



Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)160(3)**  
gel. VB zur öAnh am 11.5.2020 - 2.  
Bevölk.schutzg.  
4.5.2020

## **Stellungnahme**

des

**Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**

zur

**Formulierungshilfe**

für die Fraktionen CDU/CSU und SPD für einen Entwurf eines

**Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite**

Dr. med. Ruth Hecker, APS-Vorsitzende

Berlin, 22.04.2020

## Inhalt

A.	Vorbemerkung.....	2
B.	Generelle Einschätzung .....	2
1.	Notwendigkeit einer Coping-Strategie statt „Exit-Überlegungen“ .....	2
2.	Versorgungslücken erkennen und schließen.....	3
a)	Erhebung von Versorgungslücken.....	4
b)	Initiierung von Maßnahmen zur Behebung von Versorgungslücken .....	5
c)	Transparenz über Versorgungsangebote herstellen .....	5
d)	Bevölkerung aufklären.....	5
e)	Digitalisierung und digitale Anwendungen gezielt einsetzen .....	6
f)	Rationaler Umgang mit Immunisierung .....	6
3.	Methoden der Patientensicherheit in der Krise nutzen und langfristig stärken.....	7
a)	Aus Fehlern bzw. Vorkommnissen anderer lernen .....	7
b)	Patientensicherheitsexperten stärken und einbeziehen .....	7
c)	Qualitätsprüfungen mit Augenmaß nutzen und bald nachdrücklich ausbauen.....	7
d)	Traumatisierungen von Beschäftigten ernst nehmen.....	8
4.	Langfristig mehr Versorgungssicherheit und Sicherheit in der Versorgung gewährleisten.....	8
C.	Anmerkungen zu Einzelstellen des Gesetzesentwurfs .....	9

## A. Vorbemerkung

Aufgrund der situationsbedingten Eilbedürftigkeit des in der vorliegenden Formulierungshilfe enthaltenen Gesetzesentwurfs wurde die Stellungnahmefrist für die Verbändeanhörung außergewöhnlich verkürzt. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) bedankt sich trotz dieser erschwerenden Umstände für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Anmerkungen und Vorschläge in dieser Stellungnahme beziehen sich ausschließlich auf Aspekte, die im Zusammenhang mit der Patientensicherheit stehen, und erheben angesichts der kurzen Bearbeitungsfrist keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## B. Generelle Einschätzung

### 1. Notwendigkeit einer Coping-Strategie statt „Exit-Überlegungen“

Ohne jeden Zweifel stellt die Corona-Pandemie eine Ausnahmesituation mit außergewöhnlichen Aufgaben nicht nur für das Gesundheitssystem, die Wirtschaft und die Gesellschaft dar, sondern insbesondere auch für die Steuerung durch gesetzgeberische Prozesse. Innerhalb von weniger als drei Monaten hat sich die Lage von Normalität über einen fast vollständigen Lockdown von Wirtschaft und Gesellschaft bis hin zu ersten vorsichtigen Schritten der Lockerung dramatisch entwickelt. Dabei wurden Anforderungen an die einzelnen Akteure gestellt und Entwicklungen in Gang gesetzt, die vor einem Vierteljahr undenkbar erschienen. Die Situation ist gleichzeitig ernst und – zumindest in den letzten Wochen – von so raschem und dramatischem Wandel geprägt, dass nicht nur normale Fristen gesetzgeberischer Prozesse völlig inadäquat

sind, sondern auch vorausschauendes Handeln stark erschwert wurde und weiter wird. Vor diesem Hintergrund soll der Steuerungsleistung der Bundesregierung sowie vieler dezentraler Akteure im Gesundheitswesen an dieser Stelle Hochachtung und Dank ausgesprochen werden. Die folgenden Anmerkungen sollen deshalb auch nicht als Kritik verstanden werden, sondern als Anregungen und Hinweise, um die nächste Zeit im Interesse von Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigten im Gesundheitswesen möglichst gut zu bewältigen.

