kollidiert mit Grenzen der kollektiven Finanzierbarkeit und Finanzierungsbereitschaft. Bisherige Lösungsansätze kommen in der Regel nicht über Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung hinaus. Das Rationalisierungspotenzial ist ausgeschöpft und überflüssige Prozeduren sind längst abgebaut und wurden von der Verschlechterung des Versorgungsniveaus bestimmter Patientengruppen abgelöst. Priorisierung unterscheidet horizontal Patientengruppen nach Diagnosen und Therapien, und vertikal nach Ranglisten von Prozeduren und Interventionen. Der Begriff Rationierung irritiert, da er im englischen Sprachraum im Sinne von Zuteilung und in seiner deutschen Bedeutung als Vorenthaltung verstanden wird. Damit offenbart sich einmal mehr die Problematik alleiniger ökonomischer Betrachtungsweise im Gesundheitswesen, die Gerechtigkeitsaspekte im Rahmen unterschiedlicher Gewichtung und individuelle Bewertung von QALYs, zudem werden dringliche Indikationen vernachlässigt, ebenso das individuelle Grundrecht auf Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung. Dieses Verständnis von Fairness bedeutet nicht die nachträgliche Umverteilung von Ressourcen (s. EBM, MDK, KV-Regresse). Gesundheitsökonomie garantiert keine gerechte Ressourcenverteilung. Sie bietet Einblick und Hilfestellung im Umgang mit dem „knappen Gut“ Gesundheit.

k) Gesundheitspolitische Einschätzungen aus dem BMG

Exakt vor einem Jahr verkündete Prof. K. Lauterbach vor dem Bundesrat (nicht bei Lanz!) am 24.Nov. 2023: „Der Hintergrund ist ein anderer: 30 Prozent der Betten

stehen leer. Dazu kommt: Wir machen mehr Behandlungen, die ambulant gemacht werden könnten, stationär als jedes andere europäische Land. Würden wir tatsächlich, medizinisch indiziert, das ambulant machen, was man ambulant machen sollte, stünde die Hälfte der Krankenhausbetten leer. Das ist die Situation. Daher brauchen wir eine Strukturreform“

Auch die zwischenzeitlich ausgerufenen Gesundheitsrevolution ist verraucht, weshalb ambulante und sektorenverbindende Patientenversorgung Gebote der Stunde sind bei zunehmender Arbeitsverdichtung und gleichzeitiger Ressourcenverknappung. Die Weiterversorgung stationärer Patienten in bewährten fachärztlichen Händen ist aus Patientensicherheitsicht sinnvoll. Gegenseitiges Vertrauen in die jeweilige fachliche Kompetenz ist dabei ebenso eine *Conditio sine qua non* wie das Vertrauen der Patient:innen in ambulante Versorgungsstrukturen. Folgende Textpassage aus einer universitären online-Patienteninformation fasst die Philosophie des ambulanten Operierens nochmals zusammen:

“ Morgens in die Klinik, abends im eigenen Bett schlafen: Ein chirurgischer Eingriff ist heute nicht mehr zwangsläufig mit einem stationären Krankenhausaufenthalt verbunden. Denn innovative Operationstechniken, moderne Narkoseverfahren und Medikamente verringern das Risiko von Nachblutungen und Komplikationen und wirken weniger belastend auf den menschlichen Körper“.

l) Gesetzliche Kostenträger und ambulantes Operieren

Meldung im Ärztlichen Nachrichtendienst (änd) vom 25.10.2023 über die Stellungnahme der BARMER Schleswig - Holstein zum ambulanten Operieren nach Auswertung der Daten von 364.000 Versicherten durch das Institut für Gesundheitssystemforschung:

