

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)246(6)
zur öffentlichen Anh. am
12.11.2020 - Drittes
10.11.2020



Pandemie-Schutzgesetze: Dringend über sinnvolle Einzelmaßnahmen hinausdenken!

Stellungnahme des

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

zum Gesetzentwurf
der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Dr. med. Ruth Hecker, APS-Vorsitzende

Berlin, 10.11.2020

Inhalt

A. Vorbemerkungen und allgemeine Einschätzung.....	2
B. Ausführungen zum Handlungsbedarf über den Gesetzentwurf hinaus: Die Gesundheitsversorgung sicherer und verlässlicher machen	4
1. Alle Patient*innen beim Pandemiemanagement berücksichtigen	4
2. Transparenz über Versorgungssicherheit schaffen	5
C. Anmerkungen zu einzelnen Punkten des Gesetzesentwurfs	5
1. Definition von Pandemie-Risikogebieten	5
2. Verbesserung der Datenerhebung rund um Impfungen.....	6
3. Nutzung elektronischer Melde- und Informationssysteme für die Überwachung von Infektionskrankheiten	6
4. Informationswege für die Gestaltung von Pandemie-Maßnahmen sichern.....	6
5. Einheitliche Vorgaben für Maßnahmen zum Pandemiemanagement festlegen	7

A. Vorbemerkungen und allgemeine Einschätzung

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme. In den für die Anhörung am 12.11.2020 vorgesehenen Beratungsunterlagen sind neben dem Gesetzentwurf auch mehrere Anträge von Oppositionsfractionen enthalten. Diese beziehen sich in wesentlichen Punkten auf die Frage der verfassungsrechtlichen Legitimierung von Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie und deren Diskussion und Festlegung im Parlament. Auch wenn es sich hier zweifellos um wichtige Fragestellungen handelt, nimmt das APS dennoch Abstand davon, hierzu Stellung zu nehmen, da entsprechend § 2 Abs. 1 der Satzung des APS seine Zwecke darauf beschränkt sind, „Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit und zum Aufbau des Risikomanagements in der Gesundheitsversorgung“ zu fördern. Soweit sich aus den Anträgen der Oppositionsfractionen Anregungen für die Fragestellungen des APS ergeben haben, sind sie in dieser Stellungnahme aufgeführt.

Viele der im Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen unterstützt das APS prinzipiell, da sie geeignet erscheinen, einen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung und zur Patientensicherheit zu leisten. Insbesondere wegen der außerordentlich kurzen Frist für die Erstellung und Abstimmung dieser Stellungnahme (Übersendung am Donnerstag, den 05. November, Rückmeldefrist für die Einsendung der Stellungnahme am Dienstag, 10. November, Anhörung am Donnerstag, den 12. November 2020) beschränkt sich das APS hier auf die Darstellung der Punkte, wo Ergänzungs- oder Änderungsbedarf gesehen wird.

Eine Gesamtbeurteilung der nun vorgeschlagenen Maßnahmen zur Pandemiebewältigung aus Sicht des APS offenbart trotz der positiven Bewertung der Einzelmaßnahmen dennoch erheblichen zusätzlichen Handlungsbedarf. Während noch die ausgeprägten negativen Auswirkungen des ersten Lockdowns auf die Versorgung der Nicht-COVID-19-Patient*innen abgearbeitet werden,¹ droht

¹ Vgl. https://www.bdc.de/chirurgische-chefaerztinnen-in-nrw-fordern-mehr-mitsprache-im-falle-einer-erneuten-ausweitung-von-covid-19-massnahmen/?parent_cat=186

bereits wieder die nächste Welle massiver Einschränkungen der Regelversorgung im stationären Bereich.² Entgegen pressewirksamen Ankündigungen, die ambulante Versorgung während der zweiten Welle sei gesichert,³ vermelden realistischere Einschätzungen, dass die gesteigerten Anforderungen aus verbesserter Infektionsprävention, Abklärung von möglichen Corona-Akutfällen, Testung und der Versorgung der normalen Patient*innen die ambulante Versorgungsstruktur überlasten.⁴ Letzteres entspricht auch der Alltagswahrnehmung. Auch wurden die Bedürfnisse von Patient*innen, die nicht den klassischen großen Versorgungssektoren zuzuordnen sind, z.B. Menschen mit Bedarf an ambulanter Intensivversorgung oder Personen, die ihre Pflege selbst organisieren, unter dem Druck der ersten Pandemiewelle weitgehend übersehen.