**Das oberste Gebot ist Patientensicherheit für alle Patienten in allen Versorgungsprozessen.**

**Das APS unterstützt zahlreiche der im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen, die sich auf die unmittelbare Patientenversorgung beziehen.**

Für die zukünftige Entwicklung geht das APS von der Annahme aus, dass sich die derzeitige Pandemie bis zur Breitenverfügbarkeit eines wirksamen Impfstoffes (oder bis zur Entwicklung einer vergleichbaren Herdenimmunität durch Infektionen) weiter massiv auf alle Aspekte des Lebens auswirken wird. Wie lange diese Phase sein wird, ist derzeit schwer abschätzbar, aber eine Dauer von mindestens einem Jahr erscheint derzeit durchaus realistisch. Als Reaktion auf die exponentiell ansteigenden Infektionszahlen und die Berichte von überlasteten Gesundheitssystemen aus dem Ausland haben dazu geführt, dass Deutschland im März und April 2020 in den absoluten Ausnahmezustand versetzt wurde – Stichwort Lockdown. Ein solcher Ausnahmezustand kann nicht in allen Facetten für einen Zeitraum von über einem Jahr aufrechterhalten werden. Im deutschen Gesundheitswesen bestehen derzeit durchaus berechtigte Befürchtungen, dass die dramatische Änderung der Versorgung der „normalen“ Patienten mehr vermeidbare Patientenschäden und Todesfälle nach sich zieht als das eigentliche Pandemiegeschehen. Gleichzeitig ist aber auch absehbar, dass ein „Exit“ aus den weitreichenden wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Einschnitten sehr schnell wieder zur exponentiellen Zunahme der Infektionszahlen und damit der Todesopfer und der perspektivischen Überlastung des Gesundheitssystems führen wird. Das APS ist deshalb der Überzeugung, dass der Politik und dem Gesetzgeber in Deutschland eine bisher wenig betonte Bedeutung zukommt, nämlich statt einer „Exit-Strategie“ aus den drastischen Einschränkungen eine „Coping-Strategie“ zu entwickeln, die über die nächsten Monate hinweg eine möglichst ausgewogene Vorgehensweise zwischen Infektionsschutz einerseits und Sicherstellung der normalen Versorgung sowie bestmöglicher Vorbereitung auf weitere Infektionswellen beinhaltet.

**Das APS regt dringend an, in einem unmittelbar auszuarbeitenden Gesetzesentwurf weitere Maßnahmen vorzusehen, die die Versorgung über die gesamte Dauer der Corona-Krise und darüber hinaus sicherstellen („Coping-Strategie“).**

## 2. Versorgungslücken erkennen und schließen

Aus der Praxis erreichen das APS gehäuft Einzelberichte und Hinweise darauf, dass sich unter dem Eindruck der Pandemie-Ausnahmesituation erhebliche Versorgungslücken auftun. Beispiele hierfür sind:

- Rückgang der behandelten Notfälle an Herzinfarkten und Schlaganfällen um bis zu 40 %, ohne dass hierfür eine medizinische Erklärung greifen könnte;
- Patientenentlassung von stabilen, aber noch infektiösen Patienten aus dem Krankenhaus funktionsfähig, weil Einrichtungen der stationären oder ambulanten Altenpflege oder der Reha die Betroffenen aus Angst vor eingetragenen Infektionen nicht aufnehmen - insgesamt fehlt es komplett an Strukturen der Corona-Nachsorge nach der Intensivpflicht;
- angesichts von fehlender Schutzausrüstung und Isolationsmöglichkeiten für die Patientenversorgung von Angesicht zu Angesicht praktisch geschlossene Hausarztpraxen;

- Reduktion der ohnehin unzureichenden Behandlungskapazitäten in der (multimodalen) Schmerztherapie um geschätzte 75 %.

