



**Stellungnahme des**  
**Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**

**zum Referentenentwurf  
des Bundesministeriums für Gesundheit**

**Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung**  
(Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG)

Dr. med. Ruth Hecker, APS-Vorsitzende

Berlin, 12.11.2020

## Inhalt

A.	Vorbemerkungen und allgemeine Einschätzung.....	2
B.	Anmerkungen zu Einzelpunkten des Gesetzentwurfs.....	3
1.	Zweitmeinungsverfahren .....	3
2.	Terminservicestellen .....	4
3.	Haftplichtversicherung für Ärzt*innen.....	5
4.	Qualitätsverträge nach § 110a SGB V.....	5
5.	Mindestmengen .....	6
6.	Wegfall der qualitätsabhängigen Vergütung.....	6
7.	Patientenbefragungen.....	8
8.	Pflegepersonalquotient .....	8
9.	Arbeit des Medizinischen Dienstes .....	8
10.	Stärkung der klinischen Sektionen .....	8

### A. Vorbemerkungen und allgemeine Einschätzung

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Die vorliegende Gesetzesinitiative fällt zeitlich zusammen mit der Beratung des Dritten Bevölkerungsschutzgesetzes bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite im Bundestag. Während im Bevölkerungsschutzgesetz vor allem das aktuelle Pandemiemanagement adressiert wird, muss es in einem Gesetz, das ausdrücklich die „Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zum Ziel hat, um zwei andere, wichtige Punkte gehen:

#### 1. Die Versorgung krisenfester gestalten:

Schon früh hat das APS angeregt, eine nationale Kommission einzurichten, um im Dialog mit Expert\*innen aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung (selbstverständlich einschließlich Patientensicherheit) unter dem frischen Eindruck der Krise jene Ansatzpunkte zusammenzutragen, die für eine Stärkung der Resilienz des Gesundheitssystems essentiell sind. Es gilt jetzt, die notwendigen Maßnahmen zu erarbeiten und die Strukturen zu schaffen, um zukünftig besser auf Ausnahmesituationen wie die aktuelle Pandemie vorbereitet zu sein. Nach Auffassung des APS ist hier wesentlich mehr nötig, als nur die Versorgung mit persönlicher Schutzausrüstung und die EU-basierte Produktion wichtiger Arzneimittel und Medizinprodukte in den Blick zu nehmen.

#### 2. Überfällige Verbesserungen der Versorgung umsetzen:

Die Corona-Krise kann und sollte auch als Chance verstanden werden, grundlegende Reformen zur Überwindung lange bekannter Probleme in der Versorgungssicherheit bzw. der bedarfsgerechten Versorgung und der Qualitäts- und Sicherheitsorientierung auf den Weg zu bringen.

Obwohl im vorliegenden Gesetzentwurf eine ganze Reihe von Punkten angesprochen sind, denen das APS positiv gegenübersteht, weil es sich um Schritte in die richtige Richtung handelt, wird er doch dem übergreifenden Anspruch nicht gerecht, die Weichen für einen Aufbruch in substantielle

und nachhaltige Veränderungen der Regelversorgung zu stellen. Die zentralen Probleme des deutschen Gesundheitswesens, darunter die echte Bedarfsorientierung der Angebotsstruktur, eine verbesserte Unterstützung der Patient\*innen auf ihrem Versorgungspfad und die Durchsetzung des Primats von Qualität und Patientensicherheit, bleiben letztlich ungelöst. Das APS bittet darum, alle Anstrengungen zu unternehmen, um die historische Chance zu nutzen, die die Corona-Krise für Reformen zur Stärkung von Patienten- und Versorgungssicherheit lange nach Abklingen der Pandemie darstellt.

## **B. Anmerkungen zu Einzelpunkten des Gesetzentwurfs**

Die Reihenfolge der folgenden Ausführungen folgt dem Gesetzesentwurf. Sie spiegelt nicht die Bedeutung wider, die das APS den einzelnen Punkten beimisst.