Immer mehr Institutionen des Gesundheitswesens kommen zu der gleichen Schlussfolgerung wie das APS bereits in seiner Stellungnahme zum Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz vom 22. April 2020, verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/04/200422_SN_APS_Formulierungshilfe_Corona_final.pdf. Viele der dort gemachten Ausführungen und Anregungen für grundlegende Verbesserungen sind noch immer gültig und bedürfen nach wie vor der Umsetzung. Konkret regt das APS – ohne Anspruch auf Vollständigkeit - folgende Schritte an:

- Nationaler Pandemierat mit Perspektiven aller Betroffenen ausstatten: Patient*innen, ambulanter und stationärer Sektor, Krankenkassen, Pflege, Apotheken, Reha etc.
- Einbezug von Expert*innen für Patientensicherheit in die Krisen- und Planungsstäbe auf allen Ebenen
- Verpflichtung der Akteure zu regionaler Kooperation bei der Ausweisung von Versorgungskapazitäten
- Zentrale Informationsangebote für die Öffentlichkeit über Versorgungskapazitäten im Zusammenhang mit COVID-19 und für die sonstigen Patient*innen
- Definition aufschiebbarer planbarer Leistungen unter Berücksichtigung der Einschätzungen und Bedarfe der Patient*innen
- Strategie zum Abbau des Staus an aufgeschobenen planbaren Leistungen
- Einrichtung einer Meldestelle für regionale und qualitative Versorgungsengpässe mit Handlungsbefugnissen, um Abhilfe zu schaffen
- Verpflichtende Vorgaben zur Einhaltung von Hygienevorgaben für die ambulante Versorgung
- Vereinheitlichung der Handlungsvorgaben bei nachgewiesener oder vermuteter SARS-COV2-Infektion
- Effizienzsteigerungen bei der Mitteilung von Corona-Testergebnissen

Zusammengefasst kommt das APS zu dem Schluss, dass die jetzt vorgeschlagenen Maßnahmen, auch wenn sie einzeln betrachtet weitgehend sinnvoll sind, in der Summe bei weitem nicht ausreichen, um die Patient*innen in Deutschland sicher durch den bevorstehenden Corona-Winter 2020/21 und darüber hinaus zu bringen. Es darf kein „Weiter so!“ mit kleinen Anpassungen geben. Was gebraucht wird, ist eine umfassende Strategie zur Gewährleistung von Versorgungs- und Patientensicherheit in den kommenden Monaten und Jahren.

² Vgl. <https://www.bdc.de/lockdown-mit-auge-mass/>

³ Vgl. https://www.kbv.de/html/2020_48189.php

⁴ Vgl. <https://www.hausaerzverband.de/presse-medien/pressemitteilungen/nachrichten-detailansicht/deutscher-hausaerzverband-fordert-tragfaehige-corona-strategie-bis-2022>

B. Ausführungen zum Handlungsbedarf über den Gesetzentwurf hinaus: Die Gesundheitsversorgung sicherer und verlässlicher machen

Deutschland braucht eine Gesamtstrategie zur Sicherstellung der Versorgung und Patientensicherheit. Angesichts der Kürze der Stellungnahmefrist können hier nur einige der oben ausgeführten Punkte näher erläutert werden. Wichtig ist dem APS aber die Betonung, dass viele der oben genannten Maßnahmen auch über die Bewältigung der aktuellen Krise hinaus Bedeutung haben bei der langfristigen Steigerung der Resilienz und der Versorgungsqualität des Gesundheitswesens.

1. Alle Patient*innen beim Pandemiemanagement berücksichtigen

In seiner Stellungnahme vom 22. April 2020 zum Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite hat das APS ausgeführt und gefordert, für die Zeit bis zum Aufbau einer tragfähigen Herdenimmunität eine Strategie („Coping-Strategie“) zu entwickeln, wie die Gesundheitsversorgung unter den Bedingungen einer langanhaltenden Pandemie funktionieren kann.⁵ Dabei ist von zentraler Bedeutung, den Versorgungsbedarf der beiden, relevanten Patientengruppen im Blick zu behalten:

- Patient*innen mit (Verdacht auf) COVID-19 und
- Patient*innen mit Behandlungsbedarf, der nicht auf COVID-19 zurückgeht („normale Patient*innen“).