Die Beispiele betreffen alle Versorgungssektoren und Bereiche, obwohl das APS mit seinen begrenzten Ressourcen keine auch nur annähernd systematische Erhebung erreichen kann. Sie sind besonders bedauerlich angesichts gleichzeitiger Berichte, dass Versorgungseinrichtungen Kurzarbeit für ihre Beschäftigten anmelden.

Als sicher kann gelten, dass, sollte die Pandemie weiter um sich greifen, die Versorgungslücken keinesfalls abnehmen werden, wenn mehr und mehr Beschäftigte im Gesundheitswesen selbst erkranken und für die Versorgung ausfallen. Ebenfalls als gesichert darf gelten, dass die genannten Versorgungslücken sich sowohl auf Corona-Patienten in der Akutphase ebenso wie in der Nachsorge nach der Intensivbehandlung als auch auf Patienten mit anderweitigem Versorgungsbedarf massiv auswirken. Mit Blick auf die Patientensicherheit können die derzeitigen Versorgungslücken keinesfalls über die absehbare Dauer der Corona-Krise so weiter bestehen. Jedes Leben zählt, egal ob es sich um Corona-Patienten handelt oder um andere Erkrankte. Hier ist konsequentes Handeln über die im vorliegenden Gesetzentwurf aufgenommenen Sofortmaßnahmen im engeren Umfeld des Infektionsschutzes hinaus dringend geboten! Ohne Anspruch auf Vollständigkeit schlägt das APS folgende Elemente für ein Maßnahmenpaket zur Sicherstellung der Versorgung vor:

#### **a) Erhebung von Versorgungslücken**

In der derzeitigen Situation ist es mit Blick auf die vermeidbaren Patientenschäden nicht möglich, auf die Ergebnisse einer zweifellos nutzenstiftenden wissenschaftlichen Untersuchung der auftretenden Versorgungslücken zu warten. Darüber hinaus können die Versorgungsabbrüche und -lücken möglicherweise auch in Abhängigkeit vom Vorhandensein oder dem Fehlen regionaler Steuerung und Kooperationen stark regional variieren. Um in der derzeit unübersichtlichen Situation rasch den Handlungsbedarf zu erkennen, bedarf es einer Meldestelle, an die sich betroffene Patienten, Angehörige, Beschäftigte im Gesundheitswesen und Institutionen wenden können, um Versorgungslücken zu melden. Diese müssen von einer zentralen und anbieterunabhängigen Stelle erfasst werden. Die Darstellung der Defizite sollte aber klar regional und auch nach Versorgungssektoren gegliedert sein, um den spezifischen Bedarf klar identifizieren zu können.

**Das APS empfiehlt die umgehende Einrichtung einer zentralen Stelle, bei der Versorgungslücken gemeldet werden können und die Transparenz über regionale und qualitative Versorgungslücken herstellt.**

Der vorliegende Gesetzentwurf geht hier mit Bezug auf die Einhaltung/Gewährleistung von Maßnahmen rund um das Infektionsgeschehen (vgl. § 4 Abs. 1 IfSG neu) einen ersten Schritt, indem die Gesundheitsämter dem Robert-Koch-Institut (RKI) melden müssen, wenn sie Vorgaben nicht (mehr) umsetzen können. Diese Regelung greift aber wesentlich zu kurz, weil sie nur das Unterbleiben von Maßnahmen des Infektionsschutzes detektiert. Erforderlich ist eine Struktur, die Versorgungslücken erhebt und transparent macht. Hierfür bietet sich die Ansiedlung der Meldungen beim RKI nicht an, da es sich ja vor allem auch um Lücken in der normalen Versorgung handelt, während das RKI vor allem mit dem Infektionsgeschehen befasst ist. Darüber hinaus sollte eine solche Meldestelle auch nicht auf die Zeit während einer Epidemie von nationaler Tragweite beschränkt sein: Die jetzt zu Tage tretenden Versorgungslücken und -abbrüche insbesondere an den Sektorgrenzen waren schon vor der Pandemie vorhanden; Corona hat die vorhandenen Defizite „nur“ potenziert und unübersehbar gemacht. Patientinnen und Patienten, Angehörige und Beschäftigte im Gesundheitswesen dürfen im Interesse der Abwendung zahlloser vermeidbarer Patientenschäden nicht mit den Problemen allein gelassen werden.