„Jede fünfte von jährlich 500 000 Klinikoperationen in Schleswig-Holstein ist ambulant möglich (= 100 000/J). Klinikaufenthalte sind für manche Patienten mit großen Belastungen verbunden, während die Genesung zu Hause oft schneller und komplikationsloser verläuft. Es sinkt das Risiko von Infektionen mit Krankenhauskeimen. Klinikaufenthalte sind personalintensiv, es gilt die die knappen Personalressourcen im Krankenhaus möglichst effektiv einzusetzen. Appell an Ärzte und Patienten, die Vorteile ambulanter Behandlungen immer mit im Blick zu haben. Im Zuge der Krankenhausreform kann ambulantes Operieren für regionale Versorgungszentren eine wichtige Schwerpunktfunktion übernehmen. Deshalb müssen stationär und ambulant erbrachte Operationen auch gleich vergütet werden.“

m) Anforderung an eine patienten- und mitarbeiterorientierte Gesundheitsreform

Falls jemals eine Gesundheitsreform realisiert wird, dann sollte sie aus folgenden vernetzten Komponenten bestehen: Krankenhausreform, risikofreie Ambulantisierung, Ambulantes Operieren auf internationalem Niveau, transsektorale und poststationäre Patientenversorgung, standardisiertes Entlassungsmanagement, transsektorale Notfallversorgung, sektorengleiche Vergütung, Sachkostenerstattung, sektorenverbindender studentischer Unterricht und fachärztliche Weiterbildung. Wenn man bedenkt, dass nur allein durch die flächendeckende Förderung der Laienreanimation mit überschaubarem Aufwand bis zu 10 000 Menschenleben jährlich gerettet werden könnten,

dann lässt sich daraus der um ein Vielfaches größere Gesamtnutzen einer konsentierten und vernetzten Gesundheitsreform ableiten.

n) Politische Klarheit und politischer Mut sind jetzt gefordert

Der Berliner Gesundheitsökonom Busse und Mitautoren verfassten bereits 2016 zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem acht Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Die achte These lautet:

„Die Gesundheitsversorgung braucht klare und verlässliche politische Rahmensetzungen, innerhalb derer ein Qualitätswettbewerb stattfinden kann. Es braucht zusätzlich politischen Mut, die notwendigen Strukturveränderungen anzugehen“.

Die Autoren meinen damit dringend allgemein gültige Grundsätze zur Verbesserung bereits existierender Strukturen und Prozesse und zur Schaffung einer zukunftsorientierten Versorgungsperspektive (= Nachhaltigkeit und Stabilität). Von weiteren wertvollen sechs verlorenen Jahren ist nichts zu lesen. Vier davon überschneiden sich mit dem WHO – Zeitfenster 2021-2030.

Schließlich lautet die dazu passende WHO-Strategie Nr. 1.2: *„Mobilisieren und Bereitstellen angemessener Ressourcen für die Umsetzung von Patientensicherheit auf allen Ebenen des Gesundheitssystems“.*

Wie bereits eingangs erwähnt: nicht das Erzählte reicht, sondern nur das Erreichte zählt. Jetzt ist überlegte Eile, aber nicht weiteres unüberlegtes Überhasten geboten. Noch nie war deshalb die Unterschrift von Bürgerinnen und Bürgern wertvoller als bei der Unterzeichnung dieser APS-Petition. Damit sie auch morgen noch bedarfsgerecht und sicher medizinisch versorgt werden: Ambulant wann möglich, stationär wenn nötig.

Anhang:

Aktionsrahmen - Die 7x5-Matrix

1		Maßnahmen zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung	1.1 Politik, Strategie und Umsetzungsrahmen für die Patientensicherheit	1.2 Mobilisierung und Zuweisung von Ressourcen	1.3 Schützende gesetzliche Maßnahmen	1.4 Sicherheitsstandards, Regulierung und Akkreditierung	1.5 Welttag der Patientensicherheit und Globale Kampagnen zur Förderung der Patientensicherheit
2		Hochzuverlässige Systeme	2.1 Transparenz, Offenheit und "No Blame" Kultur	2.2 Verantwortungsvolle Führung für das Gesundheitssystem	2.3 Führungskapazität für klinische und Leitungsaufgaben	2.4 Humanfaktoren/ Ergonomie für die Resilienz der Gesundheitssysteme	2.5 Patientensicherheit in Notfällen und Situationen widrigster Umstände
3		Sicherheit der klinischen Prozesse	3.1 Sicherheit risikobehafteter klinischer Verfahren	3.2 Globale Kampagne zur Förderung der Patientensicherheit: <i>Medikation ohne Schaden</i>	3.3 Infektionsprävention und -kontrolle & antimikrobielle Resistenz	3.4 Sicherheit von Medizinprodukten, Arzneimitteln, Blutprodukten und Impfstoffen	3.5 Patientensicherheit in der Primärversorgung und an Übergängen in der Versorgung
4		Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und deren Familien	4.1 Gemeinsame Entwicklung von Strategien und Programmen mit Patientinnen und Patienten	4.2 Lernen aus der Erfahrung von Patientinnen und Patienten zur Verbesserung der Sicherheit	4.3 Patientenfürsprecher und Patientensicherheitsvertefcher	4.4 Offenlegung von Patientensicherheits-Vorfällen gegenüber Betroffenen	4.5 Aufklärung und Schulung von Patientinnen und Patienten und deren Familien
5		Ausbildung, Qualifikation und Sicherheit des Gesundheitspersonals	5.1 Patientensicherheit in der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung	5.2 Exzellenzzentren für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in Patientensicherheit	5.3 Kompetenzen in Patientensicherheit als gesetzliche Anforderungen	5.4 Verknüpfung der Patientensicherheit mit dem Beurteilungssystem für Gesundheitspersonal	5.5 Sicheres Arbeitsumfeld für das Gesundheitspersonal
6		Information, Forschung und Risikomanagement	6.1 Berichts- und Lernsysteme zur Meldung von Patientensicherheits-Zwischenfällen	6.2 Informationssysteme zur Patientensicherheit	6.3 Systeme zur Überwachung der Patientensicherheit	6.4 Forschungsprogramme zur Patientensicherheit	6.5 Digitale Technologie für die Patientensicherheit
7		Synergie, Partnerschaft und Solidarität	7.1 Engagement der Interessengruppen	7.2 Gemeinsames Verständnis und Bekenntnis	7.3 Netzwerke für Patientensicherheit und Zusammenarbeit	7.4 Grenzüberschreitende und sektorübergreifende Initiativen für Patientensicherheit	7.5 Abstimmung mit technischen Programmen und Initiativen

Die sieben strategischen Ziele des Globalen Aktionsplans für Patientensicherheit 2021-2030 lauten wie folgt:

- SO1: Die Eliminierung aller vermeidbaren Patientenschäden muss überall zu einer Geisteshaltung und zu einem Grundsatz für die Planung und Durchführung der Gesundheitsversorgung werden
- SO2: Der Aufbau hochzuverlässiger Gesundheitssysteme und -organisationen, die Patientinnen und Patienten täglich vor Schaden bewahren
- SO3: Die Gewährleistung der Sicherheit aller klinischen Prozesse
- SO4: Die Einbindung und Befähigung von Patientinnen und Patienten und deren Familien, um den Weg zu einer sichereren Gesundheitsversorgung zu erleichtern und zu unterstützen
- SO5: Inspiration, Ausbildung, Qualifizierung und Schutz aller Beschäftigten des Gesundheitswesens, damit diese zur Gestaltung und Umsetzung sicherer Versorgungssysteme beitragen können
- SO6: Die Gewährleistung eines ständigen Informations- und Wissensflusses, um die Risikominderung, die Verringerung vermeidbarer Schäden und die Verbesserung der Sicherheit in der Versorgung zu fördern
- **SO7**: Die Entwicklung und Aufrechterhaltung von sektorübergreifenden und multinationalen Synergien, Partnerschaften und Solidarität zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualität der Versorgung

Zitat:

„... Da sollte auch in der Politik mal drüber nachgedacht werden und nicht immer gegenseitig die Schuld zugewiesen werden und auch mal darüber nachdenken, was haben wir verkehrt gemacht und wie können wir es zukünftig anders machen, dass solche Sachen nicht mehr passieren“ (= fehlende Sicherheitskultur) (Statements über den schiefen Bremer Leuchtturm)