### **1. Zweitmeinungsverfahren**

Zweitmeinungen sind ein wichtiges Instrument zur Erhöhung der Patientensicherheit. Es gibt viele Konstellationen, in denen die Einholung einer Zweitmeinung die Patientensicherheit wesentlich erhöhen kann. Beispiele sind:

- beim Vorliegen von erheblichen wirtschaftlichen Anreizen für die Durchführung bestimmter Behandlungen oder Eingriffe, bei denen die medizinische Indikationsstellung eine graduelle Abwägung beinhaltet,
- beim Verdacht auf ein (vermeidbares) unerwünschtes Ereignis (vulgo: „Behandlungsfehler“),
- bei geringer Erfahrung oder Routine der betreuenden Praxis oder Einrichtung, insbesondere bei schwerwiegenden Erkrankungen und Behandlungen, die mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden sind (z.B. Krebstherapie)
- zur Überprüfung der gewählten Behandlungsansätze bei langfristiger Betreuung von chronischen Krankheiten,
- zur Einbeziehung von anderen fachlichen Blickwinkeln oder der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse,
- bei nicht ausreichender Kommunikation oder Aufklärung.

Durch ein geregeltes Zweitmeinungsverfahren, bei dem auch die Erstmeinenden strukturiert von den Einschätzungen der Zweitmeinenden erfahren, profitieren nicht nur die jeweils betroffenen Patient\*innen, sondern durch den Lerneffekt auch die zukünftigen, wodurch die Patientensicherheit nachhaltig gesteigert wird. Das APS befürwortet deshalb stark, dass mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet wird, zu den bisher festgelegten drei Eingriffsarten, bei denen Patient\*innen ein explizites Recht auf eine Zweitmeinung haben, jährlich mindestens zwei weitere festzulegen.

Darüber hinaus sieht das APS bei den Regelungen zur Zweitmeinung erheblichen Verbesserungsbedarf. Wie die oben ausgeführten Beispiele zeigen, beschränkt sich der Nutzen von Zweitmeinungen nicht auf die Vermeidung möglicherweise nicht indizierter Eingriffe. Etwa bei konservativen, vor allem medikamentösen Behandlungen kann eine Evaluation durch eine neue Person neue Perspektiven und Sicherheit bringen. Gerade bei Krebserkrankungen und schwerwiegenden neurologischen Problemen wünschen sich Patient\*innen eine zweite Meinung. Deshalb sollte nach Auffassung des APS dringend klargestellt werden, dass Patient\*innen auch jenseits der vom G-BA festgelegten Indikationen ein generelles Recht auf eine Zweitmeinung haben.

Derzeit können Patient\*innen eine zweite Meinung dadurch einholen, indem sie die behandelnde Einrichtung wechseln. Ob dann die zweite Meinung fachlich fundierter oder wenigstens auf dem Kenntnisstand der ursprünglichen Versorgungseinrichtung ausfällt, ist offen. Auch dürfte bei diesem Vorgehen nur sehr selten ein Feedback an den ursprünglich Behandelnden erfolgen, so dass der positive Effekt für zukünftige Patient\*innen wegfällt. Dass es bei einem solchen Vorgehen auch dazu kommt, dass auch belastende und teure Untersuchungen doppelt erfolgen, ist ein weiterer negativer Nebeneffekt. So lange kein generelles Recht auf eine Zweitmeinung etabliert ist, werden darüber hinaus nur jene Patient\*innen von dieser „verdeckten“ Zweitmeinung Gebrauch machen und die daraus resultierenden Vorteile für die eigene Behandlung realisieren, die über mehr persönliche Durchsetzungskraft verfügen.