### **b) Initiierung von Maßnahmen zur Behebung von Versorgungslücken**

Sobald einmal Versorgungslücken regional oder inhaltlich identifiziert sind, müssen die Verantwortlichen vor Ort strukturiert und verlässlich zur Behebung aufgefordert und notfalls zum Handeln verpflichtet werden.

**Das APS regt an, die einzurichtende Meldestelle für Versorgungslücken mit der Handlungskompetenz auszustatten, über die Sozialgesetzbücher hinweg die für die Sicherstellung von Versorgung relevanten Akteure zu informieren und zur Ergreifung von Maßnahmen auffordern zu können. Auch benötigt die Meldestelle die Kompetenz, ergriffene Maßnahmen vor Ort auf Tragfähigkeit überprüfen zu können.**

Nicht in allen Versorgungssektoren gibt es – analog zu den Kassenärztlichen Vereinigungen – Anbieterstrukturen, die den Sicherstellungsauftrag und hinreichende Durchgriffsrechte haben. Gerade bei zahlreichen beteiligten Versorgungssektoren kommt auch der Planung und Koordination eine erhebliche Bedeutung zu. Deshalb ist es unerlässlich, Verantwortliche für die regionale Koordination und die Durchsetzung von Maßnahmen zu benennen und mit entsprechenden Handlungsrechten für den Fall auszustatten, dass die bestehenden Steuerungsstrukturen im Gesundheitswesen zur Beseitigung erheblicher Versorgungslücken nicht ausreichen.

**Das APS regt an, für den Fall dauerhaft fortbestehender und die Patientenversorgung erheblich gefährdender Versorgungslücken die Länder mit stärkeren Handlungsrechten in der Koordination und Sicherstellung von Versorgung auszustatten.**

In der Krise geht es darum, die Strukturen für Kooperation zu stärken, statt im Konkurrenzdenken zu verharren. Hier kommt der Politik auf den verschiedenen Ebenen erhebliche Bedeutung zu.

### **c) Transparenz über Versorgungsangebote herstellen**

Die Erfolgsgeschichte des DIVI-Registers für die vorhandenen und aktuell freien Intensivkapazitäten zeigt, welche Bedeutung gerade bei Versorgungsengpässen der Transparenz über das vorhandene Versorgungsangebot zukommt. Der Bedarf an derartiger Transparenz endet aber keinesfalls bei den Beatmungskapazitäten. Gerade im Interesse einer langfristigen Coping-Strategie zur Gewährleistung einer parallelen Versorgung von Corona-Patienten und anderweitig Betroffenen ist es zentral, für Hilfesuchende wie auch professionelle Kräfte, die in gewisser Weise Patientensteuerung übernehmen (z.B. Rettungsdienst, die Vermittlung unter der Rufnummer 116 117 oder der Sozialdienst von Krankenhäusern), auszuweisen, wo welche Patientengruppen versorgt werden. Im Interesse des Infektionsschutzes ist es zentral, (potentiell) Infizierte von sonstigen Patienten zu trennen. Damit die Versorgungsangebote gezielt in Anspruch genommen werden können, müssen sie breit erfasst und einfach auffindbar sein.