Joachim Maurice Mielert, Generalsekretär Aktionsbündnis Patientensicherheit

Sehr geehrte Damen und Herren, verehrte Zuhörer hier im Raum und an den Bildschirmen,

die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung sind maßgeblich von der Erfassung und Nutzung von Daten abhängig. Punkt 6 des Globalen Aktionsplans für Patientensicherheit der WHO betont daher die Wichtigkeit der Sammlung und Analyse von Daten zur Verbesserung der Patientensicherheit. In der Bundesrepublik Deutschland besteht fortgesetzt ein Implementierungsrückstand von nicht weniger als 10 Jahren, der vielfach sogar als en vogue oder gar präventiv-innovativ im Sinne von komplex überbordendem Datensicherheitsdenken angesehen wird. Das ist eine groteske Entstellung der Wahrheit: der Digitalisierungsrückstand in der Bundesrepublik Deutschland hat dem Land einen der Schlussplätze im internationalen Ranking beschert. Der European Health Data Space braucht hier fortgesetzt die EHDS-Koalition, die gleichsam der Funktion von Entwicklungshilfe Parameter von in anderen EU-Staaten völlig alltäglicher Anwendernormalität der politischen Entscheidungsebene vermitteln muss.

Die aktuellen Nachrichten aus Berlin zeichnen nunmehr eine weitere Verschiebung der elektronischen Patientenakte. Führende Stakeholder sind längst involviert, dass der Minister am 15.1.2025 sein Identifikationsprojekt ePA zwar medial wirksam starten will und wird, dass aber die flächendeckende ePA-Installation für die gesetzlich Versicherten ausserhalb der Testgebiete in Bayern und Hamburg noch unklar ist. Selbst bei dem am 19.11.2024 ausgerichtetem 1. ePa-Summit bemühte sich noch niemand aus der politischen Entscheidungsebene, den versammelten Experten reinen Wein einzuschenken und die weitere Vertagung - erneut aus Aspekten der Datensicherheit - zu eröffnen. Obwohl bereits am 13. November von Seiten des Ministeriums an beispielsweise FRAUNHOFER SCAI mitgeteilt wurde, dass der 15.1.2024 nur als politischer Inszenierungstermin für die Testgebiete zu verstehen und die Rollout-Steps im Februar und März nicht mehr zu halten seien, bleibt hier auch - soweit ich es weiss - die Versicherungswirtschaft geradezu fahrlässig unterinformiert. Am Ende sind die gesetzlichen Krankenkassen als diejenigen, die die Bereitstellung der ePA an die Versicherten vollziehen sollen, Teilnehmer von Wettbewerb am Markt. Denen also durch weitere Adaptionen am Fahrplan auch weitere und zum Teil verzichtbare Kosten entstehen zu lassen, ist nicht adäquat.

Das APS wird den weiteren Verlauf nicht nur beobachten, sondern aktiv kommentieren. Wir sind Teilnehmer der Debatte und begleiten die ePA-Einführung seit Jahren.

Im Zuge des 2. Konsenspapiers zum KHVG hat das Bundesgesundheitsministerium an den Bundestag fast fünfzig zum Teil stilistische, zum Teil wirklich wichtige Begleitentscheidungsvorlagen adressiert. In Ziffer 2 dieser Ergänzungsinhalte wird so auch

das Never Event Register eingebracht. Eine Abgeordnete von Bündnis90/Grüne berühmte sich sogleich der pflichtversessenen Urhebererschaft für diesen Entscheidungsvorstoß und erklärte, das Never Event Register sei nun beschlossene Sache. Tatsache ist aber, und das relativiert die Freude aus unserer Sicht sehr, dass das seit Jahren überfällige Never-Event-Register nun in ein Innovationsfonds-Projekt und damit in den Zuständigkeitsbereich des G-BA mündet. Das ist nicht ansatzweise zielführend, denn im Zuge eines Innovationsfonds-Projektes hat die das Register installierende Institution selbstverständlich keine Gewähr für eine Verstetigung über eine Projektfrist hinaus. Das bedeutet am Ende, dass - wer auch immer für das Projekt beauftragt wird - sich vermutlich Arbeit machen wird, deren Halbwertszeit im besten Falle 18 oder 24 Monate betragen kann. Länger laufen Innovationsfonds-Projekte im Regelfalle nicht.