Naturgemäß fokussieren sich die Regelungen in einem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung vor Pandemien auf die Versorgung von Menschen mit Infektionskrankheiten mit Pandemiepotential, aktuell COVID-19. Die Erfahrungen aus dem Frühjahr 2020 mit der massiven Unterversorgung der „normalen Patient*innen“ haben aber in aller Deutlichkeit gezeigt, dass diese Sichtweise zu kurz greift. Neben der Testung und Versorgung von Pandemie-Betroffenen muss auch die Versorgung der „normalen Patient*innen“ während einer Pandemie explizit aufgegriffen werden, wenn während nennenswerter Zeitspannen kritische Versorgungskapazitäten für die Pandemiebewältigung umgewidmet werden. Diese Umwidmung ist und bleibt auch mit dieser Gesetzgebung der Fall: Schon in früheren Gesetzentwürfen wurde die Grundlage für die vorzugsweise Nutzung von Intensivkapazitäten für die Versorgung von Corona-Patient*innen gelegt. Im vorliegenden Gesetzentwurf sind neue Vollmachten für das BMG enthalten, auch die Rettungsdienste und die Angehörigen des Medizinischen Dienstes zur Pandemiebewältigung zu verpflichten, was prinzipiell richtig und nachvollziehbar ist. Insbesondere bei ersterem würden jedoch weitere Versorgungslücken für die „normalen Patient*innen“ geschaffen. Dazu kommt, dass nach wie vor eine reduzierte Versorgungskapazität insbesondere in Krankenhäusern und ihren Intensivstationen besteht, die letztlich auch Rückwirkungen auf die vorgelagerten Versorgungsangebote hat. In welchem Umfang die tatsächliche Versorgung von Patient*innen im ambulanten Sektor wieder das gewohnte Niveau erreicht hat, ist ebenfalls unbekannt⁶, aber die Vermutung erscheint gerechtfertigt, dass spätestens mit steigenden Infektionszahlen auch hier wieder sehr viel weniger Versorgung von „normalen Patient*innen“ geleistet werden kann als unter normalen Umständen. **Deshalb regt das APS dringend an, auch**

⁵ Vgl. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/04/200422_SN_APS_Formulierungshilfe_Corona_final.pdf.

⁶ Auswertungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) für die Hochphase der ersten Infektionswelle haben einen Rückgang der Abrechnungsfälle in den einzelnen Fachgruppen von bis zu 60% gezeigt. Hinter einem Abrechnungsfall können sich aber aufgrund der Pauschalierung der vertragsärztlichen Vergütung mehr oder weniger Arzt-Patienten-Kontakte verbergen, so dass auch eine Rückkehr zu früheren Zahlen noch nicht notwendigerweise eine gleich gute Versorgung wie zuvor bedeutet,

im IfSG klare Regelungen zu schaffen, dass das Management einer Pandemie auch Vorkehrungen und Regelungen für die „normalen Patient*innen“ zur Sicherstellung ihrer Versorgung umfassen muss. Hier ist auch eine Verpflichtung der Akteure zu regionaler Kooperation bei der Ausweisung von Kapazitäten festzulegen.

2. Transparenz über Versorgungssicherheit schaffen

Seit der ersten Welle der Corona-Infektionen sind sicherlich auf den einzelnen Ebenen und in vielen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung Maßnahmen ergriffen worden, um sich auf den erneuten Anstieg der Infektionszahlen besser vorzubereiten. Für jede einzelne dieser Maßnahmen - sofern sie geeignet sind, die Patienten- und die Versorgungssicherheit zu steigern - soll den agierenden Personen hier Dank ausgesprochen werden. Allerdings besteht derzeit keinerlei Übersicht darüber, ob diese Maßnahmen geeignet oder ausreichend sind. Betrachtet man die vertragsärztliche Versorgung, so hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung kürzlich einen umfangreichen Ratgeber für die Pandemieplanung der Arztpraxen herausgegeben.⁷ Das APS hat seine Handlungsinformation zur Hygiene in der Arztpraxis, die im September 2020 veröffentlicht wurde, ebenfalls explizit um Punkte erweitert, die sich aus den Erfahrungen mit der Corona-Pandemie ergeben haben.⁸ Beides sind allerdings nur Empfehlungen, die keinen Verpflichtungscharakter haben. Wie gut diese Empfehlungen in der Kürze der Zeit umgesetzt werden konnten, ist unbekannt, woraus sich erhebliche Unsicherheiten bezüglich der Krisenfestigkeit der ambulanten Versorgung ergeben.