**Das APS empfiehlt, die Erhebung und Ausweisung von Corona-spezifischen sowie von sonstigen Versorgungsangeboten z.B. innerhalb der bekannten Portale der Kassenärztlichen Vereinigungen (Arztsuchen) oder auch gemeinnütziger Träger. Alle hierfür erforderlichen Maßnahmen (Frequenz der verpflichtenden Meldungen, Verantwortliche, Datenformate u.v.m.) müssen mit Hochdruck entwickelt und etabliert werden.**

### **d) Bevölkerung aufklären**

Zu den genannten Versorgungslücken kommt es teilweise auch, weil Bürgerinnen und Bürger zusätzliche Ansteckungsgefahren im Gesundheitswesen befürchten oder für „normale“ Behandlungen zur Verfügung stehende vorhandene Versorgungsangebote nicht finden.

**Das APS empfiehlt, eine umfassende Aufklärungskampagne der Bevölkerung nicht nur zum Infektionsschutz zu starten, sondern auch zu den Gefahren unterbleibender Versorgung von chronischen Erkrankungen und Notfällen des normalen Erkrankungsspektrums.**

### e) Digitalisierung und digitale Anwendungen gezielt einsetzen

Die Digitalisierung kann einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Information und Kommunikation sowie der Versorgung in Pandemien leisten. Ein zentraler Aspekt ist dabei das Verfügbarmachen von digitalen Informationen zu Vorerkrankungen und Behandlungen im Rahmen der elektronischen Patientenakte. Das Vorliegen aller relevanten Informationen kann in Akutsituationen nicht nur für Risikopatienten ein entscheidender Behandlungsvorteil sein und wäre ein idealer Anknüpfungspunkt für die Differenzierung von Maßnahmen je nach Immun- und Risikostatus (vgl. Abschnitt B.1).

Zu einem effektiven Infektionsschutz gehört auch das flächendeckende Angebot, per Videosprechstunde mit Arzt und/ oder Klinik in Kontakt treten zu können und somit Personal und andere Patienten vor Ansteckung zu bewahren. Hierzu ist es jedoch auch erforderlich, dass es weitere digitale Anwendungen gibt, die am Ende den Gang in die Praxis vermeiden. Beispielsweise ist nicht nachvollziehbar, dass der Arzt-Patienten-Kontakt virtuell stattfinden kann, aber zum Einlesen der Krankenversichertenkarte oder zur Abholung von Rezepten dann doch die Praxis aufgesucht werden muss, womit dann doch wieder das Risiko der wechselseitigen Infektion besteht. Und was im Pandemiefall sinnvoll ist, dient auch zu anderen Zeiten der sonstigen Infektionsprävention. Die im vorliegenden Gesetzesentwurf angedachten Pilotprojekte zur Verwendung elektronischer Verordnungen sind deshalb als dauerhafte Angebote einzurichten und auf weitere Anwendungen wie Klinik-Einweisungen usw. auszuweiten.

Fehlende Informationen/ Datenlage ist gerade bei der Eindämmung von Pandemien eine Erschwernis für die Analyse der aktuellen Situation und für das Ergreifen sinnvoller Maßnahmen. Damit eine anonymisierte Datenspende (Smartphone-Nutzung) in der breiten Bevölkerung akzeptiert und praktiziert wird, muss diese durch entsprechende Kommunikationsmaßnahmen unterstützt werden. Ebenso voranzutreiben ist eine App, die Kontaktpersonen vor einer potenziellen Infektion warnt bzw. auch Hinweise auf bereits immunisierte Menschen gibt.

