

# Positionen des APS zur Versorgung in und nach der Corona Krise

## 1. Vermeidung von Kollateralschäden

Die Corona-Pandemie ist – zurecht – in den Fokus der Gesundheitsversorgung gerückt, aber es muss trotzdem die Frage gestellt werden, was zurzeit mit der Versorgung der akuten Notfälle, der chronisch Kranken und der vulnerablen Gruppen ist. Das oberste Gebot in der Patientenversorgung, die sichere Behandlung aller Patienten und das Vermeiden von unerwünschten Ereignissen, gilt nicht nur für die Corona-Patienten bzw. den Schutz vor nosokomialen Corona-Infektionen, sondern auch für alle anderen Patientengruppen in Deutschland. Die Ziele sind doch, die Sterblichkeit insgesamt so gering zu halten wie möglich: Corona-Betroffene möglichst gut zu versorgen, Health Professionals und Patienten vor Ansteckung zu schützen, aber eben auch absehbare gefährliche Verläufe sowie Todesfälle anderer Patientengruppen zu vermeiden.

Der Verlust an gesunden Lebensjahren ist bei der Versorgung der Corona-Patienten nicht höherwertiger als der Verlust an gesunden Lebensjahren bei chronisch Kranken oder in der Akutversorgung. Die Hinweise mehren sich, dass der „Corona-Tunnel“ hier zu massiver Unterversorgung führt, teilweise durch Entscheidungen der Anbieter im Gesundheitswesen bedingt, teilweise durch Angst der Menschen vor zusätzlichen Infektionsgefahren während der Behandlung. Termine für die Nachsorge onkologischer Patienten werden abgesagt, die Angebote zur Zweitmeinung werden reduziert, auch Tumoroperationen unterbleiben oder werden verschoben. Sicher kann man die eine oder andere Tumoroperation medizinisch vertretbar verschieben, nur wie verstehen die Patienten das? Was hat das für psychische und soziale Auswirkungen auf diese Patienten und Patientinnen und deren Familien? Und wie steht es derzeit um die Betreuung von psychisch Erkrankten?

Notfälle wie Herzinfarkte und Schlaganfälle werden bis zu 40% weniger in die Krankenhäuser eingeliefert bzw. werden weniger vorstellig. Das ist epidemiologisch nicht nachvollziehbar, denn derartige Erkrankungen kommen in Corona-Zeiten nicht seltener vor. Wir müssen der Tatsache ins Auge sehen, dass unter dem Eindruck von Corona die Patientensicherheit durch Unterversorgung leidet.

Aus Sicht des APS sind es unerwünschte Ereignisse, wenn akut Erkrankte die Gesundheitsversorgung vermeiden und wir die chronisch erkrankten Patientengruppen jetzt vernachlässigen, woraus vermeidbare Folgeschäden entstehen.

**Wir fordern deshalb, dass Krankenhäuser nach klaren Kriterien entscheiden, die notwendige Patientenversorgung wieder aufzunehmen.** Tumoroperationen dürfen grundsätzlich nicht abgesagt werden, chronische Patienten, z.B. Schwerbehinderte benötigen weiterhin Schmerz-, Physio- und anderen Therapien. Sie brauchen weiterhin engmaschige Betreuung. Und die Versorgung von medizinisch dringenden Notfällen wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder Sepsis muss ohne Wenn und Aber gewährleistet sein. **Weiterhin fordern wir, dass die Patientinnen und Patienten öffentlich aufgeklärt werden, dass sie auch zu Corona-Zeiten die notwendige medizinische Versorgung in Anspruch nehmen können und sollen.** Die entsprechenden Versorgungsangebote müssen sichergestellt sein.

Was wir dazu brauchen, ist eine klare Definition der verschiedenen Versorgungsarten:

- **Was genau definiert einen elektiven Eingriff oder eine elektive Behandlung, die verschoben werden können?**
- **Welche Krankheitsbilder gehören unbedingt in die Akutversorgung?**

Es muss ein nachvollziehbarer und handlungsleitender Entscheidungsprozess erstellt werden. Dabei muss klar sein, dass Patienten mit akutem Behandlungsbedarf, beispielsweise bei Verdacht auf Herzinfarkt, Schlaganfall oder Sepsis genauso wie früher den Rettungsdienst anrufen und in einem Zentrum für Herzinfarkt oder Schlaganfall versorgt werden. Die zurzeit erhöhten Hygienemaßnahmen müssen selbstverständlich auch hier erkennbar sein. Dazu ist die Gruppe der symptomlos Infizierten vermutlich zu groß. Die Versorgung dieser Patienten ist zu trennen von der Notfallversorgung der eigentlichen Corona-Patienten.

**Wir fordern klare Strukturen, damit die Patienten und Patientinnen das Vertrauen zurückgewinnen, dass sie nach wie vor in Akutsituationen gut versorgt werden.** Dazu gehören auch nachvollziehbare Kriterien, die es den Kliniken ermöglichen zu entscheiden, ob eine Behandlung aufgeschoben wird oder nicht. Welche Patientengruppen in der chronischen Versorgung können 4 bis 8 Wochen auf eine Versorgung verzichten und welche nicht?