Für die Zukunft ist mit wesentlichen Änderungen zu rechnen wenn die elektronische Gesundheitskarte/Patientenakte (eGK bzw. ePA) eingeführt wird. Diese soll ja explizit dazu dienen, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Wenn unter die zu vermeidenden „Doppelungen“ auch die zweite Meinung fällt, kann sich die Situation der Patient\*innen, die zur Verbesserung ihrer Behandlungen von einer Zweitmeinung profitieren würden, drastisch verschlechtern. Eine zweite Meinung könnte dann zur reinen Privatleistung werden, die sich viele Patient\*innen finanziell nicht leisten können. Spätestens mit entsprechender Wirksamkeit der eGK bzw. ePA sollte hier also eine Klarstellung hinsichtlich eines generellen Rechts auf eine Zweitmeinung erfolgen. Das APS würde aber wegen den oben genannten positiven Wirkungen eines geregelten Zweitmeinungsverfahrens auf die Patientensicherheit bereits jetzt für ein explizites Recht auf Zweitmeinung im Gesetzestext aussprechen, um Rechtsklarheit für Patient\*innen wie Ärzt\*innen zu schaffen.

## 2. Terminservicestellen

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass Patient\*innen auch dann ohne Überweisung eine Terminservicestelle in Anspruch nehmen können, wenn sie in einer Notaufnahme eines Krankenhauses vorstellig wurden, dort aber keine unmittelbare Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde. Das APS bezweifelt, dass diese Regelung die Lage für Patient\*innen nachhaltig verbessern wird. Personen, die eine Notaufnahme aufsuchen, gehen in aller Regel von einer gewissen Dringlichkeit ihrer Behandlung aus. Der Auftrag der Terminservicestellen lautet hingegen, den Berechtigten innerhalb von einer Woche einen entsprechenden Arzt- oder Psychotherapietermin zukommen zu lassen, der in den nächsten vier Wochen liegen muss (Psychotherapeutische Akutbehandlung: 2 Wochen). Kommen Patient\*innen mit einer akuten Erkrankung, der überraschenden Progression einer Grunderkrankung oder ungeklärten Beschwerden in die Notaufnahme, sind diese langen Fristen der Terminservicestellen nicht geeignet, eine so zeitnahe Behandlung zu gewährleisten, dass man davon ausgehen kann, dass die Sicherheit der Patient\*innen hinreichend gewährleistet ist.

Es gibt noch einen weiteren wichtigen Anlass für Patient\*innen, auf die Behandlung in der Notaufnahme eines Krankenhauses auszuweichen, wenn sie nämlich daran scheitern, ein ambulantes Versorgungsangebot in Anspruch zu nehmen, z.B. weil die lokalen Praxen keine Patient\*innen mehr aufnehmen oder schlicht keine Angebote erreichbar sind. Dann ist es sicherlich eine Erleichterung, nicht erst noch eine Überweisung von einem Hausarzt bzw. einer Hausärztin für den Zugang zur Terminservicestelle besorgen zu müssen. Wichtig aus Sicht des APS wäre, gerade diese Vermittlungsfälle der Terminservicestellen auf regionaler Ebene, unabhängig und transparent auszuwerten, um Rückschlüsse auf bestehende Lücken in der ambulanten Versorgung strukturiert abzuleiten. Allerdings ist auch dies nicht ausreichend zur Verbesserung der Versorgungssicherheit, da

sich Versorgungslücken auch in allen anderen Versorgungssektoren, z.B. Krankenhäuser, Zahnärztliche Versorgung, stationäre und ambulante Pflege etc. ergeben können, die eben nicht Gegenstand des Vermittlungsauftrags der Terminservicestellen sind. Das APS hat deshalb bereits in seiner Stellungnahme vom 22. April 2020<sup>1</sup> angeregt, eine Stelle einzurichten, bei der Patient\*innen wie auch Leistungserbringende Meldungen zu Versorgungslücken machen können. Da es sich hier um ein grundlegendes strukturelles Problem handelt, wäre eine solche Meldestelle auch zu normalen Zeiten, also ohne Pandemie und deren Nachwirkungen, eine große Hilfe, wenn sie Transparenz darüber herstellen würde, wo regional welche Versorgungslücken bestehen und die Befugnis hätte, Verbesserungen einzufordern.