### f) Rationaler Umgang mit Immunisierung

Ein bedeutender Anknüpfungspunkt für eine Coping-Strategie besteht darin, Maßnahmen und Einschränkungen je nach dem Risiko der Personen zu variieren, d.h. hohe Einschränkungen für Menschen, die besonders infektionsgefährdet sind und bei einer Corona-Erkrankung zudem mit erhöhter Wahrscheinlichkeit einen gefährlichen Verlauf erleiden. Im Umkehrschluss bedeutet das auch, dass Menschen mit vorhandener Immunisierung von Maßnahmen ausgenommen werden können. Der vorliegende Gesetzesentwurf legt hierfür erste Grundlagen insbesondere in § 22 IfSG neu mit der Dokumentation des Impf- und Immunstatus sowie mit § 28 Absatz 1 Satz 4 IfSG neu, nach dem Maßnahmen nur gegen Personen verhängt werden dürfen, die die Krankheit nicht oder nicht mehr übertragen können. Ergänzend kommt in § 20 i Abs. 3 SGB V neu die Verpflichtung der Krankenkassen hinzu, die Kosten für die Testung des Immunstatus zu übernehmen. Das APS unterstützt diese Vorgehensweise insbesondere im Hinblick auf die Beschäftigten des Gesundheitswesens, gibt allerdings zu bedenken, dass zwei Voraussetzungen für diese Vorgehensweise erfüllt sein müssen:

- **Die Testung des Immunstatuts ist mit ausreichender Sensitivität und Spezifität möglich:** Üblicherweise ist der Nachweis dieser Eigenschaften durchaus methodisch herausfordernd und kurzfristig nur sehr schwer zu realisieren. Da aber der Qualität der Testung hohe Bedeutung für ihren Nutzen zukommt, rät das APS dringend, dem Impuls zu widerstehen, auf hinreichende Evidenz für die Tests zu verzichten. Außerdem muss die Umgehung der normalen Entscheidungswege über den Gemeinsamen Bundesausschuss, der für die Prüfung der Evidenz zuständig ist, ganz klar auf den Pandemiefall begrenzt werden.
- **Die Immunisierung (ob durch Impfung oder durchlaufenen Infekt) schützt mit hoher Sicherheit vor erneuten Infekten:** Hier sind zwei Aspekte zu bedenken, der des Eigen- und der des Fremdschutzes. Nur wenn Immunisierungen nicht nur die Schwere zukünftiger Infekte abmildern, sondern

auch verhindern, erneut die Erreger weitergeben zu können, können alle Maßnahmen für immunisierte Personen gelockert werden.

**Das APS empfiehlt, neben der Forschung nach Impfstoffen auch Studien zu den genannten Fragestellungen gezielt zu unterstützen.**

### **3. Methoden der Patientensicherheit in der Krise nutzen und langfristig stärken**

Jeder vermiedene Patientenschaden ist nicht nur ein Segen für die (nicht-)betroffenen Menschen, sondern stellt auch eine Entlastung für die in der Krise angespannten Ressourcen im Gesundheitswesen dar. Deshalb sind gerade jetzt die Methoden der Patientensicherheit von besonderer Bedeutung. In der Krise muss mehr und nicht weniger in Patientensicherheit investiert werden. Vom APS empfohlen werden hier insbesondere folgende Ansätze:

#### **a) Aus Fehlern bzw. Vorkommnissen anderer lernen**

Das APS hat begonnen, auf seiner Homepage verschiedene Informationsquellen und Austauschmöglichkeiten zur Sammlung von Erkenntnissen zur besseren Bewältigung der aktuellen Krise zu sammeln und allgemein zur Verfügung zu stellen. Es ist an der Bundesregierung, insbesondere in ihrer Kommunikation gegenüber der Fachöffentlichkeit hervorzuheben, dass die Investition von – im Augenblick besonders knappen personellen Ressourcen – in die Beteiligung an derartigen Instrumenten (z.B. corona-spezifische Fehlermeldesysteme) und die Ableitung von Konsequenzen für die eigenen Einrichtungen aktuell alles andere als Luxus, sondern vielmehr erfolgskritisch ist. Die konkreten Probleme und Fehlerquellen lassen sich nur Bottom-up entdecken und abstellen. Das APS empfiehlt deshalb, derartige Strukturen sowohl kommunikativ als auch finanziell zu unterstützen.