Die Fragestellung der Versorgung der Nicht-Corona-Patienten betrifft auch den ambulanten Bereich. Warum hören wir in diesen Tagen immer wieder davon, dass Arztpraxen nahezu leer sind, einige Krankenhäuser schließen, weil das Personal an Corona erkrankt ist, andere an der Belastungsgrenze sind und wiederum andere viele freie Betten haben?

**Wir fordern, dass alle Verantwortlichen regional bezogen definieren, wo welche Patientengruppe versorgt werden kann, um möglichst vielen nach wie vor die ihnen nach SGB V zustehende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.** Welche Krankenhäuser sind primär für die Corona Versorgung geeignet, welche Krankenhäuser aufgrund der jeweiligen Schwerpunkte für die Krankenversorgung anderer Patientengruppen? Wichtiger denn je ist es, eine klare Regelung zu finden in der Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Mehr denn je sollten wir auf die regionale Bevölkerungsstruktur achten und die ambulanten und stationären Strukturen anpassen.

Wir freuen uns, dass mit der Corona-Krise die telemedizinischen Anwendungen endlich die Akzeptanz in der Patientenversorgung erfahren, die sie schon lange verdienen. Dieser Weg sollte verstärkt und verstetigt werden. Telemedizin sollte nicht nur dazu genutzt werden, die Distanz zwischen Ärzten und Patienten, aus Angst vor Infektionen, zu ermöglichen, sie muss auch dazu dienen, unsere zukünftigen Versorgungsstrukturen effizienter und passgenauer nicht nur für die Anbieter, sondern insbesondere auch für Patienten zu gestalten. Vor allem notfallmedizinische Telekonsile haben sich bewährt gemacht und sollten fortgeführt werden.

## **2. Patientensicherheit nach der Corona-Krise dringend erhöhen**

Mit Stand 08.04.2020 zählt die Johns-Hopkins-Universität für Deutschland 2016 Todesfälle im Zusammenhang mit Corona und das RKI 1861. Diese Zahlen sollen weder beschönigt noch kleingeredet werden: Jeder Todesfall ist eine persönliche Tragödie. Experten haben dennoch zurecht darauf hingewiesen, dass nicht klar ist, ob die Corona-Infektion bei all diesen Personen ursächlich für den Todesfall ist oder nur ein begünstigender bzw. beschleunigender Faktor oder gar ein Begleitumstand. Mit anderen Worten: Wir wissen wenig, wie viele dieser Todesfälle ohne Corona-

Infektion vermeidbar gewesen wären und wie viel (gesunde) Lebenszeit wirklich verloren wurde. Diese Überlegungen werden auch dann weiter gelten, wenn die Zahl der offiziellen Corona-Toten weiter steigt.

Auch die Datenlage um die Folgen unzureichender Patientensicherheit ist alles andere als zufriedenstellend. In Deutschland werden weder Behandlungsfehler zentral erfasst noch einrichtungsübergreifende verpflichtende Erhebungen zur Sicherheitskultur durchgeführt. Viele Fälle von vermeidbaren Patientenschäden bleiben unentdeckt oder werden nicht nachverfolgt. Das wenige Wissen basiert auf Hochrechnungen isolierter epidemiologischer Studien. Im APS-Weißbuch Patientensicherheit geht Schrappe (2018) davon aus, dass nur 1-2 % der Fälle überhaupt verfolgt werden (*litigation gap*). Selbst bei – methodisch notwendigen – extremen Eingrenzungen der epidemiologisch erhobenen Fälle kommt Schrappe auf mindestens 20.000 vermeidbare Todesfälle jährlich in Deutschland durch eindeutige Verletzungen der Patientensicherheit – worunter noch nicht einmal die vermeidbaren nosokomialen Infektionen eingerechnet sind. Betrachtet man nur ein weiteres zentrales Optimierungsfeld der Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung, die Sepsis, kommen allein hier schon weitere 15 bis 20.000 vermeidbare Todesfälle hinzu. Welche Auswirkungen mehr Arzneimitteltherapiesicherheit innerhalb und außerhalb des Krankenhauses haben würde, ist noch nicht einmal annäherungsweise klar, aber mit Sicherheit ebenso relevant.

So bedrohlich die aktuelle Corona-Krise auch ist, ihre Auswirkungen hinsichtlich vermeidbarer verlorener (gesunder) Lebensjahre liegen deutlich hinter denjenigen unzureichender Patientensicherheit. Hieraus leitet das APS drei Forderungen ab:

**Erstens: Gerade während der Corona-Epidemie muss Patientensicherheit mitgedacht und mit allen Kräften umgesetzt werden.**

**Zweitens: Mit dem Abklingen der Corona-Krise müssen alle Maßnahmen und Vorgaben rund um die Patientensicherheit schnellstmöglich wieder in Kraft gesetzt bzw. aufgenommen werden.**

**Drittens: Die Ressourcen und Energie, die im Gesundheitswesen in die Verbesserung der Patientensicherheit investiert werden, müssen nach Abklingen der Corona-Krise deutlich erhöht werden. Sicherheit für die Zukunft bedeutet nicht nur, mehr für den Infektionsschutz zu tun, sondern auch alle anderen Aspekte der Versorgung in den Fokus zu nehmen, um Patienten vor vermeidbaren Schädigungen zu schützen.**

Berlin, 08. April 2020

**Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**

Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende

Alte Jakobstraße 81

10179 Berlin

Tel. 030 3642 816 0

E-Mail: [hecker@aps-ev.de](mailto:hecker@aps-ev.de)