Darüber hinaus erfordert ein verantwortungsvoller Umgang mit hochinfektiösen Patient*innen spezielle bauliche und weitere Voraussetzungen in den Arztpraxen, die nicht von heute auf morgen geschaffen werden können. So ist zu erwarten, dass es auch in der zweiten Welle zu erheblichen Einschränkungen des ambulanten Versorgungsangebots für „normale Patient*innen“ kommen wird. Auch in anderen Versorgungsbereichen, allen voran die stationäre und ambulante Pflege, wurden keine systematischen Änderungen vorgenommen, so dass sich die Frage, ob ein ausreichendes Versorgungsangebot besteht, an den individuellen Anstrengungen der Verantwortlichen vor Ort entscheidet. **Angesichts dieser Unwägbarkeiten erneuert das APS seine Forderung vom April 2020, eine unabhängige und sektorübergreifende Stelle einzurichten, die Hinweise auf systematische Versorgungslücken sammelt, prüft, öffentlich darstellt und Maßnahmen zur Behebung einleitet.**

C. Anmerkungen zu einzelnen Punkten des Gesetzesentwurfs

Die hier aufgegriffenen Punkte folgen der Reihenfolge im Gesetzesentwurf, nicht der Wichtigkeit, die ihnen das APS zumisst.

1. Definition von Pandemie-Risikogebieten

Das APS begrüßt, dass das Robert-Koch-Institut (RKI) die Aufgabe zugewiesen bekommt, internationale Risikogebiete im Falle einer Pandemie zu definieren. Da sich an diese Definition auch weitreichende Konsequenzen für die Ein- und Ausreise knüpfen, sieht es das APS als bedeutsam an, dass das RKI seine Methodik zur Festlegung von Risikogebieten offenlegt, um die Akzeptanz zu steigern.

⁷ Vgl. <https://www.hygiene-medizinprodukte.de/download/pandemieplanung>

⁸ Vgl. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/09/APS_IPAV_Webversion_neu.pdf

2. Verbesserung der Datenerhebung rund um Impfungen

Prinzipiell ist eine Verbesserung der Datenlage zu durchgeführten Impfungen von Vorteil für die Patientensicherheit. Auch wenn die datenschutzrechtlichen Anforderungen mit langfristig genutzten Patientenpseudonymen steigen, würde eine solche Datenerhebung auch die Möglichkeit bieten, Licht auf das Auftreten von Impfschäden zu werfen. Dazu müssten auch die Datenfelder geschaffen werden, um behandlungsbedürftige Impfreaktionen zu erheben und die Zusammenführung dieser Daten zu statistischen Auswertungszwecken mit anderen Datenquellen zu ermöglichen. Es gibt starke Bewegungen, die sich gegen das Impfen wenden. Um diesen Kritikern zu begegnen sind langfristige, qualitativ hochwertige Studien sinnvoll, für die mit einer solchen Datensammlung die Grundlagen geschaffen werden könnten. Und gerade bei neuartigen Impfungen können derartige Register auch genutzt werden, um die Sicherheit und Effektivität der Impfungen unter realen Bedingungen zu überprüfen. Insbesondere bei Viren, die starken Mutationen unterliegen, wäre auch wichtig, mithilfe einer solchen Datensammlung zu überprüfen, ob Impfstoffe an Wirksamkeit verlieren.

3. Nutzung elektronischer Melde- und Informationssysteme für die Überwachung von Infektionskrankheiten

Das APS befürwortet prinzipiell die Verpflichtung zur Nutzung elektronischer Systeme zur Überwachung von Infektionskrankheiten, da eine schnelle und möglichst wenig fehleranfällige Datenerhebung für viele medizinische/epidemiologische und administrative Zwecke erforderlich ist. Allerdings muss bei der Einrichtung dieser Systeme klar sein, dass es sich um eine hochgradig schutzbedürftige Infrastruktur handelt. Deshalb schlägt das APS vor, die Ausführungen in § 14 Abs. 9 (neu) IfSG dahingehend zu ergänzen, dass das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Vorgaben zu den Nummern 3 bis 5 im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) machen soll.