#### **b) Patientensicherheitsexperten stärken und einbeziehen**

Experten für die Gestaltung sicherer Versorgungsprozesse (z.B. klinische Risikomanagerinnen und -manager) sollten gerade in der Krise auf allen Ebenen verstärkt und verpflichtend in die Planung aller Maßnahmen einbezogen werden. Die Corona-Krise verändert und beeinträchtigt gewohnte Versorgungsprozesse und Handlungsroutrinen massiv und erfordert für die Versorgung der Corona-Patienten den rasanten Aufbau neuer Strukturen. Daraus resultieren zwangsläufig zahllose neue potentielle Fehlerursachen. Um bereits von Anfang an möglichst viele Unsicherheiten und Fehlerquellen zu vermeiden, sollten von Beginn an Patientensicherheitsexperten in alle Veränderungen eingebunden werden. Das APS fordert bereits seit längerem, Patientensicherheitsbeauftragte in allen Gesundheitseinrichtungen verpflichtend zu etablieren. Die derzeitige Krise sollte den Anlass bieten, diese Forderung in die Tat umzusetzen: in den einzelnen Einrichtungen, aber auch in nationalen und internationalen Krisenstäben.

#### **c) Qualitätsprüfungen mit Augenmaß nutzen und bald nachdrücklich ausbauen**

Es ist nachvollziehbar, dass eine erste Reaktion auf die Corona-Krise der Ruf nach der Aussetzung von Qualitätsprüfungen und von Mindestvorgaben bei der Ausstattung von Behandlungseinrichtungen war (vgl. hierzu § 25 Abs. 2 KHG neu). Insbesondere überholte Vorgaben und überbordende bürokratische Aufwände sind in der aktuellen Situation nicht tragbar. Qualität ist aber per Definition die Einhaltung vorgegebener Standards und diese wiederum dient der Patientensicherheit. Gleiches gilt für Mindestvorgaben bei der apparativen und insbesondere der personellen Ausstattung. Das APS beobachtet mit Sorge die ersatzlose Streichung zahlreicher Qualitätsprüfungen und Vorgaben z.B. zur Pflegepersonalausstattung im Gesundheitswesen, weil sich dadurch der Raum für patientengefährdende Versorgung öffnet – auch über das in der aktuellen Ausnahmesituation unvermeidliche Maß hinaus. Instrumente der Qualitätssicherung wie z.B. Begehungen vor Ort können darüber hinaus auch unterstützenden Charakter für das Qualitätsmanagement der Einrichtungen gerade auch in Krisenzeiten haben. Das APS empfiehlt deshalb dringend, Qualitätsprüfungen und Mindestvorgaben bezüglich der Ausstattung mit Augenmaß weiter beizubehalten und ggf. für

die Dauer der Krise in Beratungsangebote umzuwandeln. Mindestens ist eine Missbrauchskontrolle erforderlich, die abwendbar patientengefährdende Versorgung untersucht und wirksam unterbindet. Nach Abklingen der akuten Krise fordert das APS, dass die Qualitätsprüfungen evaluiert, modernisiert und ausgebaut werden sollen. Auch Mindestvorgaben und Transparenz zur Personalausstattung müssen schnellstmöglich (wieder-)aufgenommen werden. Die Ausrichtung auf Aspekte der Patientensicherheit bis hin zur Sicherheitskultur wird dringend empfohlen.

#### **d) Traumatisierungen von Beschäftigten ernst nehmen**

In der Patientensicherheit ist die Erkenntnis schon länger etabliert, dass bei (vermeidbaren) Patientenschäden nicht nur die Patienten selbst betroffen sind, sondern nicht selten auch die beteiligten Beschäftigten des Gesundheitswesens Traumatisierungen erleiden. Die Berichte z.B. aus Italien zeigen, dass das Ausmaß derartiger Schädigungen von medizinischem Personal in der Corona-Krise dramatische Ausmaße angenommen hat, das auch nachhaltige Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung noch weit über die eigentliche Pandemie hinaus haben wird. Das APS hat zur Vermeidung von und Umgang mit Traumatisierungen von Beschäftigten im Gesundheitswesen Handlungsempfehlungen veröffentlicht und bittet die Politik, nach Möglichkeiten zu suchen, derartige Ansätze zu unterstützen.