### **3. Haftpflichtversicherung für Ärzt\*innen**

Das APS begrüßt die geschärften Vorgaben für Ärzt\*innen, eine Berufshaftpflichtversicherung als Voraussetzung für die ärztliche Tätigkeit vorhalten zu müssen. Selbst bei ausgeprägten Anstrengungen im Zusammenhang mit der Patientensicherheit sind vermeidbare unerwünschte Ereignisse und damit Patientenschädigungen nicht ausgeschlossen. Das Vorhandensein einer Haftpflichtversicherung kann im Schadensfall dazu beitragen, dass die Betroffenen einen angemessenen Nachteilsausgleich erhalten. Darüber hinaus hat sich bei den Krankenhäusern gezeigt, dass Haftpflichtversicherungen den bei ihnen versicherten Häusern auch durchaus eine höhere Sorgfalt hinsichtlich der Patientensicherheit nahelegen, bei der Umsetzung unterstützen oder Anstrengungen honorieren.

### **4. Qualitätsverträge nach § 110a SGB V**

Das APS begrüßt ausdrücklich die im Gesetzentwurf vorgenommenen Stärkungen zur Ausweitung von Qualitätsverträgen der Krankenkassen. Die vier hierzu vom G-BA festgelegten Bereiche<sup>2</sup> sind nach Einschätzung des APS tatsächlich höchst relevant, um hier Verbesserungen der Patientensicherheit durchzusetzen. Allerdings ist der Abschluss von Verträgen für die Krankenkassen derzeit rein freiwillig, so dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit überwiegend nur dann erfolgen, wenn ein positiver finanzieller Return-on-Invest erwartet wird und weniger bei Themen, in denen eine substantielle Verbesserung der Versorgung mit höheren Kosten verbunden ist. Mit der Regelung, dass ein jährlicher Mindestbeitrag je versicherter Person hierfür einzusetzen oder an den Gesundheitsfonds abzuführen ist, wird ein klarer Anreiz geschaffen, entsprechende Vereinbarungen abzuschließen. Spätestens mit der verpflichtenden Festlegung von vier weiteren Versorgungsbereichen bis 2023 haben die Kassen auch genügend Freiheit für eine individuelle Ausgestaltung ihrer Aktivitäten. Auch die Verpflichtung zur Transparenz hierüber ab 2021 sieht das APS als sachgerecht an.

Gleiches gilt übrigens für die Stärkung der Qualitätsvergleiche auf Einrichtungsebene, die der Gesetzentwurf ebenfalls vorsieht. Das APS erhofft sich von der Tatsache, dass der Gesetzentwurf den bereits seit längerem bestehenden Auftrag an das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bzw. den G-BA aktualisiert, neue Impulse für eine sachgerechte Umsetzung.

<sup>1</sup> Vgl. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/04/200422\\_SN\\_APS\\_Formulierungshilfe\\_Corona\\_final.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/04/200422_SN_APS_Formulierungshilfe_Corona_final.pdf)

<sup>2</sup> Vgl. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/688/>

## 5. Mindestmengen

Die Durchführung von komplizierten Eingriffen, für die weder die Operateur\*innen noch die betreuenden Teams über regelmäßige Erfahrung verfügen, ist nachweislich mit höheren Risiken für Patient\*innen verbunden. Deshalb hat sich das APS schon lange für Maßnahmen zur Verminderung gefährlicher Gelegenheitsversorgung ausgesprochen und unterstützt entsprechend auch das Prinzip der Mindestmengen. Alle im vorliegenden Gesetzesentwurf in diesem Zusammenhang gemachten Vorschläge schätzt das APS als geeignet ein, die Durchsetzung von Mindestmengen und ihre an Patientensicherheit orientierte Ausgestaltung zu verbessern. Allerdings sind hier zwei Ergänzungen anzumerken: Erstens sind Mindestmengen zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für gute Leistungsqualität und damit verbesserte Patientensicherheit. Dass an dieser Stelle nun ergänzende Struktur- und Prozessangaben erhoben und mit der Genehmigung zur Leistungserbringung verknüpft werden sollen, ist deshalb dringend erforderlich und sollte mit weiteren Erhebungen zur Ergebnisqualität verknüpft werden (vgl. weiter unten die Ausführungen zu Patientenbefragungen). Zweitens gehen von Mindestmengen auch Anreize zur Ausweitung der Indikationsstellung aus. Dem muss folglich mit entsprechenden Instrumenten entgegengewirkt werden.