Ich will hier sehr deutlich sagen, dass das Aktionsbündnis Patientensicherheit als Autor der Never-Event-Liste natürlich prädestiniert ist, ein Never-Event-Register in Deutschland zu führen. Wir müssen aber auch anmerken, dass ein Rollout eines Never-Event-Registers im Rahmen eines Innofonds-Vorganges kaum mehr als eine Beta-version hervorbringen würde und wir dann ein weiteres im Pilot-Stadium archiviertes Projekt erleben würden. Das ist kategorisch abzulehnen. Das Never-Event-Register muss gezielt und nachhaltig installiert werden - und zwar schnell. Durch gezielte Forschung sollen evidenzbasierte Strategien entwickelt werden, die Risiken in der Patientenversorgung minimieren und die Sicherheit erhöhen. Das ist der Inhalt und Auftrag im Rahmen des Global Patient Safety Action Planes. Eine transparente Kommunikation und der Austausch von Informationen innerhalb des Gesundheitssystems sind essenziell, um Risiken frühzeitig zu identifizieren und zu managen. Nur ein umfassender und von Anbeginn verstetigter Ansatz ermöglicht es, präventive Maßnahmen zu entwickeln und eine kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit zu gewährleisten.

(Punkt 7)

Verehrte Zuhörerinnen und Zuhörer,

die fortschreitende Digitalisierung und technologische Entwicklung bieten enorme Potenziale für die Verbesserung der Patientensicherheit. Punkt 7 des Globalen Aktionsplans für Patientensicherheit der WHO fokussiert sich daher auf die Entwicklung und Nutzung sicherer Technologien im Gesundheitswesen. Hier spielen die Ideen der Installation der Forschungsdatenzentren eine Rolle, es spielt ganz wesentlich das BfArm mit in diesem administrativen Orchester. Die Implementierung sicherheitsorientierter Technologien, wie elektronische Gesundheitsakten, digitale Überwachungssysteme und automatisierte Medikamentenverabreichung, kann dazu beitragen, menschliche Fehler zu reduzieren und die Effizienz der Versorgung zu steigern.

Es ist wichtig, dass diese Technologien sorgfältig und schnell und nachhaltig in die längst bestehenden Systeme integriert werden, um am Ende eine maximale Sicherheitswirkung zu erzielen. In einer Vielzahl von Ländern haben wir längst solche

Systeme. Sie sind als Teil einer Sicherheitskultur längst zur beruhigenden Gewissheit für die Patient:innen und die mit Patient:innen arbeitenden Leistungsgruppen geworden.

Hier zu Lande muss das Gesundheitspersonal noch entsprechend geschult werden, um neue Technologien effektiv und sicher zu nutzen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit beschränkt sich hier nicht nur auf das Verlangen nach Standards, sondern trägt seinen möglichen Teil dazu bei, beispielsweise in der Erarbeitung von Empfehlungen innerhalb unserer Arbeitsgruppe für digitale Gesundheitskompetenz. Nur durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Entwicklern, Anwendern und politischen Entscheidungsträgern können die Potenziale moderner Technologien voll ausgeschöpft werden, um die Patientensicherheit nachhaltig zu verankern und auch weiter in den kulturellen Sicherheitsbegriff zu implementieren.

Vor einigen Tagen war ich als Beirat eines EU-Horizon-Projektes in Wien. Dort habe ich vor Vertretern aus 14 Ländern die Forderung nach einer Blaulichtfahrt für Patientensicherheit formuliert. "Blue Lights for Patient Safety", also die in Analogie zum Straßenverkehr bestehenden Sonderrechte für Akteure mit den blauen Lampen auf dem Dach, muss greifen. Was geschieht, wenn im Straßenverkehr ein Fahrzeug mit Blaulicht auftaucht? Alle Verkehrsteilnehmer machen Platz und anerkennen, dass die offenkundig bestehende Notlage dem Helfenden den Vortritt gestattet. Alle Verkehrsteilnehmer tun dies immer und prinzipiell und jeweils innerhalb der am Straßenrand aufgebauten Leitplanken.

Das muss die Maxime sein:

Die Patientensicherheit muss als ordnungspolitische Leitplanke verstanden und anerkannt sein und die "Blue Lights for Patient Safety" müssen den Heilberufen insgesamt die pro einer wirksamen Patientensicherheit eingeräumten Sonderrechte gewährleisten. Das im Global Patient Safety Action Plan unter Punkt 7.1 benannte "gemeinsame Verständnis und Bekenntnis" transportiert den richtigen Kulturbegriff. Lassen Sie uns daran weiter gemeinsam arbeiten.