4. Informationswege für die Gestaltung von Pandemie-Maßnahmen sichern

Der Gesetzesentwurf gibt dem BMG weitreichende Befugnisse, Maßnahmen bei einer epidemischen Lage von nationaler Bedeutung zu ergreifen. Es ist wichtig, dass derartige Maßnahmen in enger Rückkoppelung mit den Erfahrungen der Akteure und Betroffenen vor Ort ergriffen werden, um beispielsweise frühzeitig Informationen zu erhalten, wenn sich aus den ergriffenen Maßnahmen unerwartete negative Effekte für die Patientenversorgung und -sicherheit ergeben. Das APS schlägt deshalb vor, dass für diese Fälle ein Beratungsgremium beim BMG eingerichtet wird, in dem Experten aus den verschiedenen Blickwinkeln vertreten sind. Hier sollten alle Gruppen, die im Gemeinsamen Bundesausschuss beteiligt sind (Krankenhäuser, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Patientenvertretung, Deutscher Pflegerat, Ärzte-, Zahnärzte- und Psychotherapeutenkammer, Bundesländer) vertreten sein, aber auch weitere Blickwinkel ergänzt werden (z.B. Apotheken, pharmazeutische und medizintechnische Industrie, Rettungsdienste, Anbieter von ambulanter und stationärer Pflege). Selbstverständlich sollten hier auch ausgewiesene Experten für Patientensicherheit vertreten sein. Ziel eines solchen Beratungsgremiums wäre, für alle hier genannten Blickwinkel im Pandemiefall direkte Kommunikationskanäle zum BMG zu öffnen, um bedeutende Entwicklungen, die die Patienten- und Versorgungssicherheit beeinflussen können, schnell und direkt einbringen zu können. Derzeit formieren sich in der Bundesärztekammer

Bemühungen für die Einberufung eines ärztlichen Pandemierates.⁹ Diese Initiative sieht das APS positiv. Auf nationaler Ebene müssen aber dringend über die rein ärztliche Sichtweise hinaus alle Blickwinkel, insbesondere die der Patient*innen und der Patientensicherheit, in ein solches Gremium einbezogen werden. Darüber hinaus regt das APS eine Art nationales COVID-CIRS an, über das Hinweise auf Lücken im Pandemiemanagement auch abseits von den Informationswegen der einflussreichen etablierten Interessensvertretungsorganisationen des Gesundheitswesens eingebracht werden können. Diese müssen dann natürlich auch ernst genommen und zeitnah aufgearbeitet werden.

5. Einheitliche Vorgaben für Maßnahmen zum Pandemiemanagement festlegen

Die Bundesrepublik Deutschland ist föderal aufgebaut. Gerade bei regional unterschiedlicher Intensität und Charakteristika von Infektionsgeschehen (Stichworte sind hier z.B. die fleischverarbeitende Industrie oder Erntehilfen) ist eine solche föderale Struktur von Vorteil. Trotzdem befürwortet das APS einheitliche Vorgaben, die in Abhängigkeit vom lokalen Infektionsgeschehen zentral definierte Gegenmaßnahmen auslösen. Das würde das Verständnis der Bevölkerung und die Akzeptanz in der Bevölkerung deutlich steigern. Die jetzigen Vorgaben reichen hier bei weitem nicht aus. Insbesondere müssen einheitliche und inhaltlich nachvollziehbare Vorgaben erstellt werden, wie bei positiven Tests bezüglich der Quarantäne von Kontaktpersonen zu verfahren ist. Hierzu ein reales Beispiel (absolut kein Einzelfall) aus dem Umfeld des APS:

Der Sitznachbar eines Schulkinds wird positiv auf Corona getestet. Daraufhin wird dem Schulkind zwar nicht der Besuch des Unterrichts, aber die Teilnahme an der Nachmittagsbetreuung im Hort untersagt. Als indirekte Kontaktpersonen wird dem Geschwisterkind der Besuch der Kindertagesstätte untersagt, der Mutter aber nicht die Tätigkeit als Lehrerin, obwohl sie als Erwachsene wahrscheinlicher infiziert ist und vermutlich leichter andere Personen infiziert. Das Testergebnis des Schulkinds der Familie wird erst nach mehr als einer Woche mitgeteilt.

Mit derartigen Widersprüchlichkeiten und mit der derzeitigen teilweisen Ineffizienz und Zeitverzögerung, mit der Corona-Testergebnisse mitgeteilt werden, sinkt das Verständnis und die Akzeptanz von Maßnahmen erheblich. Hier erbittet das APS dringend wirksame Vorgaben und Interventionen. Auch durch eine Vereinheitlichung der diversen Hygienekonzepte für vergleichbare Sachlagen wären Vorteile zu erzielen.

⁹ Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118134/Aerztlicher-Pandemierat-soll-kommende-Woche-erstmalstagen>

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

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

Das APS steht für

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

Kontakt:

Dr. med. Ruth Hecker, Vorsitzende

Geschäftsstelle des APS

Alte Jakobstraße 81, 10179 Berlin

Tel. 030 3642 816 0

Email: info@aps-ev.de

Internet: www.aps-ev.de