## 6. Wegfall der qualitätsabhängigen Vergütung

Erklärtes Ziel des Krankenhausstrukturgesetzes war es im Jahr 2016, die Durchsetzung von Qualitätsvorgaben in den Krankenhäusern zu verbessern. Ein wesentliches Instrument dafür war die qualitätsabhängige Vergütung, nach der Krankenhäuser, die Qualität klar unterhalb des Erwartbaren bieten, Vergütungsabschläge hinnehmen mussten und, wenn diese persistierten, den entsprechenden Leistungsbereich einstellen mussten. Die Durchführung und methodische Fundierung lag beim G-BA bzw. seinem Qualitätssicherungsinstitut IQTiG. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass bis heute keine Indikatoren entwickelt, erprobt und umgesetzt wurden, die auf den Zweck der qualitätsabhängigen Vergütung ausgerichtet und dafür geeignet sind, erwies sich die praktische Umsetzung der Vorgaben zur qualitätsabhängigen Vergütung als äußerst schleppend und umstritten. Entsprechend scheint die Streichung der entsprechenden Gesetzespassagen auf den ersten Blick folgerichtig.

Das APS gibt aber zu bedenken, dass das Grundproblem, dass ursprünglich zur Einführung der qualitätsabhängigen Vergütung geführt hat, noch immer existiert: Krankenhäuser weisen bei kritischen Qualitätsfragen eine erhebliche Varianz auf, die Patient\*innen an Leib und Leben gefährdet.<sup>3</sup> Auch von den Qualitätssicherungsverfahren des G-BA erfasste Qualitätsdefizite werden nicht zeitnah und umfassend abgestellt.<sup>4</sup> Genau das hätte die qualitätsabhängige Vergütung mit ihren Regelungen aber erreicht. Es gibt noch einen weiteren Effekt: Mit der Festlegung, welches Qualitätsniveau einen Vergütungszuschlag und welches einen Abschlag auslöst, hätte der G-BA bzw. das IQTiG erstmals klar verständliche Aussagen dazu getroffen, welche qualitativen Versorgungsleistungen Patient\*innen gerechtfertigter Weise erwarten können und welche Einrichtungen dies bieten – oder auch nicht. Aus der Umsetzung der qualitätsorientierten Vergütung hätte sich damit auch eine wesentliche Verbesserung der Qualitätstransparenz und Orientierung für Patient\*innen ergeben. Ob die erneut angemahnten Qualitätsvergleiche auf Einrichtungsebene (s.o.) jemals diese Funktion erfüllen, ist offen, da bislang der G-BA weitestmöglich jede orientierende Wertung von Qualitätsergebnissen vermieden hat. In der Summe befürchtet das APS aus der Streichung

<sup>3</sup> Vgl. dazu beispielsweise die Ergebnisse des Qualitätsbündnisses Sepsis zur Varianz der Sepsis-Sterblichkeit an deutschen Krankenhäusern.

<sup>4</sup> Vgl. dazu die persistierenden Qualitätsdefizite bei der Einhaltung der präoperativen Verweildauer bei Femurfraktur.

der qualitätsabhängigen Vergütung aus den genannten Gründen einen Rückschritt für die Verpflichtung des G-BA zur Qualitätsorientierung der Versorgung.

Aus Sicht des APS wäre es für die Patientensicherheit ungünstig, wenn von der Streichung der qualitätsabhängigen Vergütung aus dem SGB V das Signal ausgehen würde, dass Qualitätsvorgaben des G-BA nicht konsequent und nachdrücklich durchgesetzt werden. Hier bittet das APS dringend um Nachbesserungen, damit die Qualitätssicherungsverfahren des G-BA tatsächlich geeignet sein können, einerseits Patient\*innen vor schlechter Qualität zu schützen und andererseits die Einrichtungen, die sich um gute Versorgung bemühen, davor zu bewahren, in ökonomischen Wettbewerb mit qualitativ unzureichenden Angeboten treten zu müssen.