#### **4. Langfristig mehr Versorgungssicherheit und Sicherheit in der Versorgung gewährleisten**

Die Corona-Krise hat dazu geführt, dass Sollbruchstellen, Unzulänglichkeiten und Versäumnisse, die in der Versorgung schon vorher bestanden, potenziert und unübersehbar wurden. Es reicht nicht aus, nun mit Krisenmaßnahmen kurzfristig gegenzusteuern, sondern die Erkenntnisse der aktuellen Ausnahmesituation müssen im Sinne einer allgemein verbesserten Versorgung und einer besseren Vorbereitung auf zukünftige extreme Vorkommnisse konsequent genutzt werden. Das APS regt an, hierzu zeitnah mit entsprechenden wissenschaftlichen Ausarbeitungen und nachfolgenden gesetzlichen Anpassungen zu beginnen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sieht das APS hier eine Reihe wichtiger Ansatzpunkte:

- **Bessere Infektionsprävention in der ambulanten Versorgung:** Arztpraxen, Pflegedienste und -heime brauchen eine höhere verpflichtende Bevorratung von Schutzmaterialien. Dort müssen auch in der Normalversorgung die Prozesse zur Infektionsprävention gestärkt und durch Anwendung eingeübt werden. Das APS wird zu dem letzteren Punkt zeitnah Handlungsempfehlungen veröffentlichen.
- **Bevorratung und heimische Produktion von kritischen Materialien, Schutzausrüstung, Medikamenten etc.**
- **Ausbau der Digitalisierung insbesondere zur Schließung von Versorgungslücken**
- **Stärkung der Sicherstellung der Versorgung unter Betonung der intersektoralen Kooperation**
- **Verpflichtung zur Erstellung von Pandemieplänen auf allen Versorgungsebenen und auf nationaler Ebene; regelmäßige Notfallübungen oder Simulationen**
- **Bessere Finanzierung und externe Kontrolle der Strukturen für Patientensicherheit**
- **Inhaltliche Modernisierung der Qualitätskontrollen und Ausstattungsvorgaben z.B. zum Personal und ihre Stärkung**

In der Patientensicherheit gilt die Maxime, dass man Fehler nicht vertuschen sollte, sondern aus Vorkommnissen lernen muss. Das gilt – auf jeder Ebene – auch für die Erfahrungen mit der aktuellen Pandemie. Es ist wesentliche Verantwortung der Politik, diesen Prozess zu ermöglichen, zu begleiten und nachhaltig einzufordern. Diese Aufgabe muss jetzt begonnen werden.



## C. Anmerkungen zu Einzelstellen des Gesetzesentwurfs

### § 5 IfSG neu:

In Nummer 10 wird neu die Möglichkeit angeführt, die Ausbildung in Gesundheitsfachberufen hinsichtlich ihrer Dauer, der Nutzung von digitalen Unterrichtsformaten und Prüfungen zu regeln. Positiv bewertet das APS, dass hier explizit der Aspekt des Patientenschutzes als Ziel genannt wird. Grundsätzlich sollten derartige Regelungen in ihrer Dauer auf das Vorliegen pandemischer Bedrohungslagen beschränkt sein und dürfen nicht dazu führen, dass abgesenkte Qualifikationsstandards etabliert werden. Das wäre weder im Interesse der Patientensicherheit noch in dem der zukünftigen Berufschancen und persönlichen Sicherheit der Auszubildenden.

#### **Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**

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

Das APS steht für

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

Kontakt:

**Dr. med. Ruth Hecker, Vorsitzende**

Geschäftsstelle des APS

Alte Jakobstraße 81, 10179 Berlin

Tel. 030 3642 816 0

Email: [info@aps-ev.de](mailto:info@aps-ev.de)

Internet: [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)

Internet: [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)