Insgesamt ist die Qualitätssicherung in Deutschland nach der Einschätzung in einem wenig hoffnungsvollen Zustand. Im letzten Jahrzehnt ist nur ein wirklich neues Qualitätssicherungsverfahren etabliert worden (Postoperative Wundinfektionen) und wenige (PCI und Nierenersatztherapie) wurden auf grundlegend aktualisierte Grundlagen gestellt, während gleichzeitig Erhebungen (z.B. Hysterektomie) teilweise ausgesetzt wurden. Die hergebrachte Vorgehensweise der Qualitätssicherung, die auf der nachträglichen Dokumentation durch die behandelnden Einrichtungen bzw. Ärzt\*innen basiert, bringt erhebliche Zeitverzögerungen, Verzerrungspotentiale und bürokratische Aufwände mit sich, die vor allem dann zu hinterfragen sind, wenn inhaltlich überalterte oder nicht sinnvolle Indikatoren erhoben werden und aus den Ergebnissen keine wirksamen Verbesserungen für Patient\*innen resultieren. Bislang liegen aus keinem Verfahren Ergebnisse von Patientenbefragungen vor und nur in einem (PCI) wurde mit der Erhebung von patientenberichteten Endpunkten (*patient reported outcome measures* – PROMs und *patient reported experience measures* – PREMs) begonnen.<sup>5</sup> Auch die Aktualität der veröffentlichten Ergebnisse ist – trotz entsprechender Initiativen des Gesetzgebers – für eine echte Qualitätstransparenz und qualitätsgestützte Wahlentscheidungen von Patient\*innen und einweisenden Ärzt\*innen nicht geeignet.

Der Innovationsstau der gesetzlichen Qualitätssicherung geht aus Sicht des APS explizit nicht auf ein Versäumnis des Gesetzgebers zurück, der wiederholt die Grundlagen geschaffen und Aufträge erteilt hat, die Qualitätssicherung und damit auch die Patientensicherheit zu stärken. Vor diesem Hintergrund besteht im APS die Befürchtung, dass mit der jetzt vorgeschlagenen Rücknahme der Regelungen zur qualitätsabhängigen Vergütung die Wahrscheinlichkeit noch weiter sinkt, auf diesem Wege zu zuverlässiger Transparenz und wirksamen Handlungsanreizen zu kommen.

Nun ist die Perspektive der Patientensicherheit eine etwas andere als die der externen Qualitätssicherung. Hier geht es oft um die Stärkung der intrinsischen Motivation der Leistungserbringenden und um die Bereitstellung von Instrumenten und Hilfestellungen zur Verbesserung der Versorgungsprozesse. Sie richtet sich eher auf die Förderung derjenigen, die engagiert und motiviert sind, als auf die Sanktionierung ungenügender Leistungen. Nicht selten wird angeführt, dass zu viel Druck und Verpflichtungen die notwendige und wertvolle intrinsische Motivation beschädigen. Gleichzeitig berichten Verantwortliche für Patientensicherheit aber auch darüber, dass sie gegenüber den ökonomischen Entscheidungsträgern z.B. in Krankenhäusern eine handfeste Begründung für Investitionen in die Patientensicherheit benötigen. Intrinsische Motivation bildet sich nicht in finanziellen Kennzahlen ab und ist auch nicht bei jedem vorhanden. Was nicht gemessen und transparent wird, wird nicht zuverlässig gemacht. Die Lösung für dieses Dilemma kann nur darin bestehen, sinnvolle, funktionale und aufwandsarme Indikatoren und Verfahren der Qualitätssicherung zu entwickeln. Hierfür müssen dringend die geeigneten Strukturen geschaffen werden.

<sup>5</sup> Vgl. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/834/>

## 7. Patientenbefragungen

Eine kluge Kombination von Patientenbefragungen zu PROMs und PREMs mit Indikatoren aus Abrechnungsdaten wäre aus Sicht des APS eine patientenorientierte und zuverlässige Vorgehensweise bei der Erhebung von Qualitätsvarianz und damit Patientensicherheit. Das APS begrüßt die im Gesetzentwurf gemachten Klarstellungen, dass hierbei auch auf elektronische Erhebungswege zurückgegriffen werden kann und dass vorliegende, auch internationale Erhebungsinstrumente verstärkt einbezogen werden können.

## 8. Pflegepersonalquotient

Transparenz und Einrichtungsvergleiche sind nur dann sinnvoll, wenn sie auch auf sachgerechten und verzerrungsfreien Grundlagen basieren. Das APS steht der derzeitigen Ausgestaltung des Pflegepersonalquotienten grundlegend kritisch gegenüber, da er eine bestenfalls sehr lose Verknüpfung des Personaleinsatzes mit dem Pflegebedarf der Patient\*innen beinhaltet. Hierzu wird auf frühere Stellungnahmen des APS verwiesen.<sup>6</sup> Aus diesem Grund begrüßt das APS die Vorgabe, die Veröffentlichung der Ergebnisse der Auswertung der Pflegepersonalquotienten auf den Seiten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) und nicht im Qualitätsbericht der Krankenhäuser vorzunehmen. Eine Veröffentlichung gegenüber der Fachöffentlichkeit kann hilfreich für die notwendige Weiterentwicklung der Transparenz über die Pflegepersonalausstattung sein. Die Veröffentlichung der Zahlen mit der Zielgruppe der Patient\*innen wäre aufgrund der erheblichen methodischen Schwächen eher eine Irreführung.

## 9. Arbeit des Medizinischen Dienstes

Der vorliegende Referentenentwurf beinhaltet zwei Regelungen im Zusammenhang mit der Arbeit des Medizinischen Dienstes (MD): einerseits Mindestvorgaben zur Dokumentation von Entscheidungen des MD, andererseits eine Stärkung bei der Aufsicht über Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege. Beide erachtet das APS als positiv für die Patientensicherheit.

## 10. Stärkung der klinischen Sektionen

Wenn Patient\*innen im Krankenhaus versterben, kann eine Autopsie wesentliche Einsichten erbringen, ob die ursprünglichen Diagnosen und die darauf aufbauende Behandlung korrekt waren. Wenn die gewonnenen Erkenntnisse den behandelnden Ärzt\*innen zurückgespiegelt werden oder diese bei der Obduktion anwesend sind, können so wichtige Lernprozesse in Gang gesetzt werden, die die Sicherheit zukünftiger Patient\*innen erhöhen. Darüber hinaus handelt es sich bei klinischen Sektionen um ein komplett non-punitives Instrument der Qualitätsverbesserung, das auf das ärztliche Lernen während der eigenen Tätigkeit und im kollegialen Rahmen abzielt. Trotz des großen Wertes, den dieses Instrument für ein im ärztlichen Selbstverständnis verankertes Qualitätsmanagement hat, führt der Gesetzentwurf selbst aus, dass im Jahr 2014 nur ca. 14.000 klinische Sektionen vorgenommen wurden – das sind durchschnittlich sieben pro Jahr und Krankenhaus. Auch die bereitgestellten Finanzierungsmittel wurden nicht ausgeschöpft.

<sup>6</sup> Vgl. [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/180731\\_APS\\_PpSG\\_RefE\\_final.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/180731_APS_PpSG_RefE_final.pdf).



Vor diesem Hintergrund begrüßt das APS ausdrücklich, dass der jetzige Gesetzesentwurf eine weitere Verbesserung der Finanzierung für klinische Sektionen vorsieht. Gleichzeitig wird bezweifelt, dass dies angesichts des weitestgehenden Abbaus der entsprechenden Strukturen, des Personals und des Bewusstseins für den Wert des Instruments ausreichen wird, um einen wünschenswerten Anstieg zu erreichen. Es ist notwendig, hier den Neuaufbau der entsprechenden Strukturen gleichzeitig zu finanzieren und nachdrücklich einzufordern und zu kontrollieren sowie Transparenz über die Umsetzung herzustellen.

#